

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 48

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES DE PSYCHIATRIE)

Par

Clara PETITJEAN-BRICHANT

Née le 9 juin 1980 à Paris 15ème

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2010

DONNEES ACTUELLES SUR

LA COMPREHENSION ET LA PRISE EN CHARGE

DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC

« Les hommes ne se séparent de rien sans regret, et même les lieux, les choses et les gens qui les rendirent le plus malheureux, ils ne les abandonnent point sans douleur ».

Guillaume Apollinaire, *Le flâneur des deux rives*

« Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre – dans un problème, celui d'exister ».

Donald W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*

Table des matières

I. INTRODUCTION	5
II. HISTORIQUE DU CONCEPT - DU CONCEPT D' « ETAT-LIMITE » DE O. KERNBERG AU MODELE BIOPSYCHOSOCIAL DE M. LINEHAN	9
1. Avant 1970	9
a. Tronc commun aménagé des états limites.....	11
b. Pathologie du narcissisme, angoisse de perte d'objet et dépression anaclitique	12
c. Evolutions aiguës.....	14
d. Aménagements stables.....	14
2. 1970-1990 : D'une « organisation » de la personnalité à un « trouble » de la personnalité.....	15
3. 1990-2000 : Vers une prise en charge spécifique	18
4. 2000-2010 : Vers une hypothèse biopsychosociale	21
a. Facteurs de prédisposition ou « de vulnérabilité » (neurobiologiques).....	23
b. Facteurs précipitants (psychosociaux)	29
c. Facteurs d'entretien	31
5. Critères diagnostiques actuels (DSM et CIM-10)	33
6. Données actuelles.....	34
III. THEORIE DE L'ATTACHEMENT ET PERSONNALITE BORDERLINE	38
1. La théorie de l'attachement	38
a. Contexte historique	38
b. Constitution des liens d'attachement.....	39
i. Le « système d'attachement » proprement dit	39
ii. Figures d'attachement principale et secondaires.....	40
iii. Equilibre entre système d'attachement et système exploratoire	41
iv. Sécurité de l'attachement	42
c. Patterns d'attachement dans l'enfance	45
i. La « strange situation » : les différents styles d'attachement.....	46
ii. Désorganisation de l'attachement.....	47
d. L'attachement au niveau des représentations	49
i. Les modèles internes opérants.....	49
ii. Organisation défensive et cristallisation des modèles internes opérants	50
2. Attachement chez l'adulte.....	52
a. Aspects théoriques	52
b. Courant développementale : L'adult attachment interview (AAI)	52
c. Courant psychosocial.....	53
i. Modèle de Hazan et Shaver : styles d'attachement	54
ii. Modèle de Bartholomew : relations actuelles, modèle de soi et des autres	55
3. Attachement insécurité et psychopathologie de l'adulte	57
4. Attachement et trouble de la personnalité borderline	58
a. Distribution des patterns d'attachement	59
b. Relation entre attachement insécurité et personnalité borderline : hypothèse étiologiques	61
i. Courant psychosocial	61
ii. Courant développemental.....	62

c. Déficit en mentalisation et trouble de la personnalité borderline	63
i. La fonction réflexive	63
ii. Attachement et fonction réflexive	65
iii. Fonction réflexive et personnalité borderline	66
iv. Conséquences sur le travail psychodynamique dans le trouble de la personnalité borderline	67
IV. CAS CLINIQUE : MELLE P.	69
1. Eléments biographiques	69
2. Histoire des troubles et parcours de soins	72
3. Rencontre avec Melle P	86
4. Discussion clinique	87
a. Diagnostic	87
b. Discussion autour de la psychopathologie et de la thérapeutique	93
V. QUELLE PRISE EN CHARGE ?	101
1. Aspects généraux de la prise en charge	103
a. Cadre de soins	103
i. Contrat de soins	103
ii. Quand faut-il hospitaliser ?	104
iii. La gestion du risque suicidaire	107
iv. Coordination des soins et élaboration institutionnelle	108
v. Les limites	109
b. Enjeux spécifiques de la relation thérapeutique	110
i. L'alliance thérapeutique	111
ii. Le clivage	112
iii. Les contre-attitudes	113
iv. Régression fonctionnelle	114
2. Les approches thérapeutiques spécifiques	114
a. Psychothérapies	114
i. Psychothérapies d'inspiration psychanalytique	115
ii. Psychothérapies cognitivo-comportementales	128
iii. Autres approches psychothérapeutiques	148
iv. Comparaison des différentes psychothérapies	149
b. Pharmacothérapies	150
VI. CONCLUSION.....	155
VII. ANNEXES.....	157
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	166

I. INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité borderline est marqué par sa sévérité, avec une morbidité importante. Selon les études, la prévalence varie entre 0.8 et 4% dans la population générale, entre 15 et 20% chez les patients bénéficiant d'un suivi psychiatrique et entre 20 et 50% chez les patients hospitalisés en psychiatrie (SWARTZ, 1990). Les études empiriques montrent aussi qu'il s'agit d'un trouble potentiellement grave et invalidant, entraînant un risque important de décès par suicide (10% en moyenne selon les études – Paris 1993 cité dans GIESEN BLOO 2006 ; CROWELL 2009). Le pronostic de ces patients est particulièrement assombri par leurs gestes suicidaires. Les coûts pour la société liés à ce trouble sont substantiels, avec des dépenses liées à l'utilisation importante des structures sociales et sanitaires. (VAN ASSELT 2008 ; BENDER 2001). Ces patients se distinguent des autres parce qu'ils consultent plus fréquemment, mobilisent un plus grand nombre de médecins, sont admis plus souvent dans les services d'urgences ou dans les unités d'hospitalisation et parce qu'ils reçoivent un nombre plus élevé de prescriptions. Ce trouble est encore mal compris et difficile à prendre en charge, du fait, d'une part de la résistance aux soins et d'autre part, des contre-attitudes négatives générées chez les thérapeutes et les équipes soignantes. La prise en charge thérapeutique reste encore mal définie, entraînant une mauvaise utilisation des soins psychiatriques.

L'évolution du trouble borderline a fait l'objet de plusieurs études, consacrées principalement à des patients traités. La plupart de ces études ont montré que ce trouble avait une assez bonne évolution, marquée par une amélioration progressive (Paris et Zweig-Frank, 2001 et McGlashan, 2005 cités dans DEBRAY 2009 ; ZANARINI 2003 et 2007). On ne sait pas dans quelle mesure les soins sont responsables de cette amélioration – certaines données suggèrent qu'une part importante de l'amélioration se fait spontanément vers l'âge mûr, du fait d'une plus grande maturité, d'une meilleure maîtrise de l'impulsivité et d'une meilleure introspection. Bien que le pronostic soit assez bon, une minorité des patients ont des symptômes qui persistent jusque tard dans la vie (ZANARINI 2003 ; THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). L'évolution des symptômes montre que les comportements impulsifs, les gestes suicidaires et auto agressifs ont tendance à s'effacer assez vite, alors que la dysphorie, les sentiments de solitude, de dépendance et d'abandon sont plus durables (ZANARINI, 2007).

La porte d'entrée aux soins pour ces patients est souvent liée aux comorbidités, qui sont essentiellement dépressives et addictives. Du fait de l'étendue des symptômes rencontrés dans le trouble de la personnalité borderline, qui sont aussi typiques d'autres pathologies, le trouble borderline est parfois sous-diagnostiqué car masqué par les autres troubles comorbides. La comorbidité entre les troubles dépressifs et la personnalité borderline est connue depuis plusieurs années et est confirmée par des études récentes.

Le diagnostic de trouble borderline n'est cependant pas reconnu par tous les professionnels de soins psychiatriques, étant parfois perçu comme trop restrictif (KERNBERG MICHELS 2009). Il engendre un certain scepticisme chez de nombreux cliniciens et chercheurs, ainsi qu'une certaine frustration chez les cliniciens qui prennent en charge ces patients (GOODMAN 2009). Plusieurs auteurs, dont Akiskal, ont remis en question le diagnostic de trouble borderline, considérant qu'il n'est qu'une forme atypique de dépression, constituant une variante des « troubles de l'humeur ». Le trouble de la personnalité borderline a également été considéré comme étant un « trouble du contrôle des impulsions » (Links et al., 1999) (GOODMAN 2009). Pour d'autres (Yen et Shea, 2001), il s'agirait d'une forme « d'état de stress post-traumatique retardé ». De plus, la comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité est d'environ 60%, ce qui met en avant les nombreuses caractéristiques de personnalité sous-jacentes communes (KERNBERG MICHELS 2009). Un autre débat reste celui de l'âge de début de ce trouble et de la pertinence de ce diagnostic à l'adolescence.

Malgré ces considérations, le trouble de la personnalité borderline est une catégorie diagnostique plus homogène que d'autres troubles de la personnalité. Les descriptions cliniques, critériologiques et dimensionnelles de ce trouble correspondent à un état clinique bien particulier et relativement précis. Sa caractéristique la plus importante est un envahissant schéma d'impulsivité et d'instabilité dans les relations interpersonnelles, dans l'image et l'identité de soi, et dans les émotions. Ce trouble se caractérise par des difficultés dans la capacité d'attachement, avec des comportements inadaptés face à la séparation. Souvent, les patients souffrant d'un trouble borderline, même face à une séparation passagère et courte, réagissent avec des manifestations excessives de peur et de colère. Ils ressentent en effet un profond sentiment d'abandon lors des ruptures relationnelles, mais aussi pendant les moments de solitude. Pour éviter l'abandon, ces derniers peuvent utiliser des propos accusateurs injustifiés, des comportements d'autodestruction, des colères inappropriées et des comportements ou des menaces suicidaires impulsifs et souvent manipulateurs, dont le but

est d'attirer l'attention de l'entourage. Souvent, ces comportements provoquent chez les autres des réponses de peur et de culpabilité compromettant ainsi leurs relations personnelles, et notamment leurs relations aux thérapeutes (GOODMAN 2009). Ils peuvent considérer les autres comme des substituts maternels et très vite les traiter de méchants, imposant punitions et rejet. Ces oscillations émotionnelles surgissent quand les sujets souffrant d'un trouble borderline perdent leurs illusions par rapport à un proche ou s'ils perçoivent la relation en danger de perte. L'image de soi au niveau des objectifs, valeurs, types d'amis, profession peuvent osciller de façon soudaine. On relève aussi une labilité affective marquée, avec des réactions de colère intense, de panique et de désespoir. Ces patients sont rarement soulagés par des périodes de paix et de bien-être. Les émotions sont déclenchées chez ces derniers à cause d'une extrême réactivité individuelle face aux stress interpersonnels. Pendant les périodes de réactivité émotionnelle extrême, les sujets borderline peuvent expérimenter des idéations persécutives transitoires ou des symptômes dissociatifs sévères comme la dépersonnalisation (MEHRAN 2006).

Ce trouble a connu des avancées significatives en seulement quelques décennies, depuis le concept essentiellement psychanalytique d'« état limite », qui fait plus référence à une structure psychologique sous-jacente ou à un type de fonctionnement mental qu'à une description symptomatique (KERNBERG MICHELS 2009). Les auteurs d'orientation psychanalytique, tels que O. Kernberg et J. Bergeret, ont largement contribué à la compréhension de ce trouble. Plus récemment, l'approche théorique cognitivo-comportementale, avec A. Beck, J. Young et M. Linehan, a décrit les modes de pensée et les comportements dysfonctionnels de ces patients à partir de leurs expériences infantiles. Enfin, certains aspects du trouble peuvent également être éclairés à la lumière d'une approche développementale via la théorie de l'attachement, conceptualisée à l'origine par J. Bowlby, et qui constitue une nouvelle psychopathologie basée sur des interactions dysfonctionnelles lors de la petite enfance. Bateman et Fonagy se sont appuyés sur ce concept d'attachement pour développer une approche psychothérapique basée sur la mentalisation.

L'apparition de ce trouble dans les classifications internationales a permis le développement d'un grand nombre de travaux de recherche. Il s'agit du trouble de la personnalité le plus étudié à l'heure actuelle, faisant l'objet d'un grand nombre d'études scientifiques et de publications, que ce soit au niveau du diagnostic, de l'évolution, des hypothèses

étiopathogéniques (génétique, psychologie développementale, corrélats neurobiologiques...) ou du traitement (KERNBERG MICHELS 2009).

Après avoir présenté une rétrospective historique, nous tenterons d'exposer, à travers la théorie de l'attachement, une nouvelle piste de compréhension psychopathologique du trouble de la personnalité borderline. Nous exposerons ensuite une situation clinique, avant de discuter des différentes approches thérapeutiques qui existent à l'heure actuelle, ainsi que des enjeux spécifiques que peut présenter la prise en charge. Nous n'avons ici aucune prétention d'apporter une réponse exhaustive à la question de la thérapie des sujets borderline. En revanche, nous voudrions mettre en évidence certaines particularités de la prise en charge, inhérentes à cette pathologie, qui permettraient d'éviter de s'engager sur de fausses prémisses avec ces patients.

II. HISTORIQUE DU CONCEPT - Du concept d' « Etat-limite » de O. Kernberg au modèle biopsychosocial de M. Linehan

1. Avant 1970

Le terme « borderline » est utilisé pour la première fois dans la littérature psychiatrique, en 1884, par Hugues, un psychiatre américain. Ce terme désignait alors des patients ayant des symptômes physiques au cours d'affections psychiatriques.

Les appellations de « cas-limite », « état-limite » ou de « borderline » correspondent aux mêmes entités morbides. Ce trouble puise ses origines de la clinique psychanalytique. Jusque vers les années 1970, le terme « borderline » reste rarement utilisé au sein de la communauté psychanalytique. Stern et Knight sont les premiers psychiatres à avoir introduit le concept (GUNDERSON 2009) initialement développé pour désigner un groupe de patients qui avaient été vus initialement comme de bons candidats à une psychothérapie psychanalytique : des patients perturbés mais non psychotiques, et présentant une large gamme d'affects et de relations intenses. (KERNBERG MICHELS 2009) En 1938, l'américain A. Stern a pour la première fois utilisé le terme de « groupe borderline de névroses » (« borderline group of neuroses ») pour décrire des patients qui se situaient à la frontière entre les névroses et les psychoses, et qui utilisaient le clivage (c'est-à-dire la séparation de sentiments opposés de manière à éviter à l'appareil psychique d'être envahi par une tension intolérable) comme mécanisme de défense privilégié. Il a mentionné que les patients souffrant de ce trouble ne répondaient pas favorablement à la psychanalyse, et développaient une psychose de transfert avec perte de contact avec la réalité au cours de la cure. Il s'agissait de personnes ayant des difficultés majeures à faire face aux situations stressantes, facilement débordées et victimes « d'hémorragies psychiques ». Ces sujets utilisaient aussi la projection, à savoir qu'ils placent sur les autres leurs propres sentiments ou sensations négatives qu'ils n'acceptent pas.

D'autres désignations ont été proposées, et on recense un grand nombre de termes utilisés pour désigner des formes pathologiques mal répertoriées et en marge, autant des états névrotiques que des états psychotiques. Bien que proche des concepts de « schizophrénie

latente » (E. Bleuler, 1926), de « schizonévrose » (H. Ey, 1951) ou de « schizophrénie pseudo-névrotique » (C.H. Hoch et P. Polatin, 1949), l'entité nosographique « borderline » s'est progressivement individualisée comme une entité distincte de la schizophrénie, grâce aux contributions de nombreux auteurs. Hélène Deutsch (1942) (citée dans PHAM SCOTTEZ 2007) décrit les personnalités « as if » (« comme si »), se situant en dehors des lignées névrotique et psychotique, et dont la relation aux autres manque d'authenticité, et varie selon l'interlocuteur. Plus tard, D.W. Winnicott décrira le même type de relation à autrui avec le concept de « faux self » (PHAM SCOTTEZ 2007).

Suite à ces travaux, les psychanalystes ont essayé de préciser et de développer les caractéristiques de la personnalité « borderline ». Le concept s'est beaucoup développé à partir de 1967, avec l'apport fondamental du psychiatre et psychanalyste américain Otto F. Kernberg, qui contribua à donner une plus grande cohérence à cette notion, et qui s'est beaucoup intéressé aux limites de la psychanalyse. Il publia des travaux très importants sur « l'organisation limite de la personnalité » et proposa un aménagement de la cure psychanalytique destinée à ce type de patients. Dans sa classification hiérarchique allant de la norme vers les névroses et les psychoses, le trouble borderline se positionne en situation intermédiaire. Pour Kernberg, les trois principales caractéristiques structurales de l'organisation limite de la personnalité sont la carence d'organisation du Moi, la préservation de l'épreuve de réalité et le recours à des mécanismes de défense archaïques et peu structurés, de type psychotique. Il s'agit ainsi du clivage, de l'identification projective, du déni, de l'idéalisation primitive, de l'omnipotence et de la dévalorisation (PHAM SCOTTEZ 2007). Pour lui, ces patients ne présentent pas les éléments de désorganisation ou de déni de la réalité que l'on peut retrouver chez les patients psychotiques, mais ne présentent pas non plus la stabilité relationnelle et affective généralement retrouvée chez les patients névrotiques. Kernberg et Masterson (KERNBERG 1975), qui ont souligné la problématique abandonnique et les carences de maternage précoce de ces patients, ont été les premiers à avancer qu'ils pouvaient être soignés avec succès grâce à une longue et ambitieuse prise en charge de type psychanalytique. Malheureusement, ces patients, plutôt que de s'améliorer, s'aggravaient au fil de ces séances « non structurées » (KERNBERG MICHELS 2009).

En France, un psychiatre et psychanalyste lyonnais, J. Bergeret (BERGERET 1974) a beaucoup étudié le concept d'« état-limite » et d'une certaine façon, s'est opposé aux conceptions de Kernberg. Pour lui, il ne s'agit pas d'une structure au sens propre, mais d'un

« aménagement limite ». Il développe une théorisation de l'état limite, considéré comme une « troisième lignée psychopathologique », une organisation autonome, spécifique et distincte à la fois des névroses et des psychoses. Pour Bergeret, l'état limite est avant tout une maladie du narcissisme. A partir de cette vision générale de l'état limite, comme mode d'organisation anaclitique de la personnalité, J. Bergeret a également décrit certaines formes cliniques évolutives plus ou moins proches des névroses ou psychoses, des formes aménagées de type caractériel ou pervers, et des formes de sénescence. (PHAM SCOTTEZ 2007)

a. Tronc commun aménagé des états limites

Selon Bergeret, le Moi, ayant dépassé le danger de la psychogénèse de type psychotique, n'aurait pas pu cependant parvenir à une psychogénèse de type névrotique car, au moment où s'engageait pour eux l'évolution œdipienne normale, ces sujets ont subi un traumatisme psychique important (« traumatisme désorganisateur précoce ») d'ordre affectif. Ce traumatisme correspondrait à un émoi pulsionnel survenu dans un état du Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses (par exemple, une tentative de séduction sexuelle de la part d'un adulte). L'enfant rentrerait ainsi trop précocement, trop brutalement et trop massivement en contact avec des données œdipiennes. Cet émoi génital précoce constituerait un véritable traumatisme affectif à lui seul, car il ne peut être reçu par l'enfant selon un mode perceptif et relationnel, objectal achevé et génital. L'enfant range cette perception du côté des frustrations et des menaces pour son intégrité narcissique. Un tel sujet ne peut appréhender cet événement dans le contexte d'une économie triangulaire et génitale comme pourrait le faire, un peu plus tard, une structure névrotique mieux équipée. Il lui sera difficile d'utiliser le refoulement pour éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive, et aura donc recours à des mécanismes défensifs de type psychotique, tels que le déni, l'identification projective, le dédoublement des imagos et le maniement omnipotent de l'objet. Ce traumatisme jouera le rôle de « premier désorganisateur » de l'évolution psychique du sujet en arrêtant brutalement l'évolution libidinale du sujet. Cette évolution restera figée d'emblée et parfois pour très longtemps, dans une sorte de « pseudo-latence » plus précoce et plus durable que la latence normale. Elle recouvre ce qui aurait dû correspondre par la suite à la période de bouillonnement affectif de

l'adolescence, voire au-delà, dans une sorte d'immatunité affective chronique. Bergeret nomme cela le « *tronc commun aménagé* » de l'état-limite et ne le considère pas comme une véritable structure fixe, solide et spécifique (telle que les structures psychotique et névrotique). Selon lui, l'état-limite demeure dans une situation seulement « aménagée » mais non structurellement fixée. (BERGERET 2004)

b. Pathologie du narcissisme, angoisse de perte d'objet et dépression anaclitique

L'angoisse du psychotique est une angoisse de morcellement, de repli et de mort. L'angoisse du névrotique est l'angoisse de castration : une angoisse de faute, vécue dans le présent mais centrée sur un passé qu'on devine très érotisé. La relation d'objet psychotique demeure fusionnelle à l'objet maternel, de type narcissique intégral, à savoir incluse dans le narcissisme de la mère ou de son représentant et conduisant à l'autisme, au désinvestissement des objets de la réalité et à une néo construction objectale. La relation d'objet névrotique est génitale, supposant une triangulation connotant le conflit œdipien.

Pour Bergeret, l'état-limite se situe avant tout comme « *une maladie du narcissisme* ». Bien qu'ayant dépassé le danger de morcellement, le Moi n'a pas pu accéder cependant à une relation objectale génitale, à savoir sous-tendue par des conflits névrotiques entre le Ca et le Surmoi. En effet, le Surmoi classique de la névrose, héritier et successeur du complexe d'Oedipe ne peut se former de façon complète chez l'état-limite puisque l'Oedipe, mal abordé, plus éludé qu'organisateur, ne peut apporter ses éléments maturatifs. La relation d'objet est demeurée centrée sur une *dépendance anaclitique* à l'égard de l'autre. Le danger immédiat contre lequel toutes les variétés d'états limites luttent est avant tout la *dépression*.

L'angoisse de l'état-limite est une angoisse de perte d'objet et de dépression, qui concerne à la fois un vécu malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique et, en même temps, reste centrée sur un avenir meilleur, teinté d'espérance, de sauvetage, investie dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre. Le sujet limite présente des angoisses à la fois d'abandon et d'intrusion, générant une problématique de distance relationnelle. Sa dépendance et son

avidité affective majeure oscillent entre fusion et fuite sur un mode de relation anaclitique, d'où une extrême sensibilité aux attitudes d'autrui et aux variations de l'environnement.

La dépression du sujet limite est liée à un défaut d'élaboration de la position dépressive (« échec de la position dépressive » de Mélanie Klein, 1934) et caractérisée par un état d'irritabilité, de vide permanent, de la colère ou de rage froide, voire de profonds sentiments de désespoir et d'impuissance devant l'objet inaccessible, traduisant l'effondrement d'une image de soi idéalisée. Face à ce désarroi affectif profond, cette sensation d'ennui, cette lassitude intense à vivre une vie qui ne présente aucune signification, le sujet peut présenter des conduites d'agir impulsives diverses (passages à l'acte auto-, hétéro- et transgressifs) ainsi que des conduites addictives vis à vis de substances psychoactives (décrites comme des « prothèses externes » par O. Kernberg, 1979). La substance psychoactive vient pallier un narcissisme défaillant. Le sujet n'a de cesse de s'interroger sur ce qui donne à la vie le sentiment qu'elle vaut la peine d'être vécue ou sur le fait qu'il n'a pas plus de raisons de vivre que de mourir. Il vient de cette façon interroger notre possibilité d'entendre ces interrogations existentielles.

La relation d'objet de l'état-limite demeure une relation à deux, mais différente de la dyade primitive rencontrée dans les psychoses. Il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en « s'appuyant contre lui » (« anaclitisme »).

De nombreux auteurs, dont V. Eisenstein, O. Kernberg et A. Green, ont décrit chez l'état-limite une division du champ relationnel en deux secteurs distincts, l'un conservant une évaluation correcte de la réalité, l'autre fonctionnant sur un mode moins réaliste, plus idéaliste et plus « utilitaire » à la fois. Cela constitue un mode de défense contre une menace d'éclatement ainsi que Freud l'a lui-même défini en 1924. Pour ne pas avoir à se morceler, le Moi se déforme sans éclater pour autant et va fonctionner avec le monde extérieur en distinguant un secteur adaptatif et un secteur anaclitique. Le refoulement joue dans les états-limites un rôle moindre que dans les névroses au profit des réactions projectives, de l'évitement, de la forclusion et d'autres mécanismes plus archaïques. Le besoin de cliver, en séparant les objets extérieurs en rassurants d'un côté et inquiétants de l'autre, évoque les attitudes d'identification projective de M. Klein et de l'idéalisation prédépressive de O. Kernberg (BERGERET 2004).

c. Evolutions aiguës

L'aménagement des états-limites demeure toujours assez instable. La décompensation de ces patients peut se faire brutalement sur le tard, à l'occasion d'un traumatisme ou d'une blessure narcissique ultérieure, les conduisant éventuellement au suicide.

A l'occasion d'un *deuxième traumatisme psychique* désorganisateur survient la grande crise d'angoisse aiguë. La cause extérieure (post-partum, mariage, deuil, accident) réveille, par son vécu intérieur, une situation narcissique prédépressive évitée jusqu'à présent. Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle, dans une situation rappelant le premier traumatisme, l'aménagement provisoire et imparfait du Moi se trouve complètement bouleversé. Les défenses non spécifiques utilisées jusque-là se présentent comme totalement inefficaces dans leur archaïsme et leur superficialité. Bergeret compare cela à une « caricature de la crise d'adolescence » tardive, intense, brutale, raccourcie, remettant en cause tous ses aménagements psychiques antérieurs. A partir de là, il n'y a plus aucun aménagement médian possible, et le système défensif qui se met alors en place appartient à la voie névrotique, psychotique ou psychosomatique. Bergeret précise que le premier et le deuxième traumatismes peuvent parfois se trouver remplacés par une série de « microtraumatismes » répétés et rapprochés dont la somme des effets correspond pratiquement à un traumatisme unique et plus important (BERGERET 2004).

d. Aménagements stables

En dehors de ces accidents aiguës succédant à un traumatisme tardif, l'évolution du tronc commun des états-limites se fait très souvent sans incident médical notable, vers l'un ou l'autre des deux aménagements plus stables dans leurs défenses : l'aménagement caractériel et l'aménagement pervers.

Les trois aménagements caractériels décrits par P.C. Racamier sont la « névrose » de caractère (maladie de la relation d'objet avec incomplétude narcissique, non un conflit entre Ca et

Surmoi), la « psychose » de caractère (difficulté d'évaluation de la réalité et non une difficulté de contact avec la réalité, clivage et non déni de la réalité) et la « perversion » de caractère (immense besoin de restauration phallique, déni concernant le droit des autres à posséder un narcissisme car cela est ressenti comme barrière à l'utilisation des autres au service de son propre narcissisme exclusivement).

L'aménagement pervers se constitue lorsque l'angoisse dépressive sera surtout évitée grâce au déni portant sur une partie focalisée du réel, le sexe de la femme. Cet objet partiel ne doit pas exister, en même temps que l'objet partiel phallique est surinvesti selon un mode narcissique. Le narcissisme primaire se trouve ainsi mal intégré et fixé au niveau d'un objet partiel situé entre l'autoérotisme non totalement dépassé et un stade objectal très imparfaitement atteint. Le Surmoi du pervers n'a pu être formé dans le sens post-œdipien du terme. Le pervers fonctionne surtout avec un Idéal du Moi : narcissique, maternel, féminin-phallique. Le manque d'intégrité narcissique, commun à tous les états-limites, s'incarne ici dans le manque d'intégrité corporelle touchant le pénis. La relation d'objet demeure essentiellement duelle (à la mère phallique) et l'angoisse concerne la castration phallique, et non la castration névrotique génitale. On ne retrouve pas de culpabilité, mais un besoin compulsif et agressif. A travers le vaste groupe des états-limites et de leurs dérivés, c'est le pervers qui se défend contre l'angoisse dépressive la plus sinistre ; de plus, le pervers n'est pas loin de la position psychotique sans pouvoir profiter toutefois des redoutables mais solides défenses dont bénéficie cette dernière structure (BERGERET 2004).

2. 1970-1990 : D'une « organisation » de la personnalité à un « trouble » de la personnalité

Le concept de trouble borderline est né, et a considérablement évolué, au cours des quarante dernières années, avec des apports venant de différents courants de la psychiatrie et de la psychologie. Face à cette diversité des origines du trouble borderline, la mise au point de critères diagnostiques a permis de trouver un langage commun (PHAM SCOTTEZ 2007).

A côté de ces travaux psychanalytiques, la psychiatrie s'est emparée du concept de « borderline » qu'elle a essayé de définir de façon plus pragmatique, en dehors de toute référence à la psychanalyse. Le développement de la psychiatrie descriptive et de la psychopharmacologie a apporté de nombreux changements à la psychiatrie. Le psychiatre américain J.G. Gunderson a joué un rôle prépondérant dans la constitution de l'entité nosographique borderline au sein des troubles de la personnalité dans le DSM-III en élaborant les critères discriminant ainsi que le premier instrument standardisé de diagnostic du trouble borderline (« *Diagnostic Interview for Borderlines, 1981* » (édition révisée en 1989 ; GUNDERSON, 1989) (GUNDERSON 1975 et 1978).

L'effort initial pour décrire les patients borderline a été réalisé en 1968 par R.R. Grinker et ses collègues dans leur ouvrage intitulé « Le syndrome Borderline » (GUNDERSON 2009), où ils repèrent, pour mieux appréhender le fonctionnement du patient borderline, quatre registres psychopathologiques. Une analyse factorielle a permis d'isoler quatre dimensions caractéristiques du fonctionnement borderline : l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression marquée par un profond sentiment de solitude. Par la suite, J.G. Gunderson a décrit la triple instabilité des patients borderline : instabilité de l'identité, de l'affectivité et des cognitions. Ces patients présentaient de grandes difficultés relationnelles, une hyperexpressivité émotionnelle, un risque suicidaire important et de rares épisodes de vécu délirant.

Pendant les années 1970, la littérature sur le traitement du trouble de la personnalité borderline a été dominée par la psychothérapie analytique. De nombreuses conférences sur le sujet étaient tenues, attirant un très large public. Un nombre important d'ouvrages sur le sujet faisaient état des divers problèmes rencontrés par les thérapeutes au cours des séances, et notamment des mouvements contre-transférentiels et des contre-attitudes négatives. Pour Kernberg, ces réactions étaient liées aux conflits du patients borderline en séance : son sentiment inconscient de culpabilité (comme dans les personnalités masochistes), son besoin de détruire ce qui est reçu du thérapeute (du fait de son désir inconscient) et son besoin de détruire le thérapeute comme un bon objet (du fait d'une identification inconsciente à l'objet primaire et sadique).

En 1980, quand le trouble fut officiellement inclus dans le système de classification du DSM, sa validité résidait surtout, et de manière assez précaire, dans son utilité clinique. En effet, ce

diagnostic permettait de prédire certaines situations cliniques potentiellement problématiques plus ou moins spécifiques à ces patients : des fluctuations importantes de l'état psychologique, des expériences de séparation entraînant des gestes auto-agressifs et/ou des états psychotiques transitoires, des demandes d'aide urgentes générant des contre-attitudes massives du thérapeute avec des réactions émotionnelles intenses et des réponses thérapeutiques s'avérant inadaptées (GUNDERSON 2009).

La classification DSM-III (1980) apporta une définition descriptive du trouble à la fois pour permettre aux cliniciens issus de divers courants psychopathologiques d'échanger grâce à un langage commun, mais aussi pour faciliter les travaux de recherche et les études épidémiologiques et étiologiques. De nombreux projets de recherche clinique ont ainsi été menés sur le trouble de la personnalité borderline. Jusqu'en 1980, moins de 15 projets de recherche sur ce trouble avaient fait l'objet de publications ; entre 1980 et 1990, on en dénombrait plus de 275. Ces travaux de recherche ont montré que ce trouble était un diagnostic valide, cohérent, avec une évolution différente de celle de la schizophrénie et de la dépression caractérisée. Ils montrèrent également que la prévalence de la schizophrénie et de la dépression n'était pas supérieure dans les familles de patients borderline et que les réponses aux diverses classes de psychotropes étaient modestes et inconstantes.

Les études ont également démontré que ce trouble n'était pas simplement une forme de dépression et que des abus sexuels et physiques dans l'enfance étaient rapportés chez 70% des patients. A ce stade, le taux élevé de patients ayant interrompu précocement leur thérapie psychanalytique était déjà bien documenté, tout comme le succès très inégal de cette thérapie chez les sujets borderline.

A cette époque, la communauté scientifique avait accumulé suffisamment de données cliniques permettant, non pas d'être plus au clair sur ce qu'il fallait faire, mais plutôt d'apprendre ce qu'il ne fallait pas faire. Par exemple, les équipes hospitalières savaient que ce type de patients ne feignaient pas leurs symptômes pour être hospitalisé, mais que ces symptômes étaient authentiquement réels et qu'ils régresaient grâce à la fonction contenante et rassurante du cadre hospitalier. Il était aussi devenu plus clair que les modalités thérapeutiques non psychanalytiques pouvaient souvent être utiles, notamment les thérapies de groupe, les thérapies familiale et les psychotropes. Ainsi, les thérapies psychanalytiques ont été remplacées par diverses autres approches plus pragmatiques, avec des objectifs de

réhabilitation plus modestes (GUNDERSON 2009). Comme le souligne O. Kernberg, l'aggravation de ces patients avec la psychothérapie psychanalytique a conduit à développer des stratégies pour identifier ce type de patient avant le début d'une psychothérapie – à l'aide de tests psychologiques, d'entretiens structurés et de critères diagnostiques. Cela s'accompagnait de stratégies pour modifier le travail psychothérapeutique psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, afin de le rendre plus utile pour le patient : rendre le thérapeute plus actif, se focaliser plus sur la relation patient-thérapeute dans l' « ici et maintenant », utiliser des réponses contre-transférentielles pour explorer la relation, aider le patient à reconnaître ses réactions affectives et les événements qui les déclenchent et l'aider à faire le lien entre son comportement et ses pensées et ses émotions. Le principe est d'aider le patient à considérer que son comportement est motivé : il est le reflet de ses intentions et ses désirs. Cela entraîna certains psychanalystes, non seulement à modifier leur prise en charge des patients borderline, mais aussi à reconsidérer leur technique dans le cadre des séances pour les autres types de patients (KERNBERG MICHELS 2009).

3. 1990-2000 : Vers une prise en charge spécifique

Dans les années 1990, le DSM-IV était publié (avec des changements modestes dans la définition du trouble), avec le paradigme neurobiologique dominant le champ de la psychiatrie. La validité du trouble était remise en cause puisqu'il n'avait ni pharmacothérapie spécifique, ni modèle étiopathogénique neurobiologique. C'est ainsi que Siever et Davis ont proposé deux dispositions psychobiologiques : une dysrégulation affective (avec une hyperréactivité du système noradrénergique) et un défaut de contrôle comportemental (avec une diminution de la modulation sérotoninergique) (SIEVER 1991). Cela représentait une modèle scientifique et conceptuelle pour mieux comprendre les origines du trouble de la personnalité borderline, mais aussi pour expliquer ses comorbidités et ses relations avec d'autres troubles. Ainsi, ce trouble pouvait être surtout considéré comme appartenant au spectre des pathologies du contrôle des impulsions ou comme une pathologie de dysrégulation émotionnelle. A ce stade, plusieurs constats ont émergé des travaux de recherche. Le trouble borderline se développe souvent sans antécédent de traumatisme, les abus et traumatismes infantiles prédisposent à divers troubles psychiatriques et traiter les patients borderline comme

des victimes d'abus ne faisait souvent que les aggraver. Plusieurs études ont confirmé que, bien que les traumatismes infantiles, et surtout les abus sexuels, soient souvent liés au trouble borderline, un passé traumatique n'est pas nécessaire et ne rend pas compte de tous les facteurs causaux (BANDELOW 2005). Peu à peu, le trouble borderline faisait l'objet d'avancées importantes au niveau des facteurs étiologiques psychosociaux et du traitement.

En Angleterre, Peter Fonagy, un psychanalyste d'origine Hongroise, a introduit des travaux sur le développement précoce de l'enfant et les vicissitudes du maternage qui, selon lui, faisaient le lit du développement ultérieur d'un trouble de la personnalité borderline. S'appuyant sur les travaux concernant le concept de l'attachement, en particulier ceux des psychanalystes britanniques Donald Winnicott et John Bowlby, Peter Fonagy postulait que les difficultés pour la figure d'attachement de refléter de manière adéquate les états mentaux de l'enfant entraînaient des handicaps à l'âge adulte au niveau de la reconnaissance de soi et de l'empathie avec autrui : une incapacité à mentaliser qui rendrait l'enfant vulnérable au trouble de la personnalité borderline. Nous reviendrons ultérieurement sur ces théories.

C'est dans ce contexte qu'est apparue la première nouvelle approche thérapeutique depuis la période faste de la psychanalyse des années 1970 : la « *thérapie comportementale dialectique* » (« dialectical behavior therapy »), une thérapie cognitivo-comportementale spécifique introduite par Marsha Linehan au début des années 1990 (KERNBERG MICHELS 2009). Linehan met l'accent sur l'interaction réciproque de la biologie et de l'apprentissage social. D'après elle, le sujet borderline est victime d'un modèle d'instabilité et de dysrégulation comportementale, émotionnelle et cognitive (MEHRAN 2006). Cette thérapie, qui s'est avérée efficace, s'adresse plus particulièrement aux patients présentant des comportements suicidaires et parasuicidaires et une dysrégulation affective (KERNBERG MICHELS 2009). Elle cible les comportements auto-agressifs et suicidaires des patients borderline et cherche à réduire le recours aux traitements psychotropes et aux hospitalisations (LINEHAN 1991 et 1993 et 2000). L'identification d'objectifs thérapeutiques précis et la mise en place d'interventions basées sur l'« ici et maintenant » sont les principales caractéristiques de cette approche, dans laquelle le thérapeute se positionne comme un « coach ».

Huit ans plus tard, un deuxième type de psychothérapie spécifiquement conçu pour le trouble de la personnalité borderline a vu le jour : la « *thérapie basée sur la mentalisation* » (« *mentalization-based therapy* »). Cette approche, dérivée des travaux de recherche de P. Fonagy, a montré son efficacité dans un programme britannique d'hospitalisation à temps partiel (BATEMAN 1999). Ce soin a été conçu pour corriger, chez le patient borderline, les déficits sous-jacents de mentalisation en adoptant une position neutre, interrogatrice, dénuée de savoir et d'interprétation préalables, dans le but de faciliter, chez le patient, la bonne reconnaissance et l'acceptation de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui.

Peu de temps après, une autre psychothérapie a fait la preuve de son efficacité : la « *psychothérapie focalisée sur le transfert* » (« *Transference-Focused Psychotherapy* »). Toutes ces approches biologiques et psychothérapeutiques agiraient à différents points de la chaîne d'évènements qui caractérise la psychopathologie des patients borderline. Le peu d'études cliniques contrôlées randomisées contraste avec l'impression clinique générale qui est que les prises en charge à long terme sont essentielles pour ce type de patients. Le constat est que, bien que les symptômes définissant le trouble borderline et décrits dans le DSM répondent assez rapidement à des psychothérapies cognitivo-comportementales spécifiques bien structurées, les dispositions de personnalité sous-jacentes peuvent restées inchangées. La plupart des patients présentent, vingt à trente ans après la fin de la prise en charge, un appauvrissement de leur personnalité avec une insatisfaction sur le plan professionnel, relationnel, sentimental et familial. Un des challenges majeurs des recherches futures est de se focaliser sur l'évolution au long cours de la psychopathologie borderline ainsi que sur les effets des stratégies thérapeutiques sur cette évolution. L'étude de l'efficacité des traitements s'est surtout basée jusqu'à présent sur les symptômes descriptifs du DSM et de la CIM, et moins sur les difficultés plus chroniques et subtiles sur le plan professionnel, sentimental, social et créatif. Les instruments actuels ne prennent pas suffisamment en compte les aspects plus fondamentaux de la personnalité qui déterminent la satisfaction au long cours et l'efficacité du projet de vie du sujet. Cela reste un domaine majeur de recherche future (KERNBERG MICHELS 2009).

4. 2000-2010 : Vers une hypothèse biopsychosociale

La décennie actuelle a été marquée par la recherche des bases étiologiques des pathologies psychiatriques, du fait notamment de l'essor de la neurobiologie, de la neuroimagerie et de la génétique. L'étiologie du trouble de la personnalité borderline est un domaine de recherche ayant fait l'objet d'un très grand nombre de publications ces dernières années. Ainsi, le trouble borderline semble avoir acquis une nouvelle légitimité, du moins comme objet d'études scientifiques. Les causes du trouble sont complexes et restent incertaines. Aucun modèle n'a pour le moment été capable d'intégrer toutes les données disponibles (ZANARINI 1997).

Il y a eu, tout comme pour la question du diagnostic, deux points de vue distincts. Le premier, celui des psychothérapeutes et des psychanalystes essentiellement, souligne l'impact des expériences traumatiques précoces, notamment précœdipiennes et les conflits inconscients liés à ces événements de l'enfance. Le deuxième point de vue, celui des chercheurs, met plus l'accent sur des facteurs constitutionnels : les liens génétiques avec le trouble bipolaire, les dimensions de personnalité telles que l'impulsivité ou la dysrégulation émotionnelle et les anomalies cérébrale. Plusieurs autres facteurs pourraient aussi contribuer à la genèse du trouble et notamment une désorganisation au niveau du système d'attachement (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

Mais, la recherche d'un lien entre des caractéristiques cliniques et des fondements psychologiques ou neurobiologiques peut entraîner des raccourcis qui ne prennent pas en compte toute la complexité de l'aspect psychopathologique. La tentation est parfois grande de considérer les troubles de la personnalité comme étant l'expression soit de lésions neurobiologiques sous-jacentes, soit de difficultés psychologiques totalement déconnectées de toute origine neurobiologique. Or, le développement psychique est un processus éminemment complexe, impliquant des interactions entre l'inné et l'acquis. Ainsi, des travaux plus actuels cherchent à combiner ces deux perspectives, tout comme pour d'autres troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie et la dépression (KERNBERG MICHELS 2009). Il est maintenant plus largement admis que les troubles psychiatriques sont un amalgame complexe de vulnérabilités génétiques et d'influences environnementales. Certaines expériences peuvent interrompre la fonction transcriptionnelle de certains gènes tout en

activant celle d'autres gènes. De même, des facteurs de stress psychosociaux, tels que la négligence sévère, les abus et d'autres formes de maltraitance (avec ou sans traumatisme antérieur), peuvent avoir de profonds effets biologiques en modifiant les mécanismes neuronaux d'éveil et en entraînant des modifications structurelles et fonctionnelles au cours du développement cérébral. Les effets de la psychothérapie sur le cerveau sont là encore bien documentés (GABBARD 2000 ; GABBARD 2005 (4)).

L'origine du trouble borderline est donc très probablement multifactorielle, même si de nombreux travaux étayaient la notion que des antécédents psychosociaux de maltraitance (BANDELOW 2005), de négligence et d'abus dans l'enfance auraient un rôle majeur dans de nombreux cas (ZANARINI 1997). Cependant, les facteurs psychosociaux ne suffisent pas à eux seuls à produire une personnalité borderline. Une prédisposition biologique concernant l'intensité et la labilité émotionnelle est également nécessaire (MEHRAN 2006).

L'approche de Linehan est une perspective « biopsychosociale » de la personnalité : les interactions à travers le temps d'une prédisposition biologique et de facteurs de risque psychosocio-environnementaux déterminent la personnalité (CROWELL 2009). Ces deux facteurs conduisent l'individu borderline à un *dysfonctionnement de son système de régulation des émotions*. Le cadre bio-social de la théorie de Linehan l'a conduite à accorder un grand rôle aux origines biologiques de la dysrégulation émotionnelle chez les patients borderline. Par ailleurs, elle reconnaît que les problèmes de ces derniers sont en grande partie maintenus par un contexte social plutôt qu'individuel. L'environnement invalidant joue un rôle primordial dans le développement de ce trouble. Les patients borderline présentent in fine une vulnérabilité émotionnelle, à savoir une forte sensibilité aux stimuli, une réponse émotionnelle excessive (du fait d'une incapacité à réguler les réponses émotionnelles intenses) et un retour lent au seuil initial des émotions. Cette vulnérabilité biologique interagit avec des facteurs environnementaux spécifiques. (CROWELL 2009 ; MEHRAN 2006)

C'est donc dans ce sens que le modèle de vulnérabilité au stress ou le *concept biopsychosocial* du trouble borderline est maintenant reconnu (OLDHAM 2009). Les deux découvertes majeures concernant ce trouble sont que celui-ci est significativement héritable et qu'il a finalement un assez bon pronostic.

a. Facteurs de prédisposition ou « de vulnérabilité » (neurobiologiques)

Bien que les données sur de possibles *facteurs génétiques* dans la personnalité borderline soient rares, quelques études existent. Dans une étude de jumeaux, Torgersen et al. (TORGERSEN 2000) trouvèrent une héritabilité de 68%, ce qui invalida les diverses théories portant sur l'étiologie du trouble borderline, qui s'étaient focalisées uniquement sur les causes environnementales. Les taux de concordance pour le trouble borderline étaient respectivement de 38% et de 11% chez les jumeaux monozygotes et dizygotes, ce qui est très en faveur d'une composante génétique forte. McGlashan et al. ont retrouvé, à travers une étude prospective sur 2 ans, que certains traits de personnalité étaient assez fixes, tandis que d'autres critères semblaient plus réactionnels (GUNDERSON 2000). Les critères les plus stables, tels que la colère et l'impulsivité-agressivité, aurait des *déterminants génétiques spécifiques* (KENDLER 2008), avec des gènes candidats associés (NI X 2009), et pourraient ainsi représenter le noyau dur biogénétique du trouble. L'identification de ces caractéristiques héréditaires d'agressivité-impulsivité et de dysrégulation affective pourrait servir à modifier certains des critères diagnostiques lors de la réédition du DSM (SIEVER 2002). Ainsi, les critères les moins stables, tels que l'auto-agressivité et les problématiques d'abandon, seraient mieux pris en charge par des approches psychosociales, tandis que les critères biologiques seraient de meilleures cibles pour des traitements pharmacologiques (GABBARD 2005(5)). Il est donc probable que ce soient les traits d'impulsivité-agressivité et de dysrégulation affective qui soient transmis dans la famille, plus que le trouble de la personnalité en lui-même. Dans l'étude de Silverman et al. (1991, citée dans CROWELL 2009), on retrouve un risque d'instabilité affective et d'impulsivité supérieur chez les proches de sujets borderline que chez les proches de sujets souffrant de schizophrénie ou d'un autre trouble de la personnalité. Des données actuelles suggèrent que l'influence génétique sur les troubles de la personnalité en général, et non la personnalité borderline uniquement, agisse à la fois individuellement et en association avec des facteurs environnementaux anormaux (White et al., 2003 ; Caspi et al., 2002 et 2003) (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

On retrouvait également chez les sujets borderline un taux plus important de naissances prématurées mais aussi d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques, notamment de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, d'abus de substances et de suicide.

Le trouble borderline serait donc partiellement constitutionnel, impliquant une prédisposition génétique mais aussi des *anomalies cérébrales* identifiées par des techniques de neuroimagerie structurale et fonctionnelle cérébrale, même si les travaux de recherche portant sur des techniques d'imagerie chez les sujets borderline sont limités. Des études récentes, réalisées avec des tâches émotionnelles, apportent en effet des données croissantes sur les *déficits structuraux et fonctionnels des régions cérébrales* liées à la régulation affective, les processus attentionnels, le contrôle de soi et les fonctions exécutives décrits dans le trouble de la personnalité borderline. Le réseau dysfonctionnel impliqué dans le trouble est le *réseau frontolimbique* qui correspond au cortex cingulaire antérieur (CCA), au cortex préfrontal orbitofrontal (COF) (Stein et al., 1993 ; Kunert et al., 2003 ; De la Fluente et al., 1997, cités dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009) et dorsolatéral (CDL), à l'hippocampe (Tebartz van Elst et al., 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009) et à l'amygdale (Rusch et al., 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). D'après un grand nombre de travaux expérimentaux effectués sur l'homme et l'animal, le système limbique, qui comprend notamment les structures amygdalienne et hippocampique, joue un rôle central dans la régulation des états émotionnels, telles que la peur, l'anxiété et l'agressivité. L'amygdale est souvent hyperréactive dans les troubles thymiques et émotionnels, tels que l'état de stress post-traumatique, la dépression et le trouble anxieux généralisé. Dans les situations sociales, l'amygdale jouerait un rôle important dans la modulation de l'attention et de la vigilance, et notamment lorsqu'une personne doit évaluer des situations sociales potentiellement menaçantes et lorsqu'elle doit percevoir l'expression émotionnelle chez autrui (DONEGAN 2003).

Parmi les corrélats neurobiologiques du trouble borderline identifiés, on retrouve une hyperactivité de certaines structures du système limbique. Parallèlement, il existerait des troubles cognitifs affectant la contextualisation et le contrôle émotionnel, liés à un hypofonctionnement du cortex préfrontal, préorbital et cingulaire antérieur (KERNBERG MICHELS 2009). Ces dispositions tempéramentales influenceraient les relations d'objet précoces. Du fait d'un défaut de contextualisation adéquate, ces patients pourraient sur-anticiper et sur-réagir aux critiques et rejets réels, mais aussi personnaliser négativement le

manque d'intérêt et d'attention d'autrui. Cette disposition entraînerait des états de débordement émotionnel qui seraient d'autant plus difficiles à apaiser du fait du *fonctionnement inadapté du cortex préfrontal*. Il y aurait donc un moindre contrôle des affects primitifs avec un déficit au niveau des capacités corticales habituelles de rétrocontrôle négatif ou d'inhibition de l'impulsivité et de l'affectivité gouvernées par le système limbique (NEW 2007, KERNBERG MICHELS 2009).

Le fait que ces dysfonctions neurobiologiques observées (dus à la génétique, à des facteurs pré ou post-natal ou à des événements indésirables dans l'enfance) préexistent ou soient la conséquence du trouble de personnalité borderline est inconnu (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

Des études utilisant le PETScan (tomographie par émission de positons) ont retrouvé l'existence d'un hypométabolisme du *CPF* chez les sujets borderline, comparés à des sujets normaux (De La Fluente et al. 1997. ; Soloff et al. 2000) ainsi qu'une hyperactivité dans le *CDL* et dans le *CPF* antérieur quand on leur présente des écrits activant des souvenirs d'abandon (Schmahl et al. 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Au cours d'études avec stimuli émotionnels et stressants, une désactivation ou une absence d'activation du *CCA* ont été montrés chez ces patients. Sachant que le cortex préfrontal est connu comme une région cérébrale ayant un rôle dans le contrôle affectif, le dysfonctionnement dans cette région pourrait aussi être relié à la dysrégulation des affects caractéristique de ce trouble (Schmahl et al., 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

Des travaux récents, utilisant l'IRM fonctionnelle chez les sujets borderline, suggèrent l'existence d'une *hyperactivité amygdalienne* sous-jacente. L'étude de Herpertz et al. (2000) avec stimulation des émotions (par visualisation d'images « aversives ») (DONEGAN 2003), montre un signal renforcé bilatéralement dans l'amygdale chez six patients borderline, comparé à des sujets normaux. L'équipe de N.H Donegan (DONEGAN 2003) a ainsi mis en évidence, chez les patients borderline, l'existence d'une dysrégulation affective : une réponse plus élevée aux stimuli négatifs ou désagréables avec une hyperréactivité de l'amygdale gauche repérée en imagerie fonctionnelle. Cette hyperréactivité émotionnelle aux stimuli négatifs est caractéristique du fonctionnement à long-terme des patients borderline, indépendamment de l'existence d'éventuels épisodes thymiques. La dysrégulation

émotionnelle des patients borderline, qui résulterait de l'association d'une vulnérabilité émotionnelle et d'une incapacité à moduler ses réponses émotionnelles. La vulnérabilité émotionnelle est caractérisée par une sensibilité marquée aux stimuli émotionnels (de seuil bas) et des réactions habituellement intenses (de grande amplitude) qui retrouvent leur état de base très lentement (longue durée). Selon M. Linehan, « la plupart des problèmes que rencontrent les sujets borderline sont soit la conséquence directe ou indirecte de leur dysrégulation émotionnelle soit leurs tentatives pour moduler leurs réactions émotionnelles intenses » (LINEHAN 1991). Ces états affectifs associés à l'impulsivité peuvent conduire ces patients à évacuer ce stress interne en se comportant de manière inadaptée. Ainsi, une grande partie de leurs accès de colère ou de leurs comportements autodestructeurs, impulsifs ou auto-agressifs pourrait être le produit de cette dysrégulation émotionnelle et apporterait ainsi un soulagement temporaire (« catharsis émotionnelle ») (DONEGAN 2003).

L'équipe de Goodman (GOODMAN 2009) a pu mettre en évidence, chez des patients borderline soumis à des stimuli émotionnels, une discordance entre leurs réponses physiologiques marquées (une réactivité ou « résonance » émotionnelle intense) et l'évaluation subjective plutôt atténuée qu'ils faisaient de leur expérience affective. Les auteurs y voient la preuve d'une alexithymie avec difficultés de mentalisation. Ces résultats sont intéressants puisque les thérapies les plus étudiées actuellement impliquent l'apprentissage de capacités de mentalisation. (BATEMAN 2008).

Par ailleurs, des études en imagerie structurale ont retrouvé une *diminution des volumes des lobes frontaux et orbitofrontaux* (Lyo et al. 1998, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Une diminution du N-Acétyl-aspartate, qui est un marqueur d'intégrité neuronale, a aussi été rapportée (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Une méta-analyse récente (NUNES 2009) portant sur six études d'imagerie structurale montre une *diminution significative des volumes de l'hippocampe et de l'amygdale* (à droite comme à gauche) chez les patients souffrant d'un trouble borderline, par rapport à des sujets contrôles sains, suggérant ainsi que ces volumes réduits sont des substratums biologiques de certains symptômes du trouble borderline (DRIESSEN 2000 ; SCHMAHL 2003). Dans ce contexte de diminution de volume des régions cérébrales sensibles aux effets du stress, comme l'hippocampe, il faut considérer les taux de cortisol. En effet, les travaux de recherche sur l'animal ont montré l'impact considérable du stress sur ces régions, du fait de leur richesse en récepteurs à glucocorticoïdes de type II (SAPOLSKY 1998). Chez des

animaux soumis à un stress psychosocial intense, il a été retrouvé des perturbations neuronales fonctionnelles et structurales allant jusqu'à la mort neuronale. Des perturbations similaires ont été retrouvées après l'exposition du cerveau à des glucocorticoïdes artificiels. La plupart de ces résultats portent sur l'hippocampe, d'où les dysfonctions mnésiques retrouvées chez ces animaux. Les études menées chez l'homme font plus référence à un stress traumatique évoluant sur le long-terme (plusieurs mois ou plusieurs années). Cependant, certains résultats sont concordants avec ceux chez l'animal, tels qu'un volume hippocampique plus réduit chez les patients souffrant d'un état de stress post-traumatique (DREISSEN 2000).

De nombreux travaux de recherche suggèrent qu'une autre conséquence des traumatismes infantiles précoces est la sensibilisation persistante de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (AHHS) (Heim et Stein, cités dans KERNBERG MICHELS 2009). Des femmes aux antécédents d'abus dans l'enfance et de dépression caractérisée présentaient des réponses ACTH au stress six fois supérieures à celles des sujets contrôles (Heim, cité dans GABBARD 2005(4)). Les chercheurs ont conclu qu'une des conséquences persistantes des abus infantiles est l'*hyperréactivité de l'axe AHHS et du système nerveux autonome*. Cette hyperréactivité serait liée à une hypersécrétion du CRF. Ces données ont été confirmées par des études chez des patients avec un trouble de la personnalité borderline et des antécédents d'abus infantiles chroniques.

Rinne et al. (RINNE 2002) ont étudié 39 femmes borderline à qui il fut administré des tests à la dexaméthasone et au CRH, comparé à onze sujets contrôles. Les sujets borderline aux antécédents d'abus infantiles répétés (soit 24 sur les 39) présentaient une élévation des réponses d'ACTH et de cortisol à la dexaméthasone et au CRH. Il existerait donc une *hyperréponse de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien* chez les patients ayant un trouble borderline et des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance ; ce qui tend à conforter l'hypothèse d'une association entre un traumatisme précoce et une augmentation de la fonction hypothalamo-hypophyso-surrénalien chez l'adulte. Cet état d'hyperréactivité physiologique de la sécrétion d'ACTH est associé à un sous-groupe de patients borderline, mais pas tous. Les abus infantiles chroniques semblent augmenter la sensibilité des récepteurs au CRH. Ces données montrent bien comment des événements psychosociaux peuvent entraîner des altérations biologiques irréversibles cérébrales. De plus, du fait du lien qui unit l'axe hypothalamo-hypophysaire et le système sérotoninergique, ces données suggèrent

également qu'il serait possible de comprendre le mécanisme d'action des inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) chez les patients borderline.

Des *neurotransmetteurs* ont été impliqués dans la régulation des impulsions, de l'agressivité et des affects. La *sérotonine* est celui qui a été le plus largement étudié : il a été démontré qu'il y a une corrélation inverse entre les taux de sérotonine et le niveau d'agressivité-impulsivité (GURVITS 2000, PARIS ZWEIG, 2004). Une activité sérotoninergique diminuée peut inhiber la capacité d'un sujet à moduler ou contrôler ses pulsions destructrices, même si l'explication causale physiopathologique reste peu claire. Il a été rapporté une diminution des réponses médiées par les récepteur 5-HT_{1A} chez des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et aux antécédents d'abus prolongés dans l'enfance (Rinne et al. 2000, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009), ce qui suggère que les facteurs environnementaux pourraient servir de « médiateur » entre 5-HT et l'agressivité. Les régions cérébrales frontolimbiques suscitées semblent avoir un rôle dans ce dysfonctionnement de la neurotransmission sérotoninergique.

Les données sont en revanche limitées pour ce qui est du rôle des *catécholamines* (*adrénaline*, *noradrénaline* et *dopamine*) dans la dysrégulation des affects. Les patients borderline ont des taux plasmatiques de methoxyhydroxyphenylglycol (un métabolite de la noradrénaline) plus bas que des sujets contrôles sains ; mais ces résultats ne sont plus significatifs après contrôle des scores d'agressivité (Coccaro et al., 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Les autres neurotransmetteurs et neuromodulateurs impliqués dans la genèse du trouble de la personnalité borderline sont l'acétylcholine (Steinberg et al., 1997, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009), la vasopressine (Coccaro et al., 1998, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009), le cholestérol (Atmaca et al., 2002, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009) et les acides gras (Zanarini et Frankenburg, 2003, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009), ainsi que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

D'autre part, l'étude des capacités neuropsychologiques des personnalités borderline est une voie de recherche récente qui suscite un nombre croissant d'études. Jude et Ruff (1993) en ont fait la revue et effectué une étude comparé portant sur 25 patients qui met en évidence des différences hautement significatives avec les contrôles (rappel de la figure de Rey, épreuve du code à la WAIS-R, épreuve de fluence figurative de Ruff). Ces anomalies, comparables à

celles observées dans certains syndromes frontaux, seraient, pour ces auteurs, à l'origine de défaillances dans les processus d'abstraction, notamment dans les relations interpersonnelles complexes. Le recours à la pensée dichotomique résulterait d'une procédure simplifiée de traitement de l'information. C'est pourquoi l'apprentissage des opérations formelles, le développement des capacités d'abstraction et des compétences linguistiques constituent un objectif important du traitement. (DEBRAY 2009)

Ainsi, les symptômes cliniques du trouble borderline seraient l'expression d'une atteinte des fonctions cérébrales mais aussi des interactions avec l'environnement qui découleraient de cette atteinte.

b. Facteurs précipitants (psychosociaux)

Des séparations précoces dans la petite enfance, des environnements familiaux chaotiques, une insensibilité aux ressentis et besoins de l'enfant, des tensions émotionnelles familiales et des traumatismes de degrés divers ont tous été incriminés dans l'étiologie du trouble (ZANARINI 1997). Des données récentes suggèrent également que la *négligence*, et notamment le défaut de surveillance, ainsi que le *manque d'investissement* émotionnel, la carence de maternage, d'affection et d'empathie de la part des caregivers sont des facteurs de risque importants. Les sujets souffrant du trouble de la personnalité borderline perçoivent, de manière significativement plus importante que les sujets sans trouble de la personnalité, leur mère comme étant distante ou surprotectrice et leur relation avec elle comme étant conflictuelle, alors que leur père est perçu comme étant moins investi et plus distant. Les difficultés impliquées dans la genèse du trouble borderline concernent donc les deux parents. Des taux élevés d'*abus physiques, sexuels et émotionnels* sont rapportés chez des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (PARIS, 1998 ; JOHNSON, 1999). L'absence de sécurité de base pour l'enfant est régulièrement présente, avec menace d'explosion, de colère ou de violence à tout moment. Une étude prospective portant sur 639 jeunes et leurs mères a montré une association forte entre les traumatismes et la personnalité borderline. Les auteurs ont montré que les abus sexuels et la négligence étaient associés à plus de symptômes du trouble borderline (JOHNSON 1999 ; GABBARD 2005(4)). L'étude de Bandelow et al. (BANDELOW 2005) retrouve une fréquence d'expériences infantiles

traumatiques significativement supérieure chez les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline (94%), comparé à des sujets contrôles (38.5%) : abus sexuels, violence, maladie infantile ou le fait d'être séparé des parents. D'après Linehan (LINEHAN 1993), entre 67 et 75% des patients ont été abusés sexuellement. Zanarini rapporte que 84% des sujets borderline décrivent rétrospectivement des expériences de négligence et d'abus émotionnel de la part de leurs deux parents avant l'âge de 18 ans, le déni émotionnel de ces expériences par leurs parents étant un facteur prédictif du trouble de la personnalité borderline (Zanarini et al., 2000, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Ceci suggère que ces parents étaient incapables de prendre en compte l'expérience de leur enfant dans le contexte des interactions familiales. Les facteurs liés à la qualité de l'étaillage familial sont donc essentiels dans le maintien du trouble.

Des données préliminaires suggèrent que les traumatismes précoces pourraient favoriser une latéralisation hémisphérique et une intégration des affects négatifs des hémisphères droit et gauche. L'étude de Schiffer et al. utilise les potentiels évoqués auditifs pour mesurer l'activité hémisphérique (citée dans GABBARD 2005(4)). Leurs résultats montrent que les sujets aux antécédents de traumatismes infantiles utilisent leur hémisphère gauche lorsqu'ils se remémorent des souvenirs neutres et utilisent leur hémisphère droit pour leurs souvenirs effrayants. En revanche, le groupe de sujets contrôles utilisent autant leur hémisphère droit que gauche, quelque soit le contenu de leurs souvenirs. Ainsi, le mécanisme de défense principal des personnalités borderline, le clivage, est le reflet de ce défaut d'intégration hémisphérique. Afin de gérer leur peur que leur haine et leur agressivité ne puissent détruire toutes les qualités positives, les sujets borderline ont tendance à compartimenter les représentations d'eux-même et de leurs objets en des catégories « tout bon » ou « tout mauvais » (GABBARD 1989). Enfin, comme les relations aux objets internes sont créées à partir de la construction des représentations du self, des représentations d'objets et des affects qui les lient (KERNBERG 2009), il peut être émis l'hypothèse qu'un état affectif d'hypervigilance anxieuse soit lié à la perception des objets comme persécutants et du self comme victimisé (GABBARD 2005(4)).

c. Facteurs d'entretien

Les abus à eux seuls ne sont ni nécessaires ni suffisants pour le développement du trouble de la personnalité borderline. Nous avons en effet cité plus haut les facteurs prédisposants (ou « facteurs de vulnérabilité »). Les caractéristiques contextuelles de la *relation parent-enfant* sont également susceptibles d'être des facteurs médiateurs dans le développement du trouble. A long-terme, l'impact sur l'individu de la réponse des caregivers aux abus pourrait être plus important que les abus eux-mêmes (Horwitz et al., 2001, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

M. Linehan nomme «environnement invalidant» un environnement qui ne tolère ni les expériences personnelles de l'enfant et ni l'expression de ses émotions propres : ses expériences sont constamment invalidées, ses propos et ses comportements sont constamment critiqués, disqualifiés et rejetés, les exigences et les réussites sont exagérément valorisées, on ne lui laisse aucune chance, on le punit à la moindre faute. Ce type d'environnement, qui ne favorise pas une discussion cohérente autour de la vision de l'enfant sur le monde, ne facilitera probablement pas une adaptation réussie au traumatisme. Le milieu familial peut manquer d'empathie ou obliger à l'assujettissement par de nombreuses règles. On laisse croire l'enfant que ses émotions devraient être gérées de manière interne, sans soutien parental. Ainsi, l'enfant n'apprend pas comment comprendre, identifier, réguler et tolérer ses réponses émotionnelles : il oscille donc entre une inhibition émotionnelle et une labilité émotionnelle extrême. Il n'apprend pas non plus comment résoudre les problèmes à l'origine de ses propres réactions émotionnelles. Le jeune enfant va très vite penser que même ses interactions normales sont mauvaises et incorrectes et il arrivera à la conclusion qu'il est mauvais, incompetent et inintéressant. Ce type de milieu familial supprime les besoins individuels et les sentiments de l'enfant ne doit pas tenir compte de ses besoins. (LINEHAN 1991 ; MEHRAN 2006 ; CROWELL 2009)

L'abus sexuel constitue une des formes les plus extrêmes d'invalidation. Il s'agit d'une situation où l'adulte incite l'enfant à des expériences sexuelles en lui faisant croire que l'acte sexuel est permis mais qu'il ne doit en aucun temps faire part de cette expérience à qui que ce soit. Si l'enfant décide d'aller chercher du soutien dans l'environnement, il sera blâmé ou ne sera tout simplement pas cru. Dans un tel cas, l'enfant ne peut ni faire confiance à ce qu'il

ressent, ni faire des demandes d'aide dans l'environnement car dans les deux cas il sera puni ou invalidé. Par conséquent, à l'âge adulte, l'individu adopte les caractéristiques de l'environnement invalidant. Il discrédite sa propre expérience émotionnelle, recherche dans l'environnement des indices pouvant guider ses comportements, minimise la difficulté à résoudre des problèmes, se fixe des objectifs irréalistes, se déteste pour ne pas avoir réussi à atteindre les buts qu'il s'était préalablement fixés, attribue ses échecs à un manque de discipline, d'efforts ou de volonté à maintenir une attitude positive.

C'est justement à partir de cette idée que les besoins fondamentaux de l'enfant n'ont pas été pleinement respectés que J. Young va développer une forme de psychothérapie, appelée « psychothérapie des schémas ». Nous y reviendrons ultérieurement. Les études qui ont examiné le contexte familial des traumatismes infantiles dans le trouble de la personnalité borderline tendent à considérer qu'un environnement familial instable, peu maternant est le médiateur social clé des abus (Bradley et al., 2005, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009) et d'un dysfonctionnement de la personnalité (Zweig-Frank et Paris, 1991, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

Peu d'études montrent comment les caractéristiques de l'éducation parentale et de l'environnement familial créent une vulnérabilité au trouble de la personnalité borderline. En revanche, ces facteurs font probablement partie d'un attachement ou d'un système affiliatif perturbé qui perturbe le développement de la cognition sociale, qui serait dysfonctionnelle dans le trouble de la personnalité borderline (Fonagy et Bateman, 2007, cité dans THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Ainsi, les facteurs de risque héréditaires et les facteurs précipitants interfèreraient avec le processus d'attachement normal au cours du développement, et cette perturbation pourrait être amplifiée lors d'un soutien parental inadapté. L'association de ces facteurs étiologiques produit alors une intégration tronquée, distordue et incomplète des aspects de soi et des autres, entraînant ainsi des difficultés interpersonnelles sévères, persistantes et d'apparition précoce (relations instables d'une grande intensité avec des attentes excessives). Ainsi, le développement précoce normal serait perturbé et le stade développemental de la confiance de base ne serait pas atteint (OLDHAM 2009). Au total, des individus constitutionnellement vulnérables et/ou exposés à des facteurs psychosociaux qui perturbent le développement des fonctions cognitives intervenant dans les relations sociales, tels que la négligence dans les relations précoces, se développent avec des

difficultés à se représenter et à moduler leurs affects ainsi qu'une capacité attentionnelle de contrôle altérée (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

En dehors de l'environnement familial et des modalités relationnelles, les comorbidités addictives et dépressives représentent aussi des facteurs d'entretien du trouble. Certains toxiques, tels que l'alcool, majorent la dimension d'impulsivité, et favorisent par exemple les passages à l'acte. Un autre exemple est celui du cannabis ou de la cocaïne, qui favorisent les moments d'éclosion délirante persécutoire.

5. Critères diagnostiques actuels (DSM et CIM-10)

Le DSM-III, publié en 1980 (APA 1980), a permis l'établissement de critères diagnostiques pour l'ensemble des troubles de la personnalité et leur individuation sur un axe différent de celui des autres troubles psychiatriques, l'axe II. Le DSM-III-R n'a que peu modifié les critères du DSM-III concernant le trouble borderline. En revanche, les critères du DSM-IV (APA 1996) ont été remaniés pour permettre une diminution du chevauchement avec certains troubles de l'axe I (dont les troubles de l'humeur) et avec les autres troubles de la personnalité. Les critères diagnostiques sont donc au nombre de neuf contre huit dans le DSM-III-R : l'ajout concerne les expériences psychotiques réactionnelles brèves (PHAM SCOTTEZ 2007).

Dans le DSM-IV-TR (APA 2004), le diagnostic de « personnalité borderline » est défini comme étant « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoigne au moins cinq des manifestations présents dans la classification DSM (les critères diagnostiques généraux de trouble de la personnalité doivent par ailleurs être remplis) (CRITERES EN ANNEXE 1).

Les critères peuvent être réorganisés selon quatre dimensions : *la perturbation des affects* (critères 6, 7 et 8), *l'impulsivité* (critères 2, 4 et 5), *la perturbation des relations avec les autres et de l'image de soi* (critères 1 et 3) et enfin *les symptômes cognitifs* (critère 9).

Le diagnostic repose sur la présence de 5 des 9 critères, ce qui conduit à une hétérogénéité importante. Il y a ainsi 126 combinaisons possibles des 9 critères diagnostiques.

La deuxième classification internationale la plus utilisée, la Classification Internationale des Maladies (CIM-10ème version) (OMS, 1993), distingue deux sous-types à la personnalité « *émotionnellement labile* » : « *impulsif* » et « *borderline* ». (CRITERES EN ANNEXE 2)

Ce deuxième sous-type est assez proche de la description du DSM-IV, où le trouble spécifique de l'identité avec instabilité de l'image de soi, des objectifs, des choix d'objets sont associés à des caractéristiques d'impulsivité avec souvent un sentiment envahissant de vide. (PHAM SCOTTEZ 2007)

La principale différence entre les deux classifications est la description de symptômes cognitifs dans le DSM IV-TR.

Il est important de souligner que le polymorphisme symptomatique des pathologies borderline est tel qu'une évaluation uniquement fondée sur la sémiologie psychiatrique, dans une approche purement descriptive reste insuffisamment spécifique. Des motifs de consultation comparables se rencontrent pour d'autres perturbations (symptomatologie dépressive ou troubles addictifs par exemple). Il semble donc indispensable de pouvoir compléter cette approche descriptive par une analyse psychodynamique tant dans un intérêt diagnostique que thérapeutique.

6. Données actuelles

Comme le souligne O. Kernberg, ce trouble reste un sujet de santé publique important qui n'est pas suffisamment reconnu et pris en compte (KERNBERG MICHELS 2009). Malgré l'impact significatif de ce trouble de la personnalité sur l'évolution et le traitement des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, la recherche sur ces troubles oublie souvent de notifier et de prendre en compte cette co-occurrence. L'américain Gunderson souligne l'insuffisante formation, à la fois théorique et clinique, proposée aux jeunes psychiatres pour ce trouble. Il évoque également l'absence de donnée claire sur le coût global de ce trouble, au vu du fréquent recours à l'hospitalisation, de la violence et des complications médicales et

socio-judiciaires. Malgré les avancées importantes dans ce domaine (KING CASAS 2008 et SILBERSWEIG 2007), il reste à comprendre de manière plus précise la psychopathologie de base et les éléments neurobiologiques qui lui sont rattachés. Les liens entre les symptômes cliniques, les mécanismes et facteurs psychologiques et les systèmes neurobiologiques sous-jacents méritent encore d'être mieux explorés. Par exemple, il sera nécessaire de développer de nouvelles méthodes de recherche pour mieux comprendre les relations précises qui existent entre le traitement émotionnel opéré par les différents systèmes cérébraux et le développement des mécanismes défensifs plus psychologiques de gestion des affects contradictoires. Un exemple de lien qui appelle à des explorations plus poussées est le suivant : il semble que l'amygdale n'ait pas la capacité de combiner les affects positifs et négatifs, tandis qu'au niveau de l'aire cérébrale cortico-limbique, il existe la possibilité d'une telle intégration et d'une modération mutuelle d'affects contradictoires dans le contexte d'une intégration cognitive. En même temps, un mécanisme clé de changement dans les psychothérapies d'inspiration psychanalytique serait peut-être lié à l'intégration cognitive de relations d'objets investis affectivement intériorisées mais clivées. Cette intégration cognitive pourrait cependant n'être efficace que dans le contexte de relations d'objets investis affectivement dans la relation patient-thérapeute. Ces deux processus, psychologiques et neurofonctionnels, de modification et d'activation des affects, seraient a priori liés. Une des nombreuses questions de recherche actuelles vise à comprendre ce lien, en associant la recherche en neurobiologie et en psychodynamique (KERNBERG MICHELS 2009).

La légitimité du trouble de la personnalité borderline, bien qu'étant un trouble hétérogène, semble désormais acquise, du moins du point de vue de la classification DSM. Cependant, des interrogations et des débats persistent, du fait notamment du polymorphisme symptomatique, de la coexistence avec les troubles de l'humeur cycliques, de l'intensité des manifestations anxieuses, de la survenue de manifestations psychotiques transitoires. Les symptômes se chevauchent considérablement avec ceux des troubles dépressifs, schizophréniques, dissociatifs et des troubles des impulsions et de l'identité. Cela conduit certains auteurs à remettre en cause son appartenance aux troubles de la personnalité (DEBRAY 2009).

Etant donné les taux élevés de dépression comorbide chez les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, certains cliniciens ont pensé à une forme de dépression atypique. Ainsi, en dépit de différences symptomatologiques importantes, certains auteurs considèrent que la pathologie borderline n'est qu'une variante des troubles de l'humeur (AKISKAL

2004). Cette position est sans doute excessive, même si les troubles de l'humeur atypiques peuvent se colorer d'une pathologie plus riche qui les fait ressembler aux troubles borderline. Perugi et Akiskal (2002) ont ainsi plaidé pour un élargissement des troubles de l'humeur, incluant ces variantes au sein d'un « spectre de la pathologie de l'humeur » (DEBRAY 2009).

De nombreux auteurs ont aussi estimé que ce trouble ne devait pas appartenir aux troubles de la personnalité, mais plutôt aux « troubles de l'identité ». D'autres (Yen et Shea, 2001) le considèrent comme une forme « d'état de stress post-traumatique retardé », du fait de sa fréquente association à des antécédents de traumatismes et des similarités avec l'état de stress post-traumatique (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

Il est parfois difficile, en pratique clinique, de déterminer si les symptômes actuels sont ceux du trouble de la personnalité borderline ou si ils sont plutôt du registre d'un trouble comorbide associé. La grande différence est que les symptômes liés au trouble borderline sont soumis à de grandes fluctuations et une grande variabilité : les symptômes dissociatifs ou psychotiques et paranoïdes sont transitoires, les symptômes dépressifs changent considérablement en peu de temps, les idées suicidaires peuvent être intenses et intolérables mais seulement sur une courte durée, les doutes sur l'identité peuvent apparaître mais seront là encore de courte durée. Pour chaque trouble comorbide équivalent, il existe une plus grande stabilité de ces symptômes (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009). Dans le trouble borderline, contrairement au trouble bipolaire de type II, les affects oscillent plutôt entre colère et dysphorie qu'entre dépression et élation. D'autre part, ces fluctuations de l'humeur ont tendance à être réactionnelles au contexte interpersonnel plutôt que réellement endogènes (KOENIGSBERG 2002).

D'autre part, un nombre croissant d'auteurs considèrent que ce diagnostic devrait figurer sur l'axe I au lieu de l'axe II. Les prochaines classifications internationales des troubles mentaux verront le jour en 2013-2015 (DSM-V et CIM-11). A l'heure actuelle, de nombreuses critiques sont adressées à la conception de l'axe II du DSM-IV : une fidélité interjuge médiocre, de trop fréquentes comorbidités, des limites diagnostiques arbitraires, l'instabilité temporelle des critères, une validité incertaine des catégories et une utilité clinique insuffisante (GUELFY 2010). Plusieurs études portent donc sur une meilleure homogénéité des critères diagnostiques qui autoriserait, par exemple, une « dimensionnalisation » du système diagnostique du DSM et sur les liens entre les troubles de la personnalité et divers

styles d'attachement ou divers types de difficultés relationnelles (GUELFY 2009). Les catégories de personnalité ne seraient plus qu'au nombre de cinq et comprendraient encore la personnalité borderline (GUELFY 2010).

Enfin, un autre débat reste celui de l'âge de début de ce trouble et de la pertinence de ce diagnostic à l'adolescence. De nombreux auteurs pensent qu'un tel diagnostic ne peut, ou plutôt ne devrait, pas être posé avant l'âge de 18 ans, tant que la personnalité n'est pas encore bien structurée. Cependant, certaines caractéristiques et certains symptômes de ce trouble sont souvent repérables à un jeune âge, parfois au début de l'adolescence (Bradley et al., 2005).

III. THEORIE DE L'ATTACHEMENT ET PERSONNALITE BORDERLINE

1. La théorie de l'attachement

a. Contexte historique

La théorie de l'attachement est une théorie développementale, centrée sur l'interpersonnel plus que sur l'intrapsychique, et partant du normal pour en inférer le pathologique. C'est après la seconde guerre mondiale que se cristallise la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celles de leurs effets sur son développement (GUEDENEY 2002). Anna Freud parlera d'un « besoin primaire d'attachement » et de la nécessité de le respecter. Aux Etats-Unis se développe au même moment un intérêt pour les effets de l'institutionnalisation, c'est-à-dire l'élevage des jeunes enfants en collectivité, séparés de leurs parents. René Spitz, un des auteurs qui en dénoncent les effets, parle « d'hospitalisme » et décrit la dépression anaclitique. C'est dans ce contexte, dans les années 1950, que la notion d'attachement fut introduite par le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby (BOWLBY 1978), en lien avec les observations éthologiques et les constatations pédopsychiatriques des ravages engendrés par la carence de soins maternels chez le bébé. Cette théorie apporte une compréhension au développement cognitif et émotionnel normal chez le jeune enfant à partir des relations interactives réelles avec ses parents. Elle n'explore qu'une des dimensions du lien parent-enfant (lorsque l'enfant est en détresse). Elle ne propose pas un fonctionnement global du psychisme humain. La psychologue américaine Mary Ainsworth enrichit le concept d'attachement en introduisant la notion d'une balance entre protection et exploration et donne à la théorie une reconnaissance scientifique internationale en élaborant une situation d'évaluation expérimentale : « la *Strange Situation* » (AINSWORTH 1978 et 1989). Initialement, les recherches dans ce domaine se sont donc principalement focalisées sur la petite enfance, mais il existe depuis quelques années un intérêt croissant pour la théorie de l'attachement chez l'adulte. Mary Main, psychologue américaine, crée un nouvel instrument psychométrique : l'AAI (« *Adult Attachment Interview* »), qui interroge le niveau des représentations (MAIN 1990 ; CASSIDY 1999).

Cette théorie a permis ainsi de revisiter certains troubles de l'adulte, comme le trouble borderline, au travers d'une nouvelle psychopathologie. Au cours de ces dix dernières années, l'intégration des perspectives cognitives et interpersonnelles a porté une attention considérable aux recherches empiriques qui ont étudié l'association de modèles psychopathologiques et la théorie de l'attachement de John Bowlby. Cette théorie est devenue un cadre conceptuel pour la compréhension des moyens adaptés ou inadaptés que les individus peuvent utiliser face à différents événements, pendant les différentes étapes développementales de la vie. Ces recherches ont confirmé l'hypothèse d'un lien entre l'engagement parental défectueux, l'attachement insécuré de l'enfant et le développement des troubles psychologiques à l'âge adulte.

L'évolution des modèles psychopathologiques conceptuels pour les troubles psychiques a été marquée par le passage progressif d'un intérêt porté à la nature des fantasmes et au conflit pulsionnel sous tendant les symptômes, à une attention privilégiée à la *problématique du lien* à l'origine de l'organisation de la personnalité (Corcos, Jemmet, 2002).

b. Constitution des liens d'attachement

La théorie de l'attachement repose sur un paradigme : la recherche de la proximité de l'autre en situation de détresse afin de restaurer le sentiment de sécurité.

i. Le « système d'attachement » proprement dit

« *Le comportement d'attachement* » répondrait à un besoin primaire, inné, instinctif, biologiquement déterminé et équivalent à la nutrition pour la survie (BOWLBY 1978). Ce comportement est observable dès la naissance chez le nouveau-né, et est défini par sa finalité, qui est l'établissement et le maintien par l'enfant de la proximité désirée avec la figure d'attachement. Ces comportements d'attachement seraient phylogénétiquement favorisés, car ils augmenteraient la probabilité de proximité entre la mère et le bébé, et par la-même, la probabilité de protection et de survie d'un nouveau-né physiologiquement immature et

vulnérable. Il existe des comportements innés (présents dès la naissance chez tous les individus) et réciproques (mais non symétriques) d'attachement entre une mère et son bébé (GUEDENEY 2002 ; CASSIDY 1999). La satisfaction de ses besoins d'attachement, notamment durant les trois premières années de la vie, constitue un paramètre important du développement et semble prédictif d'un meilleur développement de l'enfant.

Versant parental de l'attachement, le « *système de caregiving* » est l'expression d'une tendance biologique : l'urgence de prendre soin de son petit, modifiée par les expériences sociales. Il prend en compte à la fois les soins physiques et affectifs prodigués à l'enfant. Le « *caregiver* » désigne toute personne qui s'occupe du bébé, et pas uniquement sa figure d'attachement. On appelle « *bonding* » le sentiment que ressent le caregiver d'être attaché au petit dont il prend soin. En ce qui concerne les qualités d'un « bon caregiver », Ainsworth a mis l'accent sur la sensibilité maternelle, c'est-à-dire sa capacité à percevoir, interpréter et répondre correctement et rapidement aux signaux émis par l'enfant. Fonagy insiste sur l'importance d'admettre que l'enfant a une activité physique et de donner sens à celle-ci (capacité de mentalisation et fonction réflexive) (FONAGY 1991). Si le parent se montre incapable de répondre empathiquement aux signaux du bébé, puis de donner sens à son activité physique, il compromet la capacité ultérieure de celui-ci à contenir et réguler l'étendue et la complexité de ses expériences affectives. L'adaptation aux rythmes du bébé et la disponibilité émotionnelle à son égard sont également capitales (GUEDENEY 2002 ; CASSIDY 1999).

ii. Figures d'attachement principale et secondaires

On désigne par « *figure maternelle* » ou « *figure d'attachement* » la personne qui apportera à l'enfant le plus fort sentiment de sécurité en sa présence et vers laquelle est dirigé son comportement d'attachement (BOWLBY 1978 ; ATGER 2003). Il existe une hiérarchisation de ces figures en fonction de différents facteurs : le temps passé avec l'enfant et la qualité des réponses apportées, l'investissement affectif de l'enfant par l'adulte et la constance de la présence au fil du temps. Selon Bowlby, les variables les plus pertinentes dans la constitution d'une figure d'attachement principale sont les réponses aux pleurs et la disponibilité aux interactions sociales (BOWLBY 1978). La mère constitue le plus souvent la figure

d'attachement « *principale ou privilégiée* ». Cette relation n'est toutefois pas exclusive, et des figures d'attachement dites « *secondaires* » constituent des alternatives vers lesquelles l'enfant peut se diriger en l'absence de la figure principale (père, fratrie ou toute personne qui s'engage dans une interaction durable avec le bébé et qui répondra de manière sensible et active à ses besoins).

iii. Equilibre entre système d'attachement et système exploratoire

Le comportement d'exploration, lié à la curiosité et la maîtrise, entretient des liens étroits avec le système d'attachement. C'est Ainsworth qui introduit cette subtile intrication attachement/exploration. La balance attachement-exploration constitue un système complexe, en équilibre dynamique, dont les comportements d'attachement et les conduites d'exploration représentent deux pôles antithétiques mais complémentaires, s'inhibant mutuellement. Ils se trouvent ainsi chacun activé ou désactivé en miroir. L'exploration du monde extérieur avec ses possibilités d'apprentissage, de découverte de l'environnement, d'acquisition de schémas d'exploration est conditionnée, en partie, par la présence de la figure d'attachement. Un enfant sécurisé explore, et son système d'attachement est activé à minima (en veilleuse), contrôlant en permanence la survenue possible de sources d'alarme dans l'environnement. Dès qu'il se sent menacé, il active ses comportements d'attachement et cesse d'explorer. L'activation plus ou moins intense des comportements d'attachement est fonction des éléments du contexte. Certains stimuli, d'origine interne ou externe, provoquent de manière innée l'activation des comportements d'attachement : bruits forts, obscurité soudaine, événements inattendus, nouveauté, maladie, faim, peur... Ces comportements sont également sollicités dans les situations où l'enfant aura un sentiment de rejet ou d'inaccessibilité de sa figure d'attachement. Les comportements d'attachement peuvent être aversifs (comme les cris et les pleurs), amenant la figure d'attachement vers l'enfant afin de faire cesser ces comportements. Ils peuvent être actifs (s'accrocher, suivre) amenant l'enfant à la figure d'attachement ou être interactifs entre l'enfant et la figure d'attachement.

La figure d'attachement joue alternativement le rôle de havre de sécurité et de base de sécurité. Le qualificatif de « havre de sécurité » désigne le rôle de refuge salvateur joué par la

figure d'attachement en cas de danger. Au contraire, en tant que base de sécurité, elle autorise et stimule l'exploration. C'est à partir de cette base que l'enfant va pouvoir partir explorer le monde. La notion de base de sécurité signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien sera disponible en cas de besoin (GUEDENEY 2002). Bowlby (BOWLBY 1978) postule « qu'un doute rongeur quant à l'accessibilité et la disponibilité des figures d'attachement est une des raisons principales du développement d'une personnalité instable et angoissée ». Au début de la vie, la proximité physique avec sa figure d'attachement est nécessaire au bébé pour se sentir en sécurité, et ainsi pouvoir partir à la découverte du monde extérieur. Sa proximité psychologique l'aide à explorer et réguler son monde interne et celui d'autrui. Progressivement, l'enfant accède à une conception mentalisée et émotionnelle : le sentiment de sécurité qui lui permet d'explorer même en l'absence matérielle de sa source de réassurance (AINSWORTH 1978 ET 1989). Si l'enfant a construit une base de sécurité, il peut alors, fort de cette certitude que sa figure de soutien sera accessible en cas de danger, se risquer à explorer le monde qui l'entoure (c'est la base de sécurité), parce qu'il peut y revenir en cas de besoin. L'attachement sécurisé permet ainsi de contribuer au développement des capacités cognitives et sociales.

La continuité des patterns d'attachement est le moyen grâce auquel la structure de la personnalité se confirme, et ceci se réalise à travers les opérations d'assimilation des mécanismes du schéma (Lyddon, 1993 et Mahoney, 1991 cités dans MEHRAN 2006).

iv. Sécurité de l'attachement

Le sentiment de sécurité correspond à la confiance du bébé dans la disponibilité et la fiabilité de sa figure d'attachement en cas de besoin. Il se forge progressivement au fil des expériences réelles vécues par le bébé dans sa relation à sa figure d'attachement. Winnicott parlait de « capacité d'être seul » supposant l'introjection de l'environnement, support du moi pour pouvoir passer de la capacité d'être seul « en présence de quelqu'un » à la capacité d'être « vraiment seul » (WINNICOTT 1969).

Au-delà de la dimension de protection que revêtent ces comportements, ils assurent également une fonction homéostatique permettant à l'enfant de réguler ses émotions grâce à

l'intervention de la figure d'attachement dont les attitudes visent à réduire la détresse de l'enfant. Progressivement va se constituer un système comportemental d'attachement relativement stable pour un enfant donné, activé par les situations de stress, de menace et de perte, et qui s'éteint lorsque l'accessibilité avec la figure d'attachement est rétablie.

Au fur et à mesure que les facultés cognitives de l'enfant se développent, ce dernier devient capable d'anticiper l'éventualité de divers événements, surtout ceux dont il croit qu'ils provoquent la peur et l'angoisse. Parmi les différentes situations effrayantes qu'un enfant ou un adulte peut anticiper, celle où la figure d'attachement sera inaccessible et indisponible est la plus angoissante et insupportable. On désigne par « *présence de la figure d'attachement* », la possibilité d'accès facile de celle-ci et par « *absence* », une figure d'attachement inaccessible. Lorsque la figure d'attachement est « *disponible* », elle est à la fois accessible et prête à réagir positivement. On parle de « *séparation* », lorsque la figure d'attachement est inaccessible de manière temporaire et de « *perte* » lorsque celle-ci est inaccessible de manière permanente (MEHRAN 2006).

Les réponses apportées par les figures d'attachement aux sollicitations de l'enfant et à sa recherche de proximité vont influencer progressivement la sélection de certains comportements d'attachement, en fonction de la sécurité ressentie par l'enfant face à ces réponses. L'enfant met ainsi en place des stratégies adaptatives en fonction de la réponse de l'environnement, de la disponibilité et de l'accessibilité de la figure d'attachement. On décrit ainsi différents patterns d'attachement chez l'enfant, conditionnés, en partie, par les réponses antérieures de l'environnement dans les situations activant le système d'attachement. Dès la naissance, l'enfant dispose d'un répertoire de comportements d'attachement visant à maintenir la proximité avec sa figure d'attachement. En fonction de l'efficacité de ces « *stratégies primaires* » il va élaborer des évaluations anticipatrices quant aux réponses de sa figure d'attachement et adapter son comportement en conséquence. Si ces stratégies « *primaires* » sont efficaces, les patterns d'attachement sont dits « *séconds* ». En cas d'inefficacité des stratégies primaires, l'enfant est plus ou moins enclin à modifier le fonctionnement de son système d'attachement et à développer des stratégies « *secondaires* ». L'enfant va adapter son comportement en fonction des chances qu'il croit avoir de regagner le contact de sa figure d'attachement. Cette adaptation peut le conduire à inhiber son système d'attachement (minimisation) ou au contraire à l'hyperactiver (maximisation) (MAIN 1990). Les patterns d'attachement dans ce cas sont dits « *inséconds* ». L'inhibition du système d'attachement

serait favorable à l'attachement lorsque la mère ne supporte pas les demandes affectives de son enfant qui, plutôt que de l'inciter à s'approcher, provoquent au contraire un désir d'éloignement. Les stratégies de minimisation auraient alors pour effet de soulager la mère, rendant alors plus tolérable pour elle un rapprochement avec son enfant. A l'inverse, l'enfant hyperactive son système d'attachement lorsque ses stratégies primaires ne suffisent pas à obtenir un réconfort de la part de la mère, mais que ce réconfort reste néanmoins envisageable. Constatant qu'il n'obtient satisfaction qu'à condition de manifester une détresse extrême, l'enfant apprend progressivement à augmenter l'intensité des signaux d'attachement qu'il émet. L'inconsistance des réponses de sa figure d'attachement maintient son système d'attachement en état d'alerte permanent : l'enfant est hypervigilant par rapport au lien. Il en vient à se focaliser sur les aspects alarmants de l'environnement pour attirer sur lui l'attention de sa mère. Ceci l'empêche, par ailleurs, d'explorer et de s'intéresser au monde extérieur (MAIN 1990).

Il arrive que l'enfant échoue dans sa tentative d'aménagement relationnel : il ne parvient pas à développer de stratégie d'attachement cohérente et l'on parle de « désorganisation » (BRETHERTON 1985). Cela se produit lorsque la figure d'attachement de l'enfant, censée représenter pour lui une base de sécurité, est également une source d'alarme et de peur. Il se retrouve donc face à un paradoxe insoluble lorsqu'il ressent le besoin d'être rassuré. On observe également ce phénomène quand l'enfant a peur pour sa mère, générant dans les situations de stress un sentiment d'appréhension. Les enfants désorganisés auraient donc le plus souvent une mère maltraitante, traumatisée ou endeuillée. A long terme, ces stratégies secondaires peuvent s'avérer néfastes pour l'enfant. Ainsi, l'inhibition implique une répression des émotions et une restriction de l'accès aux sentiments, ce qui engendre une limitation de l'engagement affectif vis-à-vis d'autrui et rend l'individu insensible et indifférent aux contacts humains même positifs. A l'inverse, l'hyperactivation débouche sur une attitude de dépendance anxieuse qui peut devenir invalidante dans la relation interpersonnelle et le fonctionnement social.

c. Patterns d'attachement dans l'enfance

L'attachement dans l'enfance peut être défini comme des comportements qui visent « la recherche de sécurité et particulièrement vis-à-vis de la figure maternelle ». Alors que *l'attachement dans l'adolescence et la vie d'adulte* a été défini comme un lien avec une personne proche qui offre un engagement affectueux au sujet. Cette autre personne peut être une figure parentale, un partenaire intime ou même un ami proche (Lopez et Gouer, 1993 cité dans MEHRAN 2006). Bowlby (BOWLBY 1978) ne considère pas le terme d' « angoisse de séparation » adapté ; il propose d'autres termes plus appropriés, comme « *attachement anxieux* » ou « *attachement précaire* » (BOWLBY 1978). Dans les études récentes, les théoriciens cognitivistes intéressés par la théorie de l'attachement proposent le terme d'« *attachement insécurisé* ». Le style d'attachement est un concept psychologique qui s'intéresse à la façon dont la personne a été reliée à ses proches afin de développer et maintenir un sens de sécurité personnelle. *L'engagement parental* concerne les perceptions des individus au niveau de la qualité et la quantité du contact parental, alors que *l'attachement* se focalise sur les modèles cognitifs de soi et des autres que l'individu a intégrés à la suite des interactions précoces avec les parents : donc les futures orientations de l'attachement sont partiellement déterminées par l'engagement parental. Les patterns d'attachement vont suivre l'individu tout le long de sa vie. Certaines interruptions (Parker, 1983 cité dans MEHRAN 2006) peuvent affecter l'engagement normal, comme le rejet et les critiques excessives des parents ou la surprotection et un degré élevé d'anxiété chez les parents ainsi que leurs intrusions inappropriées dans la vie de l'enfant. Quand les processus normaux du développement et les liens affectifs avec les parents ont été interrompus, il y a une forte chance que l'individu développe des styles d'attachement insécurisé qui vont persister tout au long de sa vie. Selon la théorie de l'attachement, plus le comportement et l'engagement des parents sont instables et imprévisibles, plus l'attachement de l'individu sera angoissé et insécurisé (MEHRAN 2006).

i. La « strange situation » : les différents styles d'attachement

La sécurité de l'attachement ne peut être directement observée. Elle ne peut être inférée qu'à partir d'une procédure standardisée d'observation. La procédure la plus largement utilisée est la « strange situation » (situation étrange), développée par Mary Ainsworth à la fin des années soixante (AINSWORTH 1978). Cette situation explore les modalités normales de l'interaction mère-enfant à partir d'une série de séparations et de retrouvailles entre l'enfant et sa figure d'attachement. Elle est devenue un paradigme expérimental en matière d'attachement. C'est la méthode de recherche la plus utilisée pour évaluer la qualité des attachements d'une enfant aux personnes qui s'occupent de lui.

Au début, les styles d'attachement chez l'enfant ont été classés en trois catégories par M. Ainsworth en fonction de leurs réactions à la « strange situation » :

catégorie A = *attachement insécuré évitant* : ces enfants ont peu de manifestations affectives ou de comportement de base de sécurité. Ils paraissent peu affectés par les séparations, tendent à éviter la proximité et le contact avec la mère lors des retrouvailles et focalisent leur attention sur les jouets.

catégorie B = *attachement sécurisé* : les enfants qui ont développé un attachement sécurisé explorent l'environnement et de temps en temps, jettent un regard sur leurs caregivers. Ils montrent peu de détresse après la séparation, et après la réunion sont facilement réconfortés. Ils expérimentent leurs figures d'attachement comme disponibles et responsables. Ils savent que si l'exploration devient particulièrement angoissante et inconfortable, ils peuvent se tourner vers leurs caregivers. Ces individus sont de ce fait relativement ouverts aux nouvelles informations. Leurs modèles de travail sont les reflets d'un équilibre relatif entre les processus d'assimilation et d'accommodation, ce qui permet à leur système de soi d'être relativement flexible et ouvert aux nouveaux changements et apprentissages (Lyddon et Sherry, 2001 cité dans MEHRAN 2006)

catégorie C = *insécuré ambivalent ou résistant* : ces enfants montrent de la détresse importante lors de la séparation. Lors de la réunion, il existe une ambivalence, à savoir un

mélange de recherche de contact et de rejet coléreux de leur mère, avec des difficultés à être réconfortés. Ils explorent peu les jouets.

Ces patterns d'attachement, repérés au cours de la « strange situation », se constituent au cours de la première année de vie et se stabilisent vers 12 à 18 mois. Ils restent relativement stables dans le temps. Ils sont spécifiques d'une dyade donnée. L'attachement inséure ne constitue donc pas une pathologie mais plutôt une stratégie adaptative.

ii. Désorganisation de l'attachement

A ce jour, on distingue quatre patterns d'attachement, puisque Main a secondairement introduit une quatrième catégorie: *l'attachement inséure désorganisé*. Plusieurs auteurs ont relevé en effet qu'un certain nombre d'enfants (entre 10 et 20%) soumis à la situation étrange n'entraient dans aucune des trois catégories décrites par M. Ainsworth. Le comportement de ces enfants, surtout lors des réunions, apparaît désorganisé, interrompu ou bizarre, avec des « stéréotypies » et finalement dépourvu de stratégie cohérente. L'enfant peut se figer dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion ou la sidération. Il laisse nettement transparaître des indices de stress ou de peur vis-à-vis de la figure d'attachement. Ainsi, plutôt que d'être alarmée par la situation, il se comporte plutôt comme s'il était alarmé par le parent lui-même. Les stratégies de l'enfant sont mises en échec, celui-ci n'arrivant ni à s'approcher du parent, ni à s'en détacher. Il s'est avéré que la présence de ce comportement de type *désorganisé* était fréquemment associée à un environnement familial caractérisé par une dépression maternelle, des conflits conjugaux et des problématique d'abus, de maltraitance ou de négligence à l'égard de l'enfant (AGRAWAL 2004, MAIN 1990).

Mary Main (MAIN 1990) explique la formation de l'attachement désorganisé soit par le comportement ouvertement maltraitant du parent, soit de manière plus subtile, par un comportement effrayé/effrayant.

Un comportement ouvertement violent et abusif du parent effraye l'enfant alors qu'il demande une protection par la proximité de celui-ci. L'enfant tend alors soit à attaquer de façon défensive le parent, soit à se retirer. L'éloignement de la figure d'attachement active le système d'attachement et force l'enfant à se rapprocher de celui-ci, créant un dilemme

insoluble pour lui, engendrant un comportement désorganisé, fait d'approches et d'évitements (MAIN 1990).

L'autre façon de créer un comportement désorganisé chez l'enfant est la présence d'un comportement effrayé/effrayant chez la figure d'attachement. Les parents d'enfants désorganisés souffrent eux-mêmes de traumatismes non résolus (deuil d'une figure d'attachement ou abus dans l'enfance par exemple). Lorsqu'ils s'occupent de leurs enfants, une intrusion mnésique de ces traumatismes non résolus peut survenir, ils expriment alors de la peur sans le vouloir, de façon non consciente (par exemple jeux avec des mouvements ou une intonation terrifiante, indications directes de peur vis-à-vis de l'enfant). Pour l'enfant, l'expression d'une peur sur le visage de l'adulte est en soi effrayante, et active le système d'attachement, ce qui effraye le parent. Le parent devient à la fois une source de menace et une source de confort, ce qui crée une situation paradoxale et non intégrable pour l'enfant. La frayeur de l'enfant devient ainsi sans solution, ce qui crée une activation importante et chronique du système d'attachement sans extinction possible. La figure d'attachement active le système d'attachement et en même temps, échoue à le désactiver. Main apporte une explication à la compréhension de l'attachement désorganisé chez des enfants dont les parents ne sont pas ouvertement maltraitants. Un comportement parental indifférent, évitant ou même rejetant, décourage l'enfant lors de sa recherche de proximité mais ne l'effraye pas. L'enfant peut alors développer des stratégies secondaires d'attachement. L'enfant dont les parents sont détachés sera capable d'organiser un pattern d'attachement évitant cohérent, minimisant son système d'attachement. Les parents préoccupés oscillent entre l'acceptation et le refus des besoins d'attachement de l'enfant, le décevant ou le bouleversant, mais ne l'effrayant pas. L'enfant hyperactive alors son système d'attachement, l'organisant en un pattern ambivalent. L'attachement désorganisé se retrouve dans plusieurs situations cliniques : lorsqu'il existe une maltraitance, des carences ou des abus, une pathologie psychiatrique parentale, des conflits conjugaux importants et des séparations prolongées dans des situations adverses (CASSIDY 1999). Les enfants désorganisés à la situation étrange ont tendance à réorganiser leur comportement d'attachement vers l'âge de 3-5 ans. Cette réorganisation prend la forme d'un comportement contrôlant la figure d'attachement, soit par un comportement contrôlant punitif (hostilité envers le parent), soit par un comportement contrôlant de donneurs de soins (aidant, protégeant et s'inquiétant du parent : inversion des rôles parentaux).

d. L'attachement au niveau des représentations

i. Les modèles internes opérants

George Kelly, dans son ouvrage de 1995 « *The psychology of personal constructs* », décrit un modèle de l'homme comme constructeur actif de son monde. Suivant ses expériences, il enregistre les événements et anticipe leurs conséquences. Dans le système de construction personnelle, la place des figures d'attachement, leur disponibilité et la façon dont elles vont répondre en cas d'appel au secours sont primordiales. Un autre élément important dans les constructions personnelles de l'individu est la notion que ce dernier a de lui-même et la façon dont ses figures d'attachement le considèrent. La croyance du sujet par rapport à la disponibilité de ses figures d'attachement détermine la réaction de ce dernier face aux situations éventuellement dangereuses, tout le long de sa vie (MEHRAN 2006).

Grâce à la mémoire dite procédurale, l'enfant est capable d'intérioriser les expériences relationnelles vécues, puis des modèles d'interaction sous forme de représentations (BOWLBY 1978). Lorsque se forment des représentations des objets qui l'entourent, le bébé devient capable d'intérioriser les interactions qu'il a avec son environnement. A partir des échanges avec son environnement familial, il développe des modèles de relation qui l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches. Ces modèles lui permettent d'anticiper les réactions d'autrui. De ce fait, ils influencent son comportement dans ses rapports avec sa figure d'attachement. Bowlby regroupe sous le terme de « *modèle interne opérant* » (MIO) ces modèles mentaux représentationnels que l'enfant se construit. Ainsi, ces modèles permettront d'évaluer et de guider le comportement dans les situations nouvelles. Ils opèrent dans la vie de l'individu en l'influençant dans sa manière de percevoir le monde (rôle de *filtre*) et de se conduire (rôle de *guide*) dans ses relations interpersonnelles. Ces modèles portent à la fois sur les figures d'attachement (leur disponibilité, accessibilité, fiabilité) et sur soi-même.

Le modèle initial de Bowlby (1969-1973) propose comme hypothèse : « Tous les enfants internalisent des modèles de travail de soi et des autres basés sur les interactions répétées avec

les figures parentales et tout le long de leur vie, ces modèles leur servent comme guide pour véhiculer les relations avec autrui. » (MEHRAN 2006)

Bowlby (Lyddon et Sherry, 2001 cité dans MEHRAN 2006) distingue donc :

- *Le modèle de travail de soi* est un schéma qui évalue et concerne la façon dont l'enfant se voit lui-même et son rôle dans la relation d'attachement. Son modèle du travail interne est composé par une série de croyances à propos de ses propres valeurs et ses compétences en tant qu'individu (l'image ou la représentation qu'il se fait de lui-même comme plus ou moins digne d'être aimé).

- *Le modèle de travail des autres* est en général le dérivé des modèles du travail des premiers caregivers (renvoyant à sa perception des autres comme plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins).

La confiance en soi, nourrie par le sentiment de sécurité, constitue la base de l'estime de soi et de la solidité narcissique indispensables à la réussite des apprentissages. Par exemple, un enfant dont les besoins d'attachement ne sont pas satisfaits développe un modèle des autres comme étant peu fiables et indifférents. En conséquence, l'enfant carencé peut croire que chaque nouvelle personne qu'il rencontrera dans sa vie d'adulte sera inaccessible, insensible et indifférente. Son image de soi sera une image de quelqu'un qui n'est pas digne d'être aimé. Inversement, un enfant dont les besoins d'attachement sont satisfaits développera un modèle des autres comme étant fiable et digne de confiance, et un modèle de soi comme digne d'être aimé.

ii. Organisation défensive et cristallisation des modèles internes opérants

En s'inspirant des notions d'accommodation et d'assimilation introduites par Piaget, Bowlby distingue deux temps dans le développement d'un MIO : au début, le modèle s'ajuste aux différentes interactions vécues pour se constituer, puis les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant même si la correspondance est imparfaite. Ainsi, une fois le MIO constitué, les nouveaux événements sont donc lus à travers le filtre des expériences

passées, parfois de façon biaisée. Les MIO imposent des règles concernant l'organisation de l'attention et de la mémoire qui limitent ou autorisent l'accès aux informations relatives à l'attachement. Si une personne change d'environnement (par exemple un enfant battu par ses parents est placé dans une famille sécurisante et protectrice), le MIO qu'elle s'est constitué au contact de ses premières figures d'attachement risque de mal la guider dans ses nouvelles relations. Idéalement, le MIO doit être mis à jour de manière progressive, au fur et à mesure des nouvelles expériences, mais certains obstacles peuvent venir contrecarrer cette actualisation du modèle, à commencer par l'organisation défensive de la personne. Lorsque ses défenses l'empêchent d'intégrer certaines informations, une personne ne peut correctement ajuster son moi à ce qu'elle vit dans le présent.

Bowlby a introduit la notion d' « *exclusion défensive* » pour désigner le mécanisme qui consiste à ne pas traiter les informations qui risqueraient de déstabiliser le système d'attachement constitué et à les exclure du système de représentations (BOWLBY 1978). Il identifie deux origines possibles à ce phénomène. La première correspond aux interdits que les parents transmettent à leurs enfants de manière plus ou moins implicite. Par exemple, une mère peut se montrer hostile lorsque son enfant manifeste des sentiments négatifs, qu'ils soient dirigés ou non contre elle, alors qu'elle peut se montrer présente et chaleureuse lorsqu'il est gai. En conséquence, l'enfant intériorise cet interdit implicite d'extériorisation des sentiments négatifs. L'enfant peut aussi être amené à exclure les informations qui sont trop douloureuses pour lui (par exemple le fait d'être abandonné) et qui le confronteraient à un sentiment de tristesse et d'angoisse. Dans les deux cas, l'enfant exclut ces informations et il ne peut les intégrer au moi existant. Celui-ci reste alors imperméable aux expériences qui vont à l'encontre du système de représentation établi et résiste au changement.

L'épanouissement cognitif semble donc en relation étroite avec la sécurité d'attachement. La question de la pluralité des MIO n'est pas encore résolue. La conception des MIO permet donc d'apporter un aspect intrapsychique à la théorie de l'attachement. Cette conception permet également d'expliquer que les biais qu'une personne peut avoir dans sa perception des autres (perception perturbée chez le patient borderline) peut avoir un sens au regard des événements qu'elle a vécus dans le passé. Les conceptualisations de Bowlby permettent aussi de comprendre pourquoi un individu peut être amené à reproduire des modes d'interactions néfastes à l'âge adulte.

2. Attachement chez l'adulte

a. Aspects théoriques

Pour Bowlby, l'attachement est actif « du berceau jusqu'à la tombe ». Pourtant, il n'a jamais théorisé ce que pouvait être l'expression normative du système, et quel était sa fonctionnalité à l'âge adulte. Pour lui, le mariage et la parentalité sont les principaux domaines relationnels concernés par le système d'attachement chez l'adulte et où l'influence des relations précoces est probablement la plus forte. Deux courants de recherche se sont intéressés au système d'attachement chez l'adulte.

b. Courant développementale : L'adult attachment interview (AAI)

Le premier courant développementaliste a développé « l' *Adult Attachment Interview* » (AAI), l'instrument de référence pour évaluer l'attachement chez l'adulte. Mis au point par Georges, Kaplan et Main en 1985, cet *entretien semi-structuré*, d'une heure environ, permet d'étudier les représentations d'attachement de l'adulte en l'interrogeant sur ses propres relations avec chacun de *ses parents* au cours de l'enfance. Les questions portent aussi sur les expériences de séparation et de deuil, les éventuels abus ou rejets et les relations du sujet avec ses propres enfants. Il porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée et ne vise absolument pas à évaluer rétrospectivement son attachement dans l'enfance. En effet, les discontinuités développementales introduites par la vie, les expériences d'attachement plus tardives (partenaire, psychothérapie...) colorent les représentations d'attachement à l'âge adulte. L'AAI permet de déterminer quatre catégories d'état d'esprit actuels vis-à-vis de l'attachement : *sécure autonome*, *détaché* (l'équivalent d'évitant), *préoccupé* (l'équivalent d'ambivalent) et *non résolu/désorganisé* (CASSIDY 1999, AGRAWAL 2004).

Main a développé une quatrième catégorie pour l'AAI appelée *non résolu* et concernant la perte et le traumatisme. Des patterns d'attachement non résolu sont les seuls à avoir une deuxième subclassification (autonome, détaché ou préoccupé). Un attachement non résolu indique qu'il y a une faille dans l'utilisation d'une stratégie unique et cohérente pendant l'entretien (la deuxième classification indique la stratégie qui a échoué). (AGRAWAL 2004)

c. Courant psychosocial

Le deuxième courant, plus tardif, est né des travaux des psychosociologues, intéressés par la description des systèmes d'équivalence fonctionnelle du système d'attachement à l'âge adulte (c'est-à-dire quelle forme pourrait prendre le comportement d'attachement chez l'adulte). Ainsi Hazan et Shaver ont conceptualisé un *auto-questionnaire* s'intéressant aux modalités d'attachement des adultes dans leurs relations actuelles (*avec leurs pairs ou dans leurs relations de couple*) (Hazan C., Shaver P., 1987, cité dans GUEDENEY 2002).

La relation d'attachement chez l'adulte est un lien affectif durable où le partenaire est considéré comme un individu unique, non interchangeable et dont on a envie de se sentir proche. La séparation imposée procure de la détresse et la proximité procure un ressenti de sécurité et de confort. Contrairement à l'enfant, le lien d'attachement chez l'adulte est un lien symétrique, fonctionnant dans la réciprocité. Les fonctions des liens d'attachement à l'âge adulte ne peuvent pas être identiques à celles des enfants puisque les sujets adultes ont acquis une autonomie leur permettant de subvenir eux-mêmes à leur survie. Leur importance se situe à un niveau qui, pour les théoriciens de l'attachement, pourrait être liée à la survie de l'espèce et à la transmission des gènes, en particulier dans l'apport à la qualité des soins des bébés. En effet, l'immatunité des bébés à la naissance les rend dépendants de la qualité des soins parentaux pour leur survie et pour la qualité de leur développement ultérieur. Le lien d'attachement créé entre les deux partenaires sexuels contribuerait à maintenir le plus longtemps possible le couple parental ensemble, et ainsi de mieux assurer cette fonction de soins parentaux. Cependant, tous ces outils ont été élaborés à partir de la catégorisation d'Ainsworth ; il manque donc encore une description consensuelle de ce que serait l'attachement sécurisé chez l'adulte et de ce que seraient les variantes insécures (GUEDENEY 2002).

Dans une perspective psychosociale, la théorie de l'attachement peut aider à comprendre la formation des liens avec les proches. L'accent fondamental est porté sur la nature interpersonnelle du processus d'attachement. A partir des principes théoriques développés par Bowlby chez l'enfant (notion de figure d'attachement, de base de sécurité, de MIO...), les auteurs du courant psychosocial se sont attachés à définir ce que pourrait être l'attachement chez l'adulte. Plutôt que des patterns d'attachement ou un état d'esprit, les psychosociologues définissent un « style d'attachement », qui constitue un pattern systématique d'attentes, de besoins émotionnels, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social. Deux courants principaux se sont développés : un modèle à trois catégories et un modèle à quatre catégories. Le premier conceptualise la relation amoureuse comme étant une relation d'attachement. Le second évalue les relations aux proches de façon générale en incluant la notion de modèle interne opérant.

i. Modèle de Hazan et Shaver : styles d'attachement

Les sujets tout venants ont un réseau de 3 à 6 figures d'attachement qui incluent typiquement un partenaire amoureux quand il existe, les deux parents, un ou plusieurs membres de la fratrie et un ou plusieurs amis (CASSIDY 1999). Le partenaire amoureux représente après un certain temps de relation la figure d'attachement principale pour la majorité des sujets. Le lien d'attachement au cours de cette relation se développe en plusieurs étapes : le pré-attachement (la composante sexuelle favorise la construction du lien), l'attachement en voie de constitution (la recherche de sécurité motive également la proximité physique), le lien d'attachement (le partenaire devient havre de sécurité), le partenariat corrigé quant au but. Dans la dernière phase, l'énergie psychique utilisée initialement pour établir le lien peut se tourner de nouveau vers l'extérieur puisque l'assurance du lien d'attachement existe. Ainsi la continuité des liens d'attachement permet le maintien d'une base de sécurité que chaque partenaire donne à l'autre et le développement d'activités d'exploration (l'activité professionnelle et les différents investissements sociaux par exemple). Hazan et Shaver ont créé un instrument d'évaluation, le « Attachment Style Questionnaire », un *auto-questionnaire* permettant de modéliser le style d'attachement d'un adulte à partir de trois catégories (Hazan C., Shaver P., 1987, cité dans GUEDENEY 2002). Ils ont directement

appliqué les patterns d'attachement de l'enfance d'Ainsworth à l'âge adulte et ont ainsi défini des styles d'attachement comme étant *sécurés*, *évitants* ou *ambivalents* à partir de la relation de couple. Ainsi les sujets *sécurés* sont à l'aise avec l'intimité émotionnelle et avec une « saine » dépendance et ont confiance en eux et en autrui. Ils ont des capacités à développer une relation intime de qualité. Les sujets *évitants* sont mal à l'aise avec l'intimité émotionnelle et avec la dépendance. Ils ne recherchent pas la réassurance et le réconfort. Ils évitent donc les relations intimes ou sont en difficulté avec elles. Les sujets *ambivalents* sont très sensibles à la disponibilité du partenaire et à son regard. Ils ont un grand désir de proximité, d'intimité et de réassurance. Ils ne trouvent pas de sécurité relationnelle et sont en perpétuelle demande de réassurance. Cet outil est court et facile mais certaines qualités psychométriques sont médiocres, avec notamment une mauvaise stabilité dans le temps.

ii. Modèle de Bartholomew : relations actuelles, modèle de soi et des autres

Comme vu précédemment, selon Bowlby, les MIO se construisent avec l'image intériorisée de soi et l'image intériorisée des autres au cours des expériences. Ayant été inspiré du modèle d'attachement de Bowlby, Bartolomew (1990) a conceptualisé un modèle de l'attachement chez l'adulte en considérant deux dimensions : *le modèle de soi* et *le modèle des autres*. Chacune de ces dimensions peut être positive ou négative et, en les combinant, elle arrive à une classification à quatre catégories. Elle a séparé le style évitant en style détaché et style craintif. A partir de ce modèle, elle a construit un *auto-questionnaire*, le « Relationship Questionnaire », qui fournit un profil d'attachement.

Les quatre prototypes de styles d'attachement identifiés sont les suivants :

- Styles d'attachement d'adultes *sécurés* : le modèle de soi et des autres est positif. Ces adultes possèdent une bonne estime de soi, croient être dignes de recevoir de l'affection, de l'attention et de la considération. Ces derniers ont un important sens d'efficacité personnelle et possèdent des schémas relationnels de soi positifs (Collins et Read cité dans MEHRAN 2006). Ils perçoivent les autres comme des êtres dignes de confiance, accessibles, fiables et bien intentionnés et en général, sont à l'aise dans les relations

amoureuses. Ils peuvent donc facilement faire confiance et peuvent avoir une « saine » dépendance vis-à-vis d'autrui.

- Styles d'attachement d'adultes *crainitifs* : le modèle de soi et le modèle des autres sont négatifs. Ces adultes anticipent le rejet et l'indifférence des autres et possèdent un schéma relationnel négatif des autres. Ils gèrent leur stress avec des tentatives de contre-attaque et ont tendance à éviter les relations intimes. (Williams et Riskind, 2004 cité dans MEHRAN 2006) Ils ont une faible estime de soi, manquent de confiance dans les autres, sont anxieux dans leurs relations interpersonnelles, recherchent le contact et l'intimité, désirent être approuvés par les autres et ressentent souvent de la colère et de l'hostilité.

- Styles d'attachement d'adultes *détachés* : le modèle de soi est positif tandis que le modèle des autres est négatif. Les sujets manifestent leur besoin d'attachement à travers un mode de fonctionnement défensif et possèdent une opinion positive d'eux-mêmes. Ces derniers minimisent leurs besoins d'attachement à travers un fonctionnement dépressif. (Fraley et Shaver, 1997 cité dans MEHRAN 2006) Ils évitent l'intimité, manquent de confiance dans les autres et valorisent l'indépendance et la réussite.

- Styles d'attachement d'adultes *préoccupés* (l'équivalent d'ambivalent) : le modèle de soi est négatif tandis que le modèle des autres est positif. Ces adultes ont des doutes sur leur acceptabilité, leur valeur personnelle et leur désirabilité en ce qui concerne le jugement des autres, par exemple ils tiennent des schémas relationnels négatifs de soi (Brennan et coll., 1998 cité dans MEHRAN 2006). Ils sont donc anxieux dans leurs relations interpersonnelles, manquent de confiance en eux et désirent être approuvés par les autres. Ils sont hypervigilants devant les signaux de séparation venant des autres ou par rapport à une détresse interpersonnelle (Mikulincer, 1998 ; Shavers et Hazan, 1993 cité dans MEHRAN 2006), et ont un besoin important d'évaluation positive des autres. Ils tentent de faire face à la détresse en minimisant la distance avec les autres personnes (William et Riskind, 2004 cité dans MEHRAN 2006) et peuvent souffrir d'un sentiment de solitude. Ces individus font une focalisation exagérée sur l'importance et le maintien des relations amoureuses.

La théorisation de la sécurité de l'attachement chez l'adulte en est donc à son début. Les deux courants de recherche, tout en s'inspirant des travaux de Bowlby, et partageant de nombreux points communs, ne semblent pas évaluer les mêmes concepts. Ainsi, le courant

développemental se focalise sur le lien d'attachement du sujet *avec ses parents*, tandis que le courant *psychosocial* se focalise sur le lien d'attachement du sujet *dans ses relations actuelles*. Toutefois, la théorie de l'attachement ouvre des perspectives intéressantes pour comprendre quelques facettes des relations proches et intimes de l'adulte.

3. Attachement insécuré et psychopathologie de l'adulte

Les systèmes de soi des individus avec un style d'attachement insécuré sont fermés aux nouvelles informations. Leurs modèles de travail fonctionnent par le processus d'assimilation et sont souvent focalisés sur quelques dimensions rigides de la personnalité comme la dépendance, la méfiance ou l'absence de valeur personnelle.

Du point de vue de la théorie d'attachement, les troubles de la personnalité peuvent être considérés comme les résultats de modèle de travail insécurisé. Lyddon et Sherry (2001, cité dans MEHRAN 2006) ont étudié les relations entre les dimensions d'attachement, les styles de personnalité, les modèles de travail de soi et des autres, ainsi que les croyances assimilatives qui les précèdent.

Un certain nombre d'études ont montré qu'il existe aussi une association significative entre les indicateurs d'attachement insécuré chez l'adulte et le diagnostic d'autres troubles de la personnalité. Toutefois, la modération des associations suggère que cette insécurité de l'attachement n'est qu'un des différents mécanismes psychologiques et biologiques qui soutiennent la psychopathologie des troubles de la personnalité. (CLARKIN 2005)

Il existe un nombre potentiel de mécanismes par lesquels les styles d'attachement insécurés peuvent contribuer au développement de la psychopathologie de l'adulte. D'après Williams et Rikskind (2004 cité dans MEHRAN 2006) ces mécanismes sont les suivants :

- L'attachement insécuré peut contribuer au développement des vulnérabilités cognitives de l'anxiété et/ou de la dépression, en conduisant systématiquement l'individu à traiter l'information interpersonnelle du passé et du présent de façon biaisée.

- L'attachement insécuré précoce peut provoquer chez l'individu des déficits dans les habiletés et les compétences sociales, et ainsi diminuer sa possibilité de profiter des feedbacks positifs de ses interactions avec les autres.
- L'attachement insécuré peut produire comme résultat des déficits dans les stratégies de la régulation efficace de soi et ses émotions.
- L'attachement insécuré peut augmenter la sensibilité de l'individu à certains types de stressors interpersonnels qui peuvent interagir avec les vulnérabilités cognitives ou génétiques et favoriser la psychopathologie.

De nombreuses études parues à la suite de la théorie d'attachement de Bowlby ont souligné le lien entre les dimensions de l'attachement insécurisé et la psychopathologie. Bowlby suggère que les expériences précoces d'attachement sont intégrées et généralisées dans des schémas relationnels qui influencent les relations d'adultes et servent de stratégies pour la régulation émotionnelle. La théorie de l'attachement met l'accent sur l'importance d'une lecture développementale, contextuelle et interpersonnelle du fonctionnement adulte. Elle a donc tout son intérêt dans la psychopathologie adulte et en premier lieu dans le trouble borderline de la personnalité.

4. Attachement et trouble de la personnalité borderline

Les travaux concernant les liens entre trouble borderline et attachement suivent plusieurs voies simultanées. Ils ont été favorisés par le repérage au sein de la symptomatologie borderline, de trois critères particulièrement pertinents pour la théorie de l'attachement. Ces trois critères du DSM-IV sont en rapport avec un mode de relations interpersonnelles instables et intenses : « efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires », « instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi » et « instabilité affective ». Ainsi Gunderson a remarqué l'analogie entre la description des patterns d'attachement ambivalent/préoccupé chez l'enfant et la symptomatologie borderline chez l'adulte. Le fait de vérifier la proximité, d'envoyer des signaux de recherche de contact et d'attention, de rechercher l'aide et de ne pas s'en servir, de s'accrocher à l'autre tout en craignant de s'attacher, est commun entre ces patterns et les patients borderline. Gunderson décrit

l'intolérance à la solitude et la terreur d'être abandonné comme un critère essentiel, nécessaire mais non suffisant, de la symptomatologie borderline. Les résultats des études scientifiques tendent à valider ce lien théorique et permettent l'élaboration d'hypothèses étiologiques (GUNDERSON 1996).

a. Distribution des patterns d'attachement

Compte tenu des données sur la continuité de l'attachement de la petite enfance, du moins dans des environnements défavorables, et des deux études longitudinales suivant des enfants de l'enfance au début de l'âge adulte (qui rapportaient des associations entre un attachement insécurisé jusqu'au début de l'âge adulte et des symptômes de trouble de la personnalité borderline (Lyons-Ruth et al ., 2005)), l'attachement dans l'enfance pourrait en effet être un facteur important dans le développement du trouble de la personnalité borderline. Fonagy et ses collègues (2003) suggèrent que les effets négatifs liés aux relations d'attachement insécurisées et/ou désorganisées, qui auraient pu être perturbées pour diverses raisons, sont « médiées » via un échec dans le développement des capacités de mentalisation – une capacité cognitive sociale relative à la compréhension et à l'interprétation des actions de soi et d'autrui comme étant significatifs en formulant ce qui se passe « dans sa propre tête » et dans celle des autres. Cette formulation rejoint l'importance de l'environnement familial invalidant proposé par Linehan (LINEHAN 1993) comme facteur contribuant à la genèse du trouble borderline, et exploré plus récemment par Fruzzetti et ses collègues (2003,2005). Fruzzetti et ses collègues rapportent que l'invalidation parentale, en partie définie comme une atteinte à ses propres perceptions d'états internes et donc comme de l'anti-mentalisation, n'est pas seulement associée à ce qui est rapporté par le sujet de la souffrance familiale, de la sienne et de ses problèmes psychologiques, mais aussi avec des aspects de cognition sociale, à savoir la capacité à identifier et nommer les émotions chez lui-même/soi et chez autrui. Avec d'autres aspects contribuant à l'interaction complexe décrit comme invalidant, il y a une atteinte systématique de l'expérience personnelle d'une personne par celle d'une autre personne. Il y a un défaut d'encouragement d'une personne à discriminer/faire la différence entre ses propres ressentis et expériences et ceux de ses donneurs de soins, ce qui ébranle le développement d'une forte capacité de mentalisation (THE BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2009).

La littérature portant sur le lien entre les processus d'attachement et l'émergence du trouble de la personnalité borderline est importante mais variable. Deux revues de la littérature récentes ont étudié la distribution des patterns d'attachement dans des populations de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ou présentant des traits de personnalité borderline. La première (AGRAWAL 2004) passe en revue 13 études dont 5 utilisant l'AAI. La deuxième étude (LEVY 2005) passe en revue 27 études dont 9 utilisant l'AAI et 12 utilisant des auto-questionnaires. Pour les études utilisant l'AAI, les deux auteurs concluent qu'il existe une relation inverse entre la sécurité de l'attachement et la pathologie borderline. Même si le lien entre le diagnostic de trouble de la personnalité borderline et un type d'attachement spécifique n'est pas clair et varie selon les études, celles-ci concluent qu'il existe une association très forte entre ce trouble et les formes d'attachement *insécures*. Certaines études retrouvent cependant, chez 6 à 8% des patients borderline, un attachement *sécure*. Cela rejoint le fait que l'instabilité relationnelle soit un des éléments centraux du trouble. Le taux de patients *préoccupés* varie entre 40 et 88% et la catégorie *détachée* représente 20 à 50 % des patients borderline selon les études. A partir des auto-questionnaires, le taux de patients *sécures* est également très bas. La catégorie *crainitive* ou *préoccupée* est dominante. Ainsi, Agrawal conclut que l'attachement chez les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline peut être considéré comme *non résolu* avec des éléments *préoccupés* en relation avec leurs parents (dans les entretiens AAI), *crainitifs* ou *préoccupés* dans leurs relations aux autres (dans les études avec auto-questionnaires) (LEVY, 2005). L'attachement *non résolu* apparaît plus comme un facteur de vulnérabilité général qu'un facteur de risque spécifique de la personnalité borderline. (CLARKIN 2005) Ces formes d'attachement insécure chez l'adulte pourraient être utilisées comme phénotypes subsyndromiques, venant signifier l'existence d'une prédisposition au trouble borderline, tout comme les phénotypes d'instabilité affective et d'impulsivité (AGRAWAL 2004). Il n'apporte qu'un facteur explicatif parmi d'autres. Ainsi, d'autres facteurs doivent être pris en compte pour compléter la théorie développementale. Des facteurs de tempérament, tels une prépondérance des affects négatifs (agressivité, hostilité) sur les affects positifs, des faibles capacités d'autorégulation des émotions entraînant une impulsivité et une vulnérabilité émotionnelle, l'absence d'un sens de soi et des autres cohérent, ainsi que des troubles dans les processus attentionnels doivent être pris en compte dans le développement du trouble état limite. (CLARKIN 2005)

Toutes ces études utilisent des mesures, des populations, des méthodes diagnostiques et des types d'attachement insécure différents. De plus, le type de relation étudiée varie entre les différentes études : relation aux pairs, aux parents, au partenaire. Ces différences rendent difficiles les comparaisons entre les études. Ce domaine de recherche aurait besoin d'une meilleure harmonisation, ainsi que de plus grands échantillons et de groupes contrôles (AGRAWAL 2004).

b. Relation entre attachement insécure et personnalité borderline : hypothèse étiologiques

i. Courant psychosocial

Melges et al. ont proposé un modèle cybernétique centré sur la distance émotionnelle pour expliquer les oscillations de l'attachement chez les patients borderline. Ces patients oscillent constamment entre deux pôles opposés : l'attachement et le désengagement. Le fait de se situer dans un des deux pôles crée des expériences négatives et des sentiments contradictoires (amour/haine, abandon/domination, soumission/rébellion, idéalisation/dévalorisation). Entre ces deux pôles, le patient ne bénéficierait que d'une zone très limitée rendant tolérable les relations interpersonnelles. Dès que cette zone est dépassée par des variations mineures de l'environnement, le patient vit une expérience négative. Ainsi, les oscillations de l'attachement résulteraient d'une perte de contrôle de la régulation de la distance émotionnelle (MELGES 1989).

West et al. ont isolé quatre critères reliés au trouble de la personnalité borderline (WEST 1993). Ces quatre critères sont la peur de la perte, la recherche d'une base de sécurité, la recherche compulsive de soins et le retrait coléreux. Les deux derniers représenteraient des styles défensifs utilisés contre un attachement *insécure ambivalent*.

ii. Courant développemental

Holmes reprend la notion de figure d'attachement traumatisé/traumatisante décrite par Main comme facteur de risque à la personnalité borderline. Lorsque la base de sécurité, elle-même traumatisée, est simultanément une source de menace, cela conduit à un dilemme « approche-évitement » chez l'enfant. Ce dilemme « approche-évitement » conduit à un déficit dans les représentations de soi et d'autrui qui se manifeste en un besoin de mettre en acte ses émotions plutôt que de les verbaliser. Tout ceci constituant un terrain propice au développement d'un trouble borderline (HOLMES 2003)

La plupart des études montrent une surreprésentation de l'attachement *désorganisé*, mesuré par l'AAI, chez les patients borderline. La catégorie désorganisée est de 19% dans les populations non clinique, de 24% dans les catégories socio-économiques basses et de 60-70% dans les populations maltraitantes. Cette catégorie paraît être assez stable dans le temps.

Liotti postule que l'attachement *désorganisé* est un facteur de risque dans le développement de relations interpersonnelles instables et intenses à l'âge adulte. Pour cela, il se réfère aux « modèles ségrégués multiples » de Bowlby (BOWLBY 1978). Ce dernier suggère que la répétition des interactions négatives entre l'enfant et sa figure d'attachement oblige l'enfant à développer des représentations internes multiples de soi et de sa figure d'attachement au lieu d'un modèle unitaire cohérent. Liotti note que ces modèles internes opérants dans l'attachement désorganisé sont multiples, contradictoires et incompatibles, et conduisent à des représentations de soi et de la figure d'attachement principale tellement contradictoires et incompatibles qu'elles ne peuvent pas être intégrées. Cela constitue une vulnérabilité pour le développement d'un processus dissociatif (« altération secondaire et transitoire des fonctions normales d'intégration de la conscience, de l'identité et du comportement moteur ») et un facteur de risque pour les troubles émotionnels en relation avec une angoisse incontrôlable. Pour Liotti, les représentations de l'enfant désorganisé concernant le modèle de soi et le modèle de la figure d'attachement oscillent entre trois stéréotypes : la victime impuissante, le sauveteur bienveillant et le persécuteur malveillant, tout aussi puissant. Ainsi, la figure d'attachement peut être vue comme la cause de l'expérience de peur (soit comme victime d'un persécuteur), mais elle peut également être vue comme bienveillante et source de confort en dehors des moments terrorisants (figure d'attachement comme sauveteur). L'enfant peut

aussi avoir une représentation négative de lui comme un démon puissant rencontrant une figure d'attachement fragile, voire dévitalisée (soit comme persécuteur d'une victime impuissante). Il peut aussi se voir de façon positive, comme sauveteur de l'adulte victime ; et dans ce cas, il existe une inversion des rôles parentaux. (LIOTTI 2000) Pour Liotti, l'attachement *désorganisé* peut donc permettre de comprendre les représentations clivées des patients borderline. Il explique également l'instabilité affective, les comportements auto-destructeurs et les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés par l'activation récurrente du système d'attachement et de ces MIO multiples, incompatibles et incohérents lors des relations interpersonnelles.

Il existerait donc un lien chronologique entre la défaillance chronique d'une figure d'attachement présentant elle-même un traumatisme non résolu, l'attachement désorganisé chez l'enfant et le développement d'un trouble de la personnalité borderline. La théorie de l'attachement fait donc un lien avec les expériences infantiles traumatiques des sujets borderline. Elle permet également de rendre compte des difficultés intra-psychiques que peuvent rencontrer ces patients à travers le déficit en mentalisation.

c. Déficit en mentalisation et trouble de la personnalité borderline

i. La fonction réflexive

La « méta-cognition » est la capacité à exercer une cognition, à observer et à être à l'écoute de ses propres pensées, sentiments et langage. La « mentalisation », la capacité à mentaliser, ou à avoir une « théorie de l'esprit », implique d'être capable de reconnaître que l'autre ait un psychisme différent du sien (FONAGY 2001 et DENNETT 1978). Cela implique aussi d'être capable de déduire ce qui se passe dans l'esprit de l'autre grâce à son expression faciale, le ton de sa voix, et d'autres aspects de la communication non-verbale. La mentalisation est à distinguer de « l'empathie », qui implique une résonance émotionnelle avec l'autre. On peut par exemple concevoir l'état mental qui peut pousser quelqu'un au meurtre sans ressentir de l'empathie pour cette personne.

D'après Baron-Cohen, la notion de « fonction réflexive » trouve son origine dans la théorie de l'esprit qui suppose chez l'être humain une capacité à percevoir et à comprendre ses propres comportements et ceux des autres en lui prêtant des états mentaux (des intentions, des désirs, des sentiments, des croyances) différents des siens (BARON COHEN 1985). Pour Fonagy, la fonction réflexive est une fonction mentale qui organise pour l'individu son expérience propre et celle des autres en termes d'états mentaux (FONAGY 1997). Il s'agit de pouvoir évaluer et reconnaître que les états perçus de soi et des autres sont faillibles et subjectifs et qu'ils ne sont que des représentations de la réalité qui ne reflètent qu'une des diverses interprétations possibles de la réalité. C'est la clef de l'organisation du moi, de la régulation des affects et du contrôle des impulsions. D'après Fonagy, elle permet l'internalisation et la représentation mentale des émotions, la représentation exacte des intentions du parent et une représentation de soi comme intentionnelle (FONAGY 1991).

Pour Fonagy, la conscience normale de la relation entre la réalité interne et la réalité externe est une acquisition développementale. La fonction réflexive se construit progressivement à travers les relations interpersonnelles réelles qu'a le jeune enfant et n'est pleinement acquise que vers l'âge de trois ans. Un enfant de moins de 3 ans considère que ses expériences internes et sa perception subjective de la réalité sont identiques à la réalité elle-même (FONAGY 2001) : c'est le mode « *d'équivalence psychique* ». Vers 4 ou 5 ans, l'enfant commence à intégrer un mode de « faire semblant » où le monde interne mentalisé, les expériences subjectives sont progressivement reconnues comme étant une version de la réalité extérieure (FONAGY 1997). L'enfant de 5 ou 6 ans comprend que la perception de quelqu'un est influencée par des facteurs subjectifs. Cette compréhension permet le phénomène du jeu, où deux enfants peuvent faire semblant d'être d'autres personnes et se percevoir dans ces rôles même si ils sont conscients que leur perception est différente de la réalité.

Pour permettre la construction de cette fonction réflexive chez l'enfant, la mère doit pouvoir saisir l'expérience mentale de son bébé et la lui renvoyer dans un langage qu'il peut comprendre. En percevant ses attentes et en y répondant, elle donne un sens aux signaux que l'enfant émet et lui renvoie fidèlement ses propres intentions, puisqu'il n'a pas encore la capacité de le faire. Ainsi, celui-ci peut se percevoir comme une personne à part entière, avec son propre psychisme.

ii. Attachement et fonction réflexive

Cette capacité qu'a la mère de percevoir ses propres états mentaux et ceux de son enfant serait corrélée à sa propre sécurité d'attachement et favoriserait celle de son enfant. La fonction réflexive de la figure d'attachement prédit la sécurité de l'attachement de son enfant et la sécurité de l'attachement prédit l'acquisition d'une théorie de l'esprit chez l'enfant. La mentalisation est relativement avancée chez les enfants sécures et présente des défaillances chez les enfants insécures, qui ont du mal à discerner leurs propres états mentaux ou ceux des autres.

Une figure d'attachement ayant un attachement *sécure* va transmettre cet attachement sécure et sa capacité à mentaliser à l'enfant : elle arrive à répondre correctement aux besoins du bébé par des soins en interprétant ses signaux affectifs et en les reliant à un état mental sous-jacent (pleurs=peur par exemple). Ainsi, elle montre qu'elle a conscience de l'état psychique du bébé mais aussi qu'elle peut y faire face, tandis que le nourrisson ne se sent pas en danger quand il pense à l'état psychique du caregiver. La mentalisation est créée dans le contexte d'un attachement sécure avec une figure d'attachement qui attribue des états mentaux à l'enfant, le considère comme un sujet pensant, et l'aide à se créer des modèles opérants internes (FONAGY 1997).

L'attachement *insécure* peut être considéré comme une identification du nourrisson au comportement défensif du donneur de soins. Un donneur de soins *préoccupé* reflétera avec une transparence excessive la détresse de l'enfant et l'enfant *ambivalent* se focalisera sur son propre état de détresse.

Un donneur de soins *détaché* échouera dans le reflet de la détresse de l'enfant et l'enfant *évitant* fuira l'état psychique de l'autre. En effet, les traumatismes infantiles précoces entraînent un retrait défensif du monde mental du côté de la victime. Ainsi, certains patients qui ont eu un traumatisme sévère gèrent l'abus en évitant toute réflexion sur le contenu de l'esprit du donneur de soins, en inhibant toute mentalisation et en empêchant ainsi la résolution des expériences traumatiques (GABBARD 2005 (4)). Gabbard (GABBARD 2005

(4)) cite l'exemple d'une patiente dont la mère la menaçait de lui couper les mains quand elle faisait une bêtise. La patiente avait de ce fait arrêté de réfléchir à pourquoi sa mère la grondait car elle craignait que sa mère ne la déteste et ne la considère comme un monstre.

Dans le cas d'un attachement *désorganisé*, la fonction réflexive est gravement compromise. La figure d'attachement répond à la détresse de l'enfant par des comportements hostiles et effrayants. En conséquence, ces enfants apprennent progressivement que leurs propres émotions sont un signal d'abandon. Les expériences internes de l'enfant demeurent innomées et chaotiques : le monde externe est terrifiant et le monde interne l'est tout autant. Le comportement désorganisé de l'enfant peut être compris comme un essai de masquer les aspects inacceptables de sa représentation propre. N'étant pas capable de ressentir son moi intérieurement, il est obligé de l'externaliser. La désorganisation interne qui en résulte entrave le processus de développement psychique de l'enfant. L'équivalence psychique persiste comme mode d'expérience de la réalité interne, et il existe une inaptitude partielle à avoir une capacité réflexive de ses propres états mentaux (et émotions associées) et de ceux des autres. Fonagy suggère que ces modes de pensées persistent jusqu'à l'âge adulte et jouent un rôle important dans les symptômes du trouble borderline de la personnalité. (FONAGY 1997)

iii. Fonction réflexive et personnalité borderline

Les patients borderline ont des scores significativement plus bas à l'échelle de fonction réflexive que les patients n'ayant pas de trouble de la personnalité. Ainsi l'image instable de soi serait la conséquence de l'absence de capacité réflexive et d'élaboration de représentations des états internes (affects, désirs, croyances, idées). Un sens de soi stable est acquis de façon illusoire quand le soi est extériorisé sur un autre et que cet autre est lui-même contrôlé. La mentalisation est une composante essentielle de la régulation émotionnelle. L'impulsivité présente chez le sujet souffrant d'un trouble de la personnalité borderline serait donc due à la faible conscience de son propre état émotionnel associé à l'absence de représentation symbolique de ses émotions. Les sujets borderline ne seraient pas capables de considérer que l'autre peut avoir une construction différente de la réalité. La mentalisation permet habituellement d'élaborer des hypothèses alternatives aux actions des autres. Si un patient borderline est confronté à un autre ayant une construction trop différente de la réalité, cela

désorganise son système de représentation (et donc ses émotions). Le comportement suicidaire peut être vu comme une tentative de destruction du soi chaotique et inacceptable. Le sentiment de vide serait une conséquence directe de l'absence de représentation de second ordre des états internes et serait la meilleure description que l'individu peut donner en cas d'absence de mentalisation. Fonagy (FONAGY 1997) émet toutefois quelques réserves à son modèle. Il pense, qu'en plus des difficultés environnementales, il existe une vulnérabilité biologique au déficit en mentalisation. Il précise également que le déficit en fonction réflexive n'est pas permanent chez le sujet borderline. Il est restreint à certains MIO et n'est présent que dans certaines situations activant le système d'attachement. Ce déficit est peut être également plus pertinent pour expliquer le déficit en réflexion de ses propres états internes que pour le déficit de compréhension des états mentaux des autres. Enfin, tous les sujets ayant un déficit en mentalisation ne seront pas forcément borderline.

Avec la théorie de l'attachement, la pathologie borderline peut donc être vue comme le résultat d'une série de processus interactionnels lors du développement. Cette théorie permet également de comprendre les mécanismes caractérisant les difficultés interpersonnelles et intra-psychiques des patients souffrant de ce type de trouble de la personnalité. (BATEMAN FONAGY 2004)

iv. Conséquences sur le travail psychodynamique dans le trouble de la personnalité borderline

Les patients borderline ont souvent une grande difficulté à passer du mode d'équivalence psychique au mode de faire semblant, et cette difficulté à mentaliser peut rendre extrêmement difficile le travail sur la problématique du transfert en psychothérapie. Une des plus grandes difficultés pour un psychothérapeute est de gérer certains patients borderline qui possèdent la conviction presque délirante que leurs points de vue et leurs perceptions sont une *perception directe de la réalité*, un *fait absolu* plutôt qu'une *représentation* ou qu'une des diverses *interprétations possibles de la réalité* basée sur des croyances internes, des ressentis et des expériences passées. Heureusement, la mentalisation est sur un continuum, et à certains moments, les patients borderline pourraient être capables d'adopter le mode de « faire semblant » et de réfléchir sur leur propre monde interne et celui des autres. Alors que des états

tels que l'autisme sont caractérisés par une absence complète de mentalisation secondaire à une origine neurologiques, un patient borderline conserve souvent une certaine capacité à mentaliser dans certaines conditions, notamment lorsqu'il ne s'agit pas d'une implication émotionnelle dans une relation d'attachement. Parfois une mauvaise lecture par le patient de ce qui traverse l'esprit du thérapeute peut entraîner l'activation d'une relation d'objet intériorisée liée à un traumatisme associée à une hyperréactivité de l'axe HHS. Le thérapeute devient quelqu'un de potentiellement malveillant et persécutant tandis que le patient devient une victime. En se sentant ainsi terrorisé, le patient ne peut pas penser et réfléchir. Les accusations du patient peuvent également affecter les capacités de réflexion du thérapeute qui peut, de manière défensive, aller dans l'escalade pour se protéger des attaques, adoptant ainsi l'attitude de l'objet persécuté redouté par le patient. Ce processus *d'identification projective*, où le thérapeute est forcé par le patient de jouer un rôle dans les conflits internes du patient, peut entraîner chez le premier une perte temporaire de sa capacité à mentaliser, de telle manière qu'il ne peut plus penser sereinement dans un rôle psychothérapeutique et qu'il ne peut que réagir impulsivement (GABBARD 1994). Les patients borderline envahissent l'esprit des autres afin d'expulser et de contrôler le danger perçu de l'intérieur. Ils contraignent inconsciemment le thérapeute à adopter les caractéristiques d'un objet interne abusif. Le thérapeute devient « mauvais », à la fois un mauvais objet et un mauvais thérapeute. Dans ces moments-là, ni le patient ni le thérapeute ne sont dans une dynamique favorisant la recherche de sens. D'après lui, l'interprétation du transfert, modifiée dans le cas de patients borderline, devrait donc être repoussée dans de telles conditions, et ce jusqu'à ce que les capacités de réflexion du patient ne reviennent (GABBARD 1994). Selon Bateman et Fonagy, cette difficulté à mentaliser serait liée à des difficultés d'attachement précoce. L'identification et la rééducation de ce déficit constitue donc la cible du traitement développé par Bateman et Fonagy, la « thérapie basée sur la mentalisation ». Les difficultés de mentalisation et la complexité du travail sur le transfert chez les patients borderline permettent d'expliquer, du moins en partie, en quoi le travail psychodynamique va souvent échouer. C'est pourquoi d'autres approches psychothérapeutiques de type cognitivo-comportementales et émotionnelles ont été développées ces dernières années.

IV. CAS CLINIQUE : Melle P.

1. Eléments biographiques

Melle P. est née le 20 mai 1968. Elle a donc tout juste 40 ans lorsque je fais sa connaissance, au cours d'une des nombreuses hospitalisations qui ont émaillé son histoire de vie. J'ai tenté de retracer son parcours de soins long et compliqué à l'aide d'éléments de son dossier ainsi que des expertises médicales.

SUR LE PLAN FAMILIAL

Son père est né en 1930. Préparateur en fabrication des chantiers de l'Atlantique, il est décédé des suites d'une asbestose (pathologie pulmonaire secondaire à l'inhalation prolongée d'amiante) en 1989, lorsque Melle P. avait 21 ans.

Sa mère, née en 1934, vit toujours à St Nazaire. Elle ne travaille pas depuis plusieurs années et aurait des troubles psychologiques (notion d'état dépressif chronique avec crises d'angoisses aiguës).

Les rapports de Melle P. avec ses parents sont extrêmement complexes. La relation de dépendance massive et destructrice qu'elle entretient avec sa mère, est marquée d'une grande ambivalence, avec alternance très rapide et difficilement prévisible de périodes fusionnelles avec adoration et périodes très conflictuelles avec haine, manipulations, agressivité et rejet. Cette quête ambivalente d'amour vis-à-vis de sa mère restera très présente chez Melle P. tout au long de sa vie. La mère est décrite comme étant tantôt « dépressive », tantôt « omniprésente », voire « perverse », tandis que le père est décrit à certains moments comme étant absent au niveau familial, n'exerçant aucune autorité et à d'autres moments comme étant alcoolodépendant et violent. Les conflits conjugaux sont majeurs.

Melle P. a initialement évoqué des abus sexuels qu'elle aurait subis de la part de son père de l'âge de 7 à 13 ans, mais elle revient ultérieurement sur ses déclarations, sans qu'il soit

vraiment possible de connaître la vérité. A certains experts, elle décrit de façon très crue des pénétrations anales qu'elle aurait subies de la part de son père. A d'autres experts, elle n'évoque pas avoir été victime de pénétration, mais plutôt d'attouchements sexuels, précisant aussitôt qu'il n'y a pas eu de suite judiciaire à un tel comportement. Son père lui aurait dit de ne pas en parler à sa mère sinon elle mourrait. Elle pense que sa mère était au courant mais se serait toujours tue. Elle en aurait parlé à sa famille à l'âge de 18 ans, mais aurait cessé d'évoquer ces faits devant la réaction d'incrédulité et d'indifférence générale et se serait repliée sur elle-même. Loin de recueillir le soutien qu'elle sollicitait de ses proches, elle fut mise au ban de sa famille. Malgré cela, sa famille, et plus particulièrement sa mère et sa sœur jumelle, est toujours restée assez présente, avec de temps en temps des réactions de rejet en fonction du comportement de Melle P. En revanche, les contacts avec son frère et son autre sœur se sont rapidement espacés.

A plusieurs reprises, Melle P. décrit une forme de clivage psychique : « il y avait papa que j'aimais et mon père qui m'agressait ». Par moment, Melle P. emploie des termes très crus et très directs au sujet des relations à ses parents notamment, probablement parce qu'elle clive complètement certaines représentations et émotions de son psychisme. Le clivage constitue chez Melle P. le mécanisme de défense prioritaire.

Melle P. est, avec sa sœur jumelle, la benjamine d'une fratrie de quatre enfants composée successivement de F. née en 1957, Y., né en 1961, Melle P. et F, jumelles homozygotes nées prématurément (à 7 mois de grossesse) en 1968. D'après les dires de Melle P., sa sœur jumelle est née après elle, avec un plus petit poids et aurait bénéficié de soins maternels privilégiés par rapport à elle (« et mon père n'a pas agressé ma sœur jumelle, elle avait été deux mois en couveuse, elle était fragile »).

Son frère Y. vit à St Nazaire ; il est marié et a 2 enfants. Il aurait des problèmes d'alcoolodépendance, mais Melle P. n'a plus de contact avec lui depuis plusieurs années.

Sa sœur aînée F. est infirmière dans la région rennaise ; elle est mariée et a 3 enfants. Melle P. n'a plus de contact avec sa sœur depuis qu'elle lui a fait part de ce que leur père lui aurait fait subir (« elle ne fait plus partie de ma vie, elle m'a reniée »).

F. a été suivie et hospitalisée à plusieurs reprises (avec notion d'une hospitalisation d'office) à partir de l'âge de 17 ans, dans le cadre de conduites anorexiques et d'états dépressifs. Ces

hospitalisations ont eu lieu en addictologie et dans le même service de psychiatrie générale que sa sœur jumelle. Melle P. a dit avoir décompensé pour la première fois lorsque sa sœur jumelle a été hospitalisée pour la première fois : « j'étais dépressive, mes parents s'occupaient trop d'elle ». Pendant les premières années de prise en charge de Melle P., sa sœur s'est faite hospitalisée à plusieurs reprises à sa place, elle alternait les échanges et l'équipe ne savait jamais qui était réellement hospitalisée.

F. s'est mariée, a eu deux enfants puis a divorcé. Par la suite, elle donnera naissance à un troisième enfant qui n'a pas été reconnu par son père. Elle vit depuis quelques années avec ses trois enfants à Toulouse, où elle travaille comme infirmière de secteur psychiatrique. Son ex-concubin était aide-soignant en psychiatrie. F. est la seule de la fratrie avec qui Melle P. s'entend relativement bien et avec qui elle reste en contact. Il est important de noter que les troubles de Melle P. se sont majorés lors de la naissance de sa nièce, fille aînée de sa sœur jumelle.

SUR LE PLAN SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

Melle P. a poursuivi une scolarité normale jusqu'au baccalauréat, qu'elle a obtenu à l'âge de 20 ans, après avoir redoublé la classe de quatrième et de troisième. Elle s'inscrit en faculté pour suivre des études de psychologie mais est rapidement hospitalisée en psychiatrie. Elle s'inscrit de nouveau à deux reprises en première année de psychologie sans jamais pouvoir passer en deuxième année. Elle obtient des contrats pour des emplois précaires mais les terminera rarement, ne supportant pas l'autorité et les contraintes. Elle n'a jamais réussi à mettre en place un projet professionnel mais aurait travaillé dans le domaine associatif. Elle a été rapidement mise en invalidité pour ses troubles psychiques.

SUR LE PLAN AFFECTIF

Melle P. est célibataire, elle n'a pas d'enfant. Elle n'a jamais vécu en couple. Sa vie affective est pauvre et son identité sexuelle semble peu claire. Elle a eu une première relation sexuelle consentie avec un homme à l'âge de 28 ans au lendemain de laquelle elle fait une tentative de suicide. Elle a eu quelques années plus tard une relation avec un artiste peintre de 20 ans son aîné. Elle aurait également entretenu des relations homosexuelles.

2. Histoire des troubles et parcours de soins

Melle P. n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers et n'a pas d'antécédents de traumatisme crânien ou de perte de connaissance. Elle aurait fait une première tentative de suicide (médicamenteuse) à l'âge de 13 ans, suite au décès de sa grand-mère maternelle (d'un infarctus du myocarde). C'est à cette même époque qu'elle aurait commencé à présenter des troubles du comportement alimentaire, de type anorexie restrictive.

Sur le plan des soins, elle consulte pour la première fois à l'âge de 18 ans au centre médico-psychologique suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire grave (ayant nécessité un passage en réanimation) survenue dans un contexte de vécu anxiodépressif à l'époque où sa sœur était prise en charge en addictologie pour anorexie. C'est à cette époque que l'état de Melle P. semble s'être gravement décompensé.

Elle est hospitalisée en psychiatrie (dans un des secteurs de la région nantaise) pour la première fois à l'âge de 20 ans, au cours de sa première année de faculté, dans le cadre d'un état dépressif, puis est suivie au décours par un des psychiatres du service. Peu de temps après, du fait d'un déménagement, Melle P. est suivie sur un des secteurs de la région de St Nazaire. Très rapidement, les tentatives de suicide et les hospitalisations se multiplient (par phlébotomie, pendaison ou ingestion médicamenteuse volontaire plus ou moins alcoolisées). Ces hospitalisations, le plus souvent brèves, sont mises en place à sa demande ou à la demande d'un tiers, et marquées par une grande difficulté de prise en charge. Elle connaîtra tous les hôpitaux psychiatriques de Loire-Atlantique (Saint-Jacques, Blain,

Montbert et Saint-Nazaire). Les admissions se font à chaque fois dans des contextes soit de gestes auto-agressifs, soit de symptomatologie anxiodépressive. En 1994, il est déjà recensé une centaine de tentatives de suicide et une trentaine d'hospitalisations.

Une admission lui est refusée au foyer de post-cure psychiatrique Esper. Melle P. tente, en vain, d'intégrer une famille d'accueil de l'association « vie libre » de son propre chef (une famille constitué d'un couple et de 4 enfants dont des jumeaux). Peu de temps après, une tentative d'admission au foyer thérapeutique de la Chicotière est avortée au bout de trois jours d'essai suite à des passages à l'acte itératifs. La motivation pour ce projet semble initialement très liée à son besoin de s'éloigner de sa mère. Des hospitalisations ont également lieu dans des cliniques de la région.

Les troubles présentés par Melle P. à l'époque déjà sont très riches et polymorphes : des manifestations anxieuses avec moments de dépersonnalisation, une instabilité émotionnelle, des troubles du comportement avec auto et hétéro-agressivité, des conduites d'alcoolisations massives, une consommation d'amphétamines, des conduites incendiaires (a déclenché plusieurs incendies dans les différentes structures intra et extra hospitalières sectorielles) et des conduites de transgression des interdits (à titre d'exemples, il lui arrive de voler des ordonnances, de trafiquer des médicaments, de cacher son téléphone dans son matelas, ses traitements dans ses sous-vêtements ou une lame de rasoir dans ses parties génitales). Elle présente également une dysmorphophobie qui s'exacerbe par périodes, entraînant une restriction et une sélection alimentaires avec perte de poids parfois importante.

Les idéations suicidaires sont toujours plus ou moins en toile de fond. Les tentatives de suicide sont nombreuses et faites soit dans un mouvement agressif et manipulateur vis-à-vis de l'entourage (familial ou institutionnel) soit en relation avec une authentique souffrance dépressive. Souvent, elle manifeste, voire revendique de façon provocatrice, son intention suicidaire en fonction des circonstances pour l'annuler par la suite. Sont également notées des exigences affectives tyranniques à l'égard de certains soignants. Se pose finalement la question d'une forme de comportement addictif, d'une forme « d'addiction au suicide ».

Sur le plan des soins, la mise en place d'un suivi psychiatrique régulier et cohérent s'avère d'emblée très difficile. Dès qu'un contrat de soins est établi, Melle P. le rompt ou le transgresse de manière itérative, avec agressivité et manipulation, mettant ainsi systématiquement en échec tout projet de soin. Un cadre de soins très précis, rigoureux et

directif est nécessaire pour réinstaurer des repères limitant et structurants mais aussi pour parer à ses mécanismes de défense tels que le clivage, le déni et les projections agressives. Les soins proposés sont constitués d'entretiens médicaux et infirmiers réguliers ainsi que d'une psychothérapie d'inspiration analytique aménagée par le psychologue du service. Il est également intégré une participation à la vie institutionnelle et aux activités thérapeutiques (piscine, théâtre, sport). La chimiothérapie est constituée d'un antidépresseur, d'un neuroleptique sédatif, d'un anxiolytique (benzodiazépine) et d'un neuroleptique à action prolongé. Les hospitalisations libres sont toujours marquées d'une grande ambivalence et les hospitalisations sous contrainte (à la demande d'un tiers) aboutissent à des surenchères symptomatiques difficilement gérables. A titre d'exemple, Melle P. a ingéré en quantité excessive des médicaments au sein même de l'unité de soins et s'est un jour automutilée en CSI (chambre de soins intensifs) avec une lame de rasoir cachée dans son vagin.

L'équipe soignante constate rapidement une escalade dans ses comportements tant auto que hétéro-agressifs. Les passages à l'acte sont parfois si importants que l'équipe est en grande difficulté pour les contenir.

En 1992, suite à l'agression de soignants et la « destruction volontaire d'objets mobiliers par l'effet d'un incendie », le chef de service porte plainte, pour confronter Melle P. à la loi. Une expertise réalisée à l'époque mentionne pour la première fois le diagnostic d' « *état limite* ». Le dépôt de plainte aboutit à une obligation de suivi psychiatrique bihebdomadaire, à un suivi judiciaire hebdomadaire et une peine de prison d'un mois de sursis.

Rapidement, les soutiens extérieurs s'usent et s'épuisent, conduisant à un isolement important. Melle P. est en rupture avec une partie de sa fratrie. Sa problématique psychique entraîne rapidement une réelle dépendance à l'institution psychiatrique, avec un handicap social sévère. Elle a de plus en plus de mal à assumer sa solitude malgré les soins ambulatoires étayants. Paradoxalement, elle revendique une autonomie complète tout en signifiant aux soignants son impossibilité à vivre seule. En dehors du monde psychiatrique, elle a son propre logement en location depuis 1992 (après avoir vécu chez sa mère) mais ses relations sociales sont limitées. Elle entretient surtout des contacts avec d'autres patients de l'hôpital psychiatrique. Le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) lui permet, du moins pendant un temps, de participer à certaines activités et de conserver une forme de vie sociale. Au cours de ses hospitalisations, les permissions se soldent généralement par des

retours prématurés, du fait de sa difficulté à gérer les moments de solitude, source d'angoisses dépressives envahissantes. Son quotidien est constitué d'allers-retours entre les différentes structures intra et extra-hospitalières, la rue, les urgences psychiatriques et le commissariat de police.

Sur le plan social, elle bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) (depuis ses 18 ans environ) ainsi que d'une mesure de protection des biens (curatelle simple), prononcée fin 1999.

Pendant un an, du fait des difficultés de prise en charge, un relais est assuré par un autre secteur. Initialement, l'équipe constate une bonne adaptation associée à un vécu dysphorique abandonnique et de préjudice subi par son secteur d'origine. Mais très rapidement, les modalités interactionnelles qui se présentaient dans le service d'origine se répètent. Le même constat est fait dans les diverses cliniques où Melle P. a cherché à se faire admettre. Les mêmes difficultés sont observées, quel que soit l'interlocuteur soignant, public ou privé.

A l'âge de 25 ans, Melle P. est adressée par un médecin du centre de toxicomanie de St-Nazaire dans le service universitaire d'addictologie pour prise en charge de ses conduites d'alcoolisations massives et de ses consommations quotidiennes d'amphétamines mais aussi de ses troubles du comportement alimentaire. Son attente vis-à-vis de l'unité d'addictions est d'emblée massive et idéalisée, avec une demande de soins floue (mettant surtout en avant une demande de logement et de travail), laissant le psychiatre addictologue décider de la manière dont il pourrait lui venir en aide. Il lui est rapidement proposé un projet d'hospitalisation, que la patiente dit accepter faute de mieux (« de toute façon qu'est-ce que je risque ?... je n'ai rien d'autre »), tout en verbalisant un vécu d'intrusion vis-à-vis des soignants. Melle P. arrête le suivi après quatre rendez-vous de consultation, et ne donnera pas suite au projet d'hospitalisation.

Quelques mois après ce suivi, le 27 juillet 1994 (à l'âge de 26 ans), Melle P. prend son véhicule et tente de le précipiter contre un mur. Au moment du passage à l'acte, elle percute un jeune homme de 19 ans qui passait à mobylette. Ce dernier décèdera des suites de l'accident. Les motifs et les circonstances de cet homicide restent flous et n'ont pas été clarifiées : le discours de Melle P. reste empreint de contradictions. Elle dit que ce passage à l'acte s'est produit dans un but suicidaire, à la suite d'une violente altercation avec sa mère (« ma mère venait de me mettre dehors »). Elle aurait dit ultérieurement à un des experts

qu'elle rentrait ce jour-là en voiture avec une amie, qui était sur le siège passager (« elle voulait que je reprenne ma voiture »), et qu'elle a précipité son véhicule hors de la route. Quoiqu'il en soit, cet évènement faisait suite à une exclusion de la patiente de son service de secteur pour non respect du cadre.

Juste après sa garde à vue, Melle P. est incarcérée en détention provisoire au centre pénitentiaire de Nantes, en juillet 1994. Deux mois plus tard, elle fait une tentative de suicide par pendaison dans sa cellule, la veille de l'anniversaire de sa mère. Ce passage à l'acte nécessitera un séjour en réanimation médicale. Le psychiatre des urgences indique alors que, compte tenu de la gravité de son geste, une hospitalisation d'office (HO) judiciaire est justifiée. A un expert, Melle P. dira : « ils voulaient me remettre en prison ; la prison, c'est pas moi qui la méritait, c'est mon père. ». A son arrivée dans le service de psychiatrie, le certificat de 24 heures réalisé par le chef de service mentionne : « Il s'agit d'une patiente état limite, dont la prise en charge dans une unité de soins ordinaires s'avère aujourd'hui impossible du fait de la gravité et du caractère répétitif des conduites tant auto que hétéro-agressives. Dans ce contexte, nous demandons que soit effectuée aussi rapidement que possible une admission dans une unité pour malades difficiles (UMD), qui seule permettra la mise en place d'un cadre suffisamment contenant et directif. ».

Melle P. est transférée quelques jours plus tard à l'UMD de Montfavet. Elle y restera 8 mois avant de réintégrer (toujours en HO) le service de psychiatrie dont elle dépend, au centre hospitalier de St Nazaire.

Au cours de son séjour à Montfavet, la psychologue de cette institution s'est prise d'affection pour Melle P., à tel point qu'elle l'invitera à passer les vacances de ski en sa compagnie. La lettre adressée par le psychiatre au chef de service de St Nazaire, à l'issue de son séjour mentionne : « un travail psychothérapique approfondi a été effectué dans notre service. La patiente a pris conscience de son état...elle a de moins en moins des exigences tyranniques, la dimension agressive vis-à-vis de l'institution s'est atténuée mais un problème majeur persiste : ses rapports avec sa mère, à qui elle voue une haine incommensurable. Elle est devenue plus souple avec élaboration secondaire de la pensée. Cette jeune femme est à la recherche d'une identité qu'elle a trouvée dans nos murs mais qu'elle appréhende de perdre à son arrivée dans son service d'origine où les « projecteurs » risquent d'être focalisés sur sa personne. Elle a besoin dans un premier temps d'être aimée et comprise avec la conjugaison

de ces deux verbes à tous les temps ». Ces propos reflètent bien le mécanisme de clivage utilisé par la patiente, amenant chaque interlocuteur à se persuader qu'il possède la vérité précise sur la patiente. (MARCELLI 1983)

Le retour dans le service de secteur a réactivé à la fois une anxiété relativement importante, notamment autour d'un vécu de rejet et d'abandon, et des mécanismes de défense antérieurs (tentatives de clivage et de manipulations perverses de l'institution et des soignants, projections agressives et déni).

Sur le plan judiciaire, Melle P. a donc passé 2 mois en détention provisoire à la suite de sa garde à vue. Elle est jugée en avril 1996 et condamnée à 6 mois de prison ferme (1 an dont 6 mois avec sursis). Elle n'a cependant jamais réalisé la fin de sa peine : dans les suites de son geste suicidaire en prison, le juge d'application des peines n'a pas ordonné l'exécution de la peine. Il convient de préciser que l'hospitalisation d'office dont Melle P. a fait l'objet n'a à priori pas été ordonnée en lien avec l'application de l'article 122-1 du code pénal (de 1994) puisqu'elle a finalement été jugée et condamnée, donc reconnue responsable de ses actes. Par rapport à un éventuel séjour en prison, le discours de Melle P. fluctue également, tantôt elle paraît tout à fait prête à le vivre, l'envisageant même de façon pragmatique et adaptée, tantôt elle paraît s'y refuser, exprimant à nouveau un vécu d'injustice qui paraît en relation avec un sentiment de toute puissance contrariée.

A partir de 1996, Melle P. bénéficie d'une mesure de sortie d'essai d'HO. Elle est prise en charge en hôpital de jour, dans une perspective de réinvestissement de la vie extérieure et de resocialisation, parallèlement à la poursuite des soins. Rapidement, elle est réhospitalisée et ce à de multiples reprises (réintégrations de HO), au rythme d'une dizaine d'hospitalisations chaque année depuis 1996. Les admissions sont motivées à chaque fois, soit par des menaces ou des conduites suicidaires, soit par la réactivation d'éléments anxiodépressifs.

La prise en charge en hôpital de jour sera mise en échec au bout de quelques mois. Une prise en charge au CATTP et au CMP sera tentée au décours.

Melle P. a de plus en plus de mal à assumer la solitude et s'ingénie à multiplier les intervenants, notamment pour chercher un ailleurs thérapeutique idéalisé. Elle met en échec de nombreux projets de soins et de réinsertion, projets soit proposés et auxquels elle adhère soit amorcés à son initiative, mais qui avortent dans un laps de temps ordinairement court,

n'atteignant jamais les 6 mois, durée minimale qui, pour l'équipe de secteur, est la condition pour que soit envisagée une levée de l'HO.

Courant 1997 et 1998, de nouveaux « appels à l'aide » (à travers plusieurs courriers) sont adressés aux psychiatres du service d'addictologie avec des demandes de consultation ou d'hospitalisation en urgence (transfert du service de secteur) mais toujours sans demande de soin très précise. La réponse apportée par l'équipe, après concertation avec l'équipe de secteur, est de poursuivre les soins sectoriels dans un premier temps et d'engager des soins en addictologie dans un deuxième temps si sa demande est maintenue, de manière complémentaire mais en aucun cas en substitution des soins psychiatriques de secteur. L'accent est mis sur la nécessité d'une coordination entre les acteurs de soins, avec un travail complémentaire et articulée.

En 2001, Melle P. est admise pendant huit mois dans un centre de réadaptation psychosociale (Tour de Gassie). Ce séjour est entrecoupé de périodes de réhospitalisation dans le service de secteur lors des réactivations anxiodépressives, et n'a pas permis d'élaborer un réel projet de réinsertion professionnelle.

Courant 2002, plusieurs admissions au centre de post-cure d'Esper sont préparées et réalisées dans le cadre de sorties d'essai d'hospitalisation d'office. Là encore, Melle P. s'est mise en position d'échec, refusant de poursuivre ce projet sous divers prétextes dont l'éloignement de la région. Elle est néanmoins réadmise en 2003, pour quelques jours seulement puisqu'une sortie est décidée suite à une nouvelle IMV.

En 2004, Melle P. reprend à nouveau contact avec le service d'addictologie et est reçue en consultation par le chef de service. Elle fait état de vomissements provoqués, forme d'exutoire mais aussi de protestation vis-à-vis de la mesure de contrainte. Son fonctionnement est ostensiblement provocateur par moment, avec des vomissements exhibés et agressifs. Les troubles du comportement alimentaire semblent très liés aux contacts avec sa mère. Faisant le constat que ses troubles lui sont indispensables (fonction de réassurance), le chef de service lui propose de reprendre contact ultérieurement. Melle P. vit cette consultation sur un mode très abandonnique. Le jour-même, elle avale 150 comprimés (« le Pr V. m'avait dit qu'il ne pouvait rien pour moi... un professeur qui me dit ça, y a de quoi désespérer »). Elle appelle son secrétariat le lendemain pour dire que le chef de service lui a fermé les portes du centre d'addictologie alors qu'elle avait fait une démarche de demande d'aide. Un autre rendez-

vous lui est alors proposé ainsi qu'un groupe thérapeutique, qu'elle met rapidement à mal à travers ses difficultés d'adaptation et ses absences. Le but du suivi est alors de tenir une place tierce sans trop d'objectifs de changement. Parallèlement, Melle P. prend l'initiative de rencontrer une nutritionniste et met fin au suivi addictologique au bout de 6 mois.

Après une longue hospitalisation dans le service de secteur, la reprise des soins ambulatoires se solde à nouveau par un échec. C'est dans ce contexte que Melle P., remettant en cause les modalités de soins convenues, sollicite à nouveau, et ce à plusieurs reprises, l'équipe médicale du foyer de post-cure de la Chicotière.

Lorsque Melle P. fait appel aux soignants ou diverses structures de soins, c'est bien souvent à l'aide de nombreux écrits et appels téléphoniques, en mettant l'interlocuteur en position de vouloir pour elle (comme en témoigne un de ses écrits : « Quand est-ce que vous allez commencer à m'aider ? Est-ce que vous voulez et/ou pouvez m'aider ? Comment ça fonctionne ? Qu'est-ce que vous me proposez ? »).

En 2003, son psychiatre traitant constate, « globalement, une évolution fluctuante avec alternance de périodes d'amélioration nette et de moments de réactions anxiodépressives au cours desquels elle remet en cause le principe du suivi psychiatrique indispensable ». Elle dit vouloir suivre son traitement, mais son histoire montre qu'en dépit de pareils engagements, elle interrompt son traitement dès qu'il n'y a plus de contrôle rigoureux. L'évolution actuelle lui semble malgré tout globalement un peu plus favorable avec atténuation de l'impulsivité, de l'anxiété et des passages à l'acte, et progressivement des possibilités d'aménagement de différents aspects du soin sur un mode contractuel et une réinsertion sociale progressive. Dans ce contexte, vue la gravité des antécédents de Melle P., il estime que le maintien d'un cadre très directif, voire rigide, est nécessaire, que la mesure d'hospitalisation d'office paraît toujours nécessaire, pour garantir la continuité d'un suivi psychiatrique cohérent et ce tant qu'il n'y aura pas une période de stabilité plus longue (lorsque la patiente aura prouvé une capacité à rester 6 mois au moins à son domicile sans réhospitalisation). Melle P. dit à un des experts : « Le Dr T. me laisse en HO parce qu'il ne veut pas que j'arrête le traitement...je ne sais pas pourquoi... ».

Face à ses revendications permanentes, à ses demandes itératives concernant les modalités des hospitalisations, de ses traitements et du fait de ses conduites perverses manipulateurs à l'égard du personnel soignant, une hospitalisation longue de 6 mois est décidée en 2004 à la

suite d'une nouvelle tentative de suicide médicamenteuse. A cette date, on dénombre environ 150 tentatives de suicide (« le 1^{er} octobre 1986, j'ai fait ma 1^{ère} TS... les TS je les compte plus, en 1998, j'étais à la 100^{ème}, en 2004 je devais être à la 150^{ème}, j'avais pas d'autres moyens d'expression, maintenant, je parle »).

Courant 2005, Melle P. est transférée à l'UMAP du centre hospitalier du pays d'Eygurande pendant 2 mois. A son admission, elle se présente sur un mode à la fois sthénique et triste avec des idées suicidaires et une restriction alimentaire. Elle a une attitude très revendiquante par rapport à l'équipe de secteur. Malgré ce tableau initial, le contrat initial posé avec Melle P. (absence de TS dans l'unité et maintien d'un poids supérieur à 60kgs) a été bien accepté et respecté. L'équipe a tenté de travailler avec Melle P. sur son vécu d'abandon et sur le conflit très vif l'opposant à l'équipe de secteur, tout en cherchant à éviter le clivage créé par la patiente. Au terme du séjour, le retour dans l'unité était vécu de manière moins angoissante. Le séjour semble avoir été dans l'ensemble relativement favorable.

Peu après, Melle P. est à nouveau hospitalisée, suite à un passage à l'acte suicidaire, mais à La Rochelle où elle a rejoint sa sœur après avoir quitté l'hôpital de St Nazaire sans autorisation.

Son parcours de soin s'alourdit. Les hospitalisations se multiplient encore, toujours pour les mêmes motifs et avec toujours les mêmes transgressions du cadre. On note toujours une instabilité comportementale constante, une grande impulsivité avec intolérance aux frustrations et facilité de passage à l'acte, une agressivité difficilement contenue, des transgressions de cadre (elle est même allée jusqu'à cacher un objet pouvant lui servir d'arme dans ses parties intimes), des menaces de mort répétées avec des agressions physiques sur des soignants et de multiples tentatives de suicide (qui dépasse facilement le chiffre de 300 en 2007). De manière générale, après les 48 premières heures de son hospitalisation (temps d'observation), l'équipe élargit le cadre et c'est dans ces moments-là que Melle P. multiplie les demandes, pouvant s'apparenter à du harcèlement, auprès des soignants mais aussi auprès d'autres personnes ou institutions (préfecture, procureur, direction, autres structures de soins, famille...).

En 2006, le chef de service de son secteur quitte le service (« pour s'investir dans un autre établissement » dira Melle P.). La relation nouée avec lui était très forte, teintée d'une grande ambivalence, à l'image de toutes ses autres relations, et notamment celle avec sa mère. Leurs conflits se cristallisaient notamment sur la mesure de HO qui, selon elle, ralentit sa guérison

tant l'aspect contraignant la rebute. A son départ, le relais médical est pris par une psychiatre. De plus, le suivi psychologique est assuré par une autre femme. C'est dans ce contexte que Melle P. prend à nouveau contact avec le Pr V. du service d'addictologie dans un contexte de recrudescence de ses conduites anorexiques.

Début janvier 2007, après expertise médicale, le juge des tutelles prononce la main levée de la curatelle simple de Melle P.

Début 2008, Melle P. reprend à nouveau contact avec le Pr V.. Parallèlement, une demande est faite par le médecin traitant pour une prise en charge dans une clinique rennaise « de réadaptation digestive et nutritionnelle », dans le cadre d'une nouvelle période de restriction alimentaire totale avec perte de poids importante. La clinique décide de ne pas accéder à sa demande, préférant la réorienter sur l'équipe de secteur et d'addictologie.

Au cours de ses nombreuses années d'hospitalisation, Melle P. multiplie les démarches sur un mode très revendicateur auprès de la commission des hospitalisations en psychiatrie (CDHP) afin d'obtenir une levée de la mesure de HO. Elle ne nie pas avoir des difficultés d'ordre psychiatrique mais elle argue qu'elle est apte à gérer seule ses traitements et à solliciter d'elle-même les soins nécessaires à sa santé. Elle avance aussi qu'elle est autonome et en mesure d'avoir une vie sociale à l'extérieur.

Face à ces demandes répétées, la position de l'équipe médicale de secteur reste inchangée : « La sévérité des troubles présentés nécessite impérativement le maintien du cadre de l'hospitalisation d'office de façon à garantir la continuité d'un projet thérapeutique cohérent. ». Il a été, à de très nombreuses reprises, indiqué à Melle P. que si son état de santé se stabilisait avec une période suffisamment longue, la levée de son hospitalisation d'office pourrait probablement être envisagée. Malgré ces réponses, Melle P. sollicite de multiples interlocuteurs, tant dans le domaine sanitaire que socioadministratif. Sa réponse, qui signe une résistance à l'amélioration, lui permet finalement d'éviter un nouvel abandon. Il lui a été clairement signifié que si elle guérit, ou du moins si elle présente une amélioration symptomatique, l'équipe soignante allègerait son aide. Le maintien de ses symptômes a donc pour fonction de lui éviter l'abandon, contre lequel elle lutte à tout prix.

Ses démarches auprès des diverses structures confinent au harcèlement, avec de très nombreux écrits illisibles et des communications téléphoniques floues. Ces écrits semblent

entrer dans le cadre de conduites agressives tant l'écriture est illisible et les propos souvent crus et manipulateurs. On peut aussi se demander si Melle P. ne traverse pas parfois des états dissociatifs (plus ou moins favorisés par la prise de toxiques ?) lorsqu'elle écrit ses courriers tant la syntaxe et les propos sont flous et dispersés.

Dans ce contexte, plusieurs expertises sont demandées, au cours desquelles Melle P. est simplement animée du simple souci de pouvoir convaincre de la nécessité de la levée d'HO. Elle adopte pour ce faire un discours et une attitude souvent agréables, sans opposition, visant visiblement à favorablement influencer sur le résultat de l'expertise. Il existe parfois des tentatives de manipulation, prouvant qu'elle peut, au moins en certains domaines, se situer parfaitement dans la réalité. Cela contraste ainsi avec des instants où elle semble très loin de la réalité, dans un monde à elle où elle suit ses idées, éloignées des questions posées et où l'interlocuteur n'a plus beaucoup d'importance.

Une *première* double expertise psychiatrique, réalisée en avril 2000, confirme la nécessité de maintenir la mesure : « elle est justifiée, étant actuellement la seule possibilité pour l'équipe soignante qui la prend en charge de pouvoir dans son intérêt la contrôler et notamment en lui imposant un traitement. Le maintien de l'HO est une garantie pour que la patiente ne rechute pas, en sachant que lorsque tel est le cas, elle est dangereuse pour son entourage et pour le personnel soignant ».

Une *deuxième* double expertise psychiatrique est réalisée début 2005.

Une *troisième* double expertise psychiatrique est réalisée en juin 2007. Melle P. argumentera avoir un domicile où elle réside, avoir bénéficié d'une hospitalisation courte en mars 2007 pour une réadaptation de son traitement hypnotique, ne plus avoir fait de tentative de suicide depuis octobre 2006 et être bien soutenue par le SAVS depuis 2005. Elle dira : « c'est vrai que les hospitalisations c'est plus anecdotique et à ma demande, plus que pour un mal être. Je jouais de l'hospitalisation d'office pour rentrer à l'hôpital et ça je ne veux plus. J'ai une vie équilibrée et avec des amis. Ce que je ressens depuis un bon moment c'est la sérénité. Je prends beaucoup plus de recul sur les événements. J'arrive à travailler en psychothérapie la question de ce que m'a fait subir mon père ; j'ai appris à vivre avec et à la dépasser. Il n'y a plus cette souffrance à fleur de peau qu'il y avait à l'époque. Quelque part c'est peut être pour ça que je n'ai pas de petit ami. » Elle dit qu'elle aurait aimé entendre son père s'excuser avant qu'il ne meure et pense qu'elle avait un sentiment de rage envers tout ce qui représentait la

figure paternelle à cette époque. Melle P. dira vivre douloureusement les restrictions de liberté imposées par le fait d'avoir à demander une autorisation de sortie du département chaque fois qu'elle veut se rendre dans sa famille du fait de son hospitalisation d'office. Elle dira aussi qu'elle doit recevoir prochainement une nièce âgée de 16 ans pour un séjour d'une semaine, nièce qu'elle dit recevoir tous les ans depuis 3 ans. On note de nombreuses contradictions et fabulations dans le discours tenu aux experts. Elle a notamment affirmé aux experts avoir achevé sa peine après le jugement. Ces dernières expertises concluront que Melle P. « présente une pathologie mentale à type d'état limite actuellement bien contrôlée par une prise en charge associant prescriptions médicamenteuses, soutien social et abord multidisciplinaire. Elle adhère aux soins qui apparaissent adaptés à son état. Elle n'exprime pas d'hostilité envers les soignants. Melle P. n'apparaît pas actuellement dangereuse pour autrui, elle vit à son domicile et ne trouble pas l'ordre public. Le risque de décompensation psychique est lié à l'observance médicamenteuse. Une rechute n'entraînerait pas nécessairement un trouble à l'ordre public. La poursuite de la mesure de soins sans le consentement ne nous apparaît plus nécessaire actuellement. »

Suite à cette expertise, le préfet statue sur la levée de la mesure de HO le 7 septembre 2007.

A partir de fin 2007, Melle P. bénéficie donc d'un régime d'hospitalisation libre. Elle continue cependant à multiplier les hospitalisations, revendiquant sa position d'hospitalisation libre. Elle entre et sort du service comme elle le souhaite, ne respectant absolument aucun cadre posé, et demandant sa sortie à la moindre frustration. Elle est rapidement dans une escalade d'agressions à l'égard des soignants du service, avec des insultes quotidiennes, des manipulations itératives, de dépôts de plaintes ou des mains courantes au décours de chaque hospitalisation, de multiples courriers de revendication et de plaintes à l'encontre du service à toutes les administrations (direction du centre hospitalier notamment). Elle se plaint entre autres « des agissements du chef de service qui exerce la dictature et le manquement à la dignité humaine de la personne hospitalisée » (« je vous demande des explications sur ces procédés à mon égard où je me vis pire qu'une moins que rien, c'est très diminuant et inférieur. Qu'ai-je donc fait de si odieux pour mériter de tels agissements de la part du médecin ? m'aurait-il pris en grippe ? aurais-je une tête qui ne lui revient pas ? »). Elle dit souffrir d'une « discrimination » et menace d'en informer l'ordre des médecins (« car je dois être traitée exactement comme les autres patients»). Melle P. se pose ainsi en victime, faisant jouer aux psychiatres et aux soignants le rôle de bourreau persécuteur. A travers ces courriers,

elle met les psychiatres de l'unité en position de devoir se justifier et de rendre des comptes auprès des différentes instances qu'elle-même sollicite.

Dans ce contexte, il a été proposé à Melle P. d'essayer de trouver par elle-même un espace de soins en dehors de son unité psychiatrique d'accueil : elle a ainsi été hospitalisée dans deux cliniques mais en a été rapidement exclue pour demander sa réadmission dans un mécanisme de toute puissance dans le service de secteur.

Au total, toutes les alternatives à l'hospitalisation ont été tentées et mises en échec par la patiente.

Un jour, alors qu'il lui est une nouvelle fois signifié son exclusion du service, Melle P. répond : « souvenez-vous qu'en 1998, j'ai été exclue du service et qu'il s'en est suivi ce que vous savez (cf homicide dont elle est responsable), si vous me mettez dehors je reviendrai de toute façon en HO ! ».

On note chez Melle P. une tendance projective très nette, où elle semble vouloir mettre l'autre en situation d'échec. L'équipe soignante se trouve dans une situation impossible. Au vu des hospitalisations répétées à la demande de Melle P., l'équipe se trouve dans l'obligation de l'aider. Cependant, toutes les propositions et les contrats de soins sont systématiquement transgressés, mises en échec ou simplement refusées. L'équipe de secteur se trouve donc engagée dans un double lien, qui met à mal le service et dont la patiente ne semble tirer aucun bénéfice. Melle P. se trouve dans une toute-puissance qui la fait souffrir et qui fait souffrir l'institution mais dont elle n'arrive pas à se défaire. Le nouveau chef de service, le Dr A., fait le constat que le service est dans l'incapacité totale de pouvoir l'aider et la prendre en charge convenablement. C'est dans ce contexte que son psychiatre traitant, chef du service, écrit en 2008 au conseil de l'ordre des médecins pour lui exposer la situation et demander conseil.

Du 24 au 25 octobre 2008, Melle P. est hospitalisée dans le service après avoir été retrouvée ivre sur le pont de St Nazaire. A son admission, elle évoque des vellétés auto agressives évoluant depuis quelques jours sans pouvoir très clairement décrire une problématique précise. Elle interroge plutôt le cadre de l'hospitalisation et notamment le fait que le chef de service ait sollicité le conseil de l'ordre des médecins afin de réorganiser l'hospitalisation sur d'autres modes. Comme lors de la plupart des précédentes hospitalisations, à la moindre contrainte liée au cadre, Melle P. demande immédiatement à être reçue par un médecin de

l'unité et, de façon très sthénique, réclame sa sortie en argumentant qu'elle est hospitalisée à sa demande.

Quelques jours plus tard, Melle P. met fin à ses jours le 29 octobre 2008 en se jetant sous un train à l'extérieur de la gare de St Nazaire, non loin du domicile de sa mère. Elle avait au même moment sa mère au téléphone et lui tenait les propos suivants : « écoute ça ».

Il semble que son suicide ait été principalement dirigé contre sa mère, qui a malgré elle participé activement au geste de sa fille. Quelques mois auparavant, Melle P. avait déjà élaboré les prémisses d'un scénario suicidaire : elle avait laissé un message téléphonique à sa mère avec la marche funèbre et lui avait envoyé la photo d'un cimetière.

D'autre part, ce geste sort du cadre de ses multiples tentatives de suicide précédentes. Ce geste était très différent puisqu'il n'y avait aucune porte de sortie. C'était le seul geste sans échappatoire possible et où la mort était la seule issue.

L'agressivité de ce geste était à la hauteur de son désespoir, sentiment qui s'est très probablement majoré à partir du moment où le service a levé la mesure d'HO et a entrepris des démarches auprès d'une instance supérieure pour mettre un terme aux soins qui lui étaient prodigués et rompre officiellement le lien qui l'unissait au service. L'angoisse de perte d'objet était-elle aussi massive que la séparation ne pouvait être rendue possible qu'au détriment de l'un des deux ? C'est comme si entre le sujet et l'objet, il n'y en avait qu'un qui pouvait survivre à la séparation. La dynamique fondamentale en jeu pourrait être celle de « l'impossibilité d'être deux » : soit l'un existe, mais au détriment de l'autre, soit il meurt. Ou à l'inverse, soit on sacrifie tout son psychisme à l'autre et on n'existe pas soi-même, soit on perd l'autre. (HURNI, 1996)

Après sa mort, sa sœur jumelle a demandé le dossier médical pour faire valoir sa probité.

3. Rencontre avec Melle P

Je me souviens encore assez bien de ma première rencontre avec Melle P. C'était au cours d'une hospitalisation, au cours du mois de mai 2008. Avec son psychiatre traitant, le Dr A., nous la recevons en entretien dans l'unité où elle vient d'être à nouveau admise.

Sa maigreur et sa coupe courte lui donnent un aspect physique très androgyne. Dans un premier temps, elle se montre plutôt réticente à parler, voire suspicieuse. Elle répond brièvement aux questions posées. Ses propos sont pauvres et stéréotypés. Le discours paraît superficiel et plaqué.

Lorsqu'il s'agit de revenir sur certains éléments de son parcours, elle se met à parler plus rapidement, devenant vite logorrhéique. Ses propos sont alors digressifs, très difficiles à canaliser. Ses réponses sont très souvent floues, imprécises, me laissant le loisir de les interpréter à ma façon. Il est souvent nécessaire de recadrer l'entretien et d'insister pour obtenir de sa part une réponse à la question posée tant les digressions sont importantes, notamment lorsqu'elle est en position de devoir justifier ses comportements. Elle se montre souvent assez projective, rendant les autres responsables de ce qui lui arrive.

La charge anxieuse est importante et la pensée dispersée, discontinue. Melle P. remplit l'espace d'un flot de paroles ininterrompues, pour combler les vides mais aussi sûrement pour maîtriser, voire maintenir une forme d'emprise sur son interlocuteur.

Son discours paraît peu fiable par moments tant elle se contredit à quelques minutes d'intervalle. Lorsque je lui fais remarquer, cela ne la gêne pas : ce qu'elle avait pu dire peu de temps auparavant n'a déjà plus d'importance.

J'en viens à lui demander de décrire son état clinique. Ses réponses sont tout aussi floues ; elle décrit des symptômes à la fois physiques et psychiques relativement vagues et imprécis. Au premier plan, elle se plaint de troubles du comportement alimentaire avec une anorexie, une perte de poids et des malaises. Melle P. paraît d'emblée en souffrance et en réelle demande d'aide, mais la demande de soins est là encore relativement floue et imprécise. Elle fait de multiples demandes plus ou moins adaptées. Du fait des troubles mis en avant, son psychiatre traitant propose un contrat de soins avec un protocole précis, ciblé sur les symptômes du registre alimentaire, ce que conteste et disqualifie d'emblée Melle P., arguant que les

modalités du contrat (et notamment les contacts avec l'extérieur) sont synonymes « d'enfermement » et qu'elles seront de toute façon inefficaces.

Son discours me désarçonne, entraînant chez moi un sentiment de confusion et de sidération de la pensée. Je finis donc par lui demander ce qu'elle veut et ce qu'elle attend des soins. Sa réponse est là encore très vague et imprécise. Le dialogue semble par moment impossible, du fait des négociations, mais aussi des difficultés à suivre le fil du discours et le cours de sa pensée.

Quelques minutes après l'entretien, Melle P. demande aux infirmiers de transmettre à son psychiatre qu'elle souhaite changer de médecin référent (situation qui s'est déjà produite à l'identique plusieurs fois auparavant) et être suivie par l'interne. Cela peut paraître plutôt valorisant pour une jeune interne mais ce comportement est bien évidemment à interpréter au regard du mode de fonctionnement de la patiente qui s'efforce de cliver les divers intervenants, étant sans cesse à la recherche d'un autre médecin qui, de façon totalement idéalisée, viendrait la guérir.

4. Discussion clinique

a. Diagnostic

Melle P. a été examinée à de très nombreuses reprises par de nombreux psychiatres et experts psychiatres. Que ce soit dans le cadre des soins ou des expertises, le diagnostic posé a été celui de « *trouble grave de la personnalité de type état-limite avec troubles des conduites majeurs et grands aménagements pervers* ». A un des experts, elle tiendra d'ailleurs les propos suivants : « Je n'aime pas les limites... ».

Les observations du dossier médical décrivent chez Melle P. des aménagements assez instables, tantôt du registre *névrotique*, tantôt du registre *psychotique* avec des moments de vécu délirant ou du registre *psychosomatique* avec toute une série de préoccupations

corporelles focalisées autour du poids et accompagnées de conduites d'anorexie, de restriction alimentaire et de demandes de laxatifs.

Sa personnalité est marquée par une instabilité affective et émotionnelle, une imprévisibilité, une intolérance à la frustration, une irritabilité et une impulsivité avec des risques majeurs de passages à l'acte tant auto que hétéro-agressifs. Elle évolue par ailleurs dans un contexte de vide et d'ennui qu'elle peut combler à quelques reprises par des conduites addictives.

On note certains éléments du registre de la *perversion narcissique et relationnelle* (ou perversion « morale ») avec des aspects de séduction et de manipulation d'autrui, toujours utilisées à des fins personnelles, associés à une incapacité à accéder à la culpabilité. Elle présente aussi une tendance à se montrer froide affectivement, calculée et distante, sans prise en compte des conséquences potentiellement néfastes sur autrui. Au cours de ses conduites auto-agressives, en dehors des moments de réel effondrement anxiodépressif où elle cherche soit à se nuire soit à attirer l'attention sur sa souffrance, elle peut aussi chercher à blesser ou mobiliser son entourage dans un contexte extrêmement manipulateur du registre franchement pervers. Le fait de déstabiliser l'autre peut contribuer à procurer chez elle une certaine forme de plaisir. Ces éléments montrent bien qu'elle reste tout à fait bien inscrite dans une certaine forme de réalité.

Les éléments de *perversité* sont les manipulations diverses de l'institution, les manipulations et mensonges, les revendications permanentes, les nombreuses demandes d'hospitalisation accompagnées de demandes itératives concernant ses modalités d'hospitalisation, les clivages entre les soignants, les transgressions et mises à mal du cadre de soins. Melle P. pervertit les contrats de soins en tentant de détourner les propositions thérapeutiques de leur sens ; elle dissimule des objets contendants dans ses parties intimes et parvient à dissimuler dans le service téléphones portables et couteaux. Les écrits adressés aux divers intervenants du soin psychiatrique et de diverses administrations (avec des revendications, des demandes et des plaintes) sont innombrables, l'écriture étant illisible. Les équipes subissent provocations, injures et menaces. Son comportement dans le service est émaillé de fugues, de non respect du cadre et du règlement interne. Melle P. garde une certaine maîtrise. Tous ces éléments vont dans le sens d'une *perversion morale* dont l'objet de la perversion est le service de psychiatrie sectoriel.

Melle P. conserve malgré cela ses capacités intellectuelles. Elle ne présente pas de syndrome d'influence, ni d'automatisme mental, ni de trouble du cours de la pensée. On note des épisodes transitoires de vécu persécutoire et de dépersonnalisation, parfois avec manifestations hallucinatoires sans pour autant qu'il y ait une symptomatologie délirante ou hallucinatoire caractéristique et fixée dans le temps.

La personnalité *histrionique* pourrait être discutée, au vu des manifestations de grande demande affective, de la manière très subjective et pauvre en détails de s'exprimer et de l'instabilité émotionnelle. On ne relève cependant pas de tendance aux comportements de séduction sexuelle inadaptés, à la dramatisation ou à la théâtralité, pas de franche suggestibilité.

Un autre diagnostic différentiel possible est celui de la personnalité *antisociale*, au vu des moments de grande froideur affective, des comportements répétés passibles d'arrestation, de sa tendance aux mensonges répétés, de son impulsivité, de son irritabilité et des agressions répétées, de son mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui, de son irresponsabilité persistante (incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières) et de son absence de remords (indifférence ou justification après avoir blessé autrui).

Au total, Melle P. présente des troubles qui répondent à la grande majorité des critères du « trouble de la personnalité borderline » décrite dans le DSM-IV-R :

a. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

On note clairement une répétition de situations où Melle P. se met en situation de susciter le rejet et l'abandon, usant l'entourage soignant ou familial. Paradoxalement, elle lutte en permanence contre cet abandon, qu'elle cherche à tout prix à éviter. Le fait qu'elle ait tant résisté à toute forme d'amélioration symptomatique était une manière d'éviter l'abandon de l'équipe. Son décès fait suite à la perspective d'une fin de prise en charge, qui venait s'apparenter à cet abandon tant redouté.

b. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

On note une instabilité relationnelle majeure avec une distance relationnelle qui oscille entre rapprochements et éloignements, entre demandes affectives et rejets. Cette dimension de quête affective s'inscrit dans un registre tyrannique avec une tendance à instaurer ou susciter des rapports de force et une forme de toute puissance en symétrie. Dans sa quête affective, elle suscite paradoxalement le rejet, puis devient dépendante de ce rejet, créant ainsi un cercle vicieux

c. perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

Son identité sexuelle semble assez peu claire. Son aspect physique est très androgyne, du fait de sa maigreur et de sa coupe courte. Elle a eu des relations à la fois hétéro- mais aussi homosexuelles. De manière générale, on relève surtout chez Melle P. un désinvestissement de la sexualité.

d. impulsivité dans un moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

On note l'existence de conduites impulsives potentiellement dommageables pour elle-même, notamment sur le plan alimentaire. Melle P. a en effet présenté des fluctuations alimentaires importantes avec, en dehors de vomissements provoqués, des périodes d'anorexie (avec prise de laxatifs et diurétiques) conduisant à des pertes de poids rapides et importantes ainsi que de nombreux malaises.

Sur le plan des addictions avec substances, Melle P. présente un tabagisme sévère (3 paquets/jr) avec des complications bronchopulmonaires importantes. Ses consommations d'alcool se font régulièrement de manière massive, avec de nombreuses ivresses. Il existe de plus un mésusage de benzodiazépines (surconsommées en automédication plus ou moins mélangés à d'autres médicaments). A une certaine époque, on note également une prise quotidienne d'amphétamines. En revanche, il ne semble pas que Melle P. ait eu recours à d'autres types de toxiques.

Il est important de souligner également l'inconstance et l'inconsistance de ses projets personnels.

e. répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'auto-mutilations

Ce critère est probablement le plus adapté à Melle P., qui a réalisé plus de trois cents tentatives de suicides ou gestes auto-agressifs (par tentatives de pendaison, phlébotomies ou intoxications médicamenteuses volontaires plus ou moins associées à des alcoolisations). L'hypothèse d'une certaine satisfaction pulsionnelle à travers ces gestes paraît justifiée : « j'ai juste mes obsessions... il faut que je détruise... ou que je détruise les autres... des fois, je me retourne contre moi... mais, pas pour leur faire du mal !... ». Le terme « d'addiction au suicide » paraît dans son cas justifié.

f. 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)

Ce critère est assez caractéristique de la personnalité de Melle P. marquée par une labilité thymique et émotionnelle importante. Ce vécu dysphorique est caractérisé par de véritables périodes d'effondrement dépressif ou d'angoisse diffuse. Ces périodes anxio-dépressives ne s'apparentent pas aux véritables états dépressifs majeurs ou au trouble anxieux généralisé. Ces

mouvements dépressifs, souvent d'apparition brutale et réactionnels à des facteurs interpersonnels, ne sont pas marqués par un réel sentiment de tristesse mais plus par de profonds sentiments de désespoir, d'impuissance. On ne note pas de ralentissement psychomoteur ou de signe d'inhibition comportementale, pas d'abaissement vraiment marqué du sentiment de la valeur personnelle ou de réelle culpabilisation, ni d'anhédonie. (« j'ai été très déprimée à plusieurs reprises... brutalement... pourquoi, je sais pas... la famille... et puis mon passé, mon avenir »).

g. sentiments chroniques de vide

Melle P. fait état à plusieurs reprises d'un sentiment de vide intense et d'ennui qui l'envahit.

h. colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

Toute forme de frustration entraîne chez Melle P. des manifestations de colère, d'agressivité et d'impulsivité, entraînant des conduites auto ou hétéro-agressives. Les passages à l'acte sont souvent imprévisibles et potentiellement graves. Son état se caractérise par une irritabilité, une impatience, une impulsivité, une intolérance aux frustrations et un état de sub-agressivité permanent.

- i. *survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (incluant les idées de dépersonnalisation, de déréalisation et les illusions hypnagogiques)*

On relève dans les antécédents de Melle P. des moments de décompensation psychotique associant un sentiment de dépersonnalisation ou d'étrangeté (« il y a certains moments où tout ce qui est familier me devient étrange... c'est comme si j'étais échoué du ciel »), un vécu persécutoire et des manifestations hallucinatoires. C'est souvent dans ces moments-là, qui surviennent dans des moments d'angoisses aiguës avec vécu abandonnique, que Melle P. a recours à une importante graphorrhée ou à des passages à l'acte auto- voire hétéro-agressifs. Ces épisodes surviennent souvent suite à la prise massive d'alcool, d'anxiolytiques et/ou d'amphétamines.

b. Discussion autour de la psychopathologie et de la thérapeutique

Cette situation clinique illustre bien en quoi le trouble de la personnalité borderline peut souvent être éminemment difficile à prendre en charge. Elle montre également en quoi ce trouble est avant tout une *pathologie du lien*.

Il est intéressant de noter, dans un premier temps, que le terme « *perversion* » est exclu des classifications actuelles. Il n'en demeure pas moins que cette dimension particulière du rapport à l'autre mérite d'être soulignée. Il ne s'agit pas ici d'une perversion « sexuelle » mais plus d'une dimension perverse de type perversion « relationnelle » ou « morale », dont l'objet était le service de psychiatrie qui la prenait en charge. Cette perversité se caractérise par la destruction de la relation humaine, la haine des sentiments d'amour. Elle vise non seulement à la suprématie sur l'autre afin de se grandir à son détriment, mais plus encore à la destruction progressive et minutieuse de l'autre afin d'exister à ses dépens. Le lien cède ici la place à son contraire, qui est la ligature et l'oppression. L'Oedipe cède la place à son contraire, l'inceste

en acte. Et l'amour cède la place à son envers, la haine, comme l'indique le titre de l'ouvrage de Sturni et Stoll, « La haine de l'amour » (STURNI, 1996). Les auteurs formulent aussi l'hypothèse selon laquelle les personnes qui, dans leur enfance, dans le temps de leur croissance psychique et de leur constitution affective, ont manqué des éléments nutritifs indispensables ordinairement, ont été amenés à les remplacer par des éléments différents. A la place de la confiance de base s'est construit la méfiance ; ils se sont construits non pas sur l'alliance narcissique fondamentale mais sur l'inanité ; ils n'ont pas pu désirer ni être aimés, ils se sont donc construits sur la haine du désir. (STURNI, 1996) Sur le plan psychanalytique, le statut théorique précis accordé au concept de perversion reste en revanche assez flou. S'agit-il d'une structure, d'un simple aménagement défensif ou plus d'un trouble de la relation d'objet ? Dans le cas de Melle P., il semblerait qu'il s'agisse plus d'une personnalité de type « état-limite » avec des aménagements pervers, donc sans « structure perverse » au sens strict.

Sturni et Stoll ont décrit des systèmes familiaux pervers où il existe un assujettissement ahurissant de tous les membres à un parent pervers et où les victimes éprouvent des sentiments terribles de culpabilité lorsqu'elles se départissent de leur statut. Au moment de la dénonciation de l'inceste par un des membres familiaux, la famille se disloque et les différents membres décompensent psychiquement selon des modes souvent différents. L'existence (peut-être la survie) des uns n'y semble possible qu'au détriment des autres. Dans le cas de Melle P., le frère sombre dans l'alcool, la sœur souffre d'anorexie et de dépression. Les réactions de déni de la part des proches ont dû avoir un impact conséquent sur le psychisme de Melle P. En effet, cela allait dans le sens que ses perceptions mêmes, après les affects et la pensée, ont été attaquées, déniées, interdites d'existence (« ce que tu ressens est erroné »). Seul un sentiment de haine pouvait alors se développer, amorçant son évolution psychique et ses aménagements pervers notamment.

L'angoisse de Melle P. se manifestait souvent par une agitation psychomotrice ainsi que de multiples somatisations et des demandes plus ou moins adaptées. La voie psychosomatique et les passages à l'acte sont deux voies qui, chez Melle P., permettaient de court-circuiter sa pensée. Son état d'angoisse s'apaisait parfois en fin d'entretien : la relation duelle était transitoirement contenant mais rapidement menaçante pour elle. Le lien à l'autre était autant recherché que redouté ; toute forme de liaison ne pouvait que susciter sa destructivité et n'être que sans arrêt attaquée. Les soignants se trouvaient à la fois sollicités et repoussés.

La problématique du sujet borderline consiste en sa difficulté à partager un espace avec un autre, à trouver une distance relationnelle qui ne soit pas dans le « tout de suite » et le « tout ou rien ». L'enjeu des soignants est de pouvoir trouver cette juste distance relationnelle, ni trop proche, ni trop loin, du fait des angoisses à la fois d'abandon (menaces de perte d'objet) et d'intrusion qui expliquent chez elle ces mouvements de va et vient, de rapprochement, de recherche de proximité (synonyme d'intrusion) mais aussi d'éloignement, de rejet (qui réactive les angoisses de perte et d'abandon).

Au-delà de la personnalité borderline, il existe donc une organisation particulière de *la relation à l'autre*. C'est dans ce sens que la *théorie de l'attachement* apporte un éclairage intéressant et riche, complémentaire de l'approche purement descriptive des classifications nosographiques actuelles. On peut constater que Melle P. n'est pas parvenue à développer de stratégie d'attachement cohérente, ce qui a conduit à un attachement *désorganisé*, où la figure d'attachement (les soignants), censée lui apporter sécurité, maternage, soins et attention, représentait aussi une source d'intrusion, une menace potentielle, empêchant tout rapprochement prolongé. (BRETHERTON, 1985). La relation précoce de séduction incestuelle entre Melle P. et son père pourrait très probablement, du moins en partie, être en cause. De plus, sa mère, probablement témoin, et donc en quelque sorte complice de la situation, n'a pas été une figure suffisamment protectrice pour sa fille. On peut faire l'hypothèse que ses figures d'attachement, censées représenter dans son enfance une base de sécurité, étaient également une source d'alarme et de peur. Enfant, elle a dû se retrouver face à un paradoxe insoluble lorsqu'elle ressentait le besoin d'être rassurée. Ses stratégies en tant qu'enfant ont été mises en échec : elle ne pouvait ni s'approcher du parent ni s'en détacher, modalité relationnelle qu'elle a reproduit ultérieurement avec tous les intervenants. Elle dira d'ailleurs « l'amour est pour moi synonyme de viol ». Melle P. ne se percevait pas comme étant digne d'être aimée et ne percevait pas les autres comme étant fiables et dignes de confiance. Ainsi Gunderson a remarqué l'analogie entre la description des patterns d'attachement ambivalent/préoccupé chez l'enfant et la symptomatologie borderline chez l'adulte. Le fait de vérifier la proximité, d'envoyer des signaux de recherche de contact et d'attention, de rechercher l'aide et de ne pas s'en servir, de s'accrocher à l'autre et de craindre de s'attacher à l'autre est commun entre ces patterns et les patients borderline. Gunderson décrit l'intolérance à la solitude et la terreur d'être abandonné comme un critère essentiel, nécessaire mais non suffisant, de la symptomatologie borderline. (GUNDERSON, 1996)

Si l'on adopte une *lecture psychanalytique* de l'histoire clinique de Melle P., en référence au cadre théorique des « états-limites » de *J. Bergeret*, on peut dire qu'elle n'arrivait pas se défaire de l'abandon, qu'elle ne pouvait pas vivre la séparation comme un deuil à élaborer. Dans ce cas, le but du travail psychothérapeutique serait de lui permettre d'accéder à un sentiment de tristesse qui témoignerait de sa possibilité à vivre une position dépressive. Ainsi, l'objet qui survit serait alors suffisamment présent et formé pour que soit acceptée et supporter la perte. Au terme de ce travail « de séparation » ou « de deuil », on s'attendrait à percevoir un apaisement de l'angoisse au prix d'une position plus dépressive avec un sentiment de tristesse caractérisé. Le but du soin est une forme de restauration de la continuité narcissique mais aussi de travailler cette séparation de l'imgo maternel archaïque toute puissante. La situation thérapeutique initiale est celle où se mélangent les identités de l'un et de l'autre, où se répète le lien narcissique incestueux. Cela impose un travail de prise de conscience de ce qui se passe dans ces situations, et cela n'est possible qu'en ayant à l'esprit l'existence des autres référents et du cadre, soit en introduisant un tiers. C'est la référence au cadre qui permet l'introduction du tiers. C'est la perte, la séparation que l'équipe cherchait à travailler avec elle, après avoir vécu le partage, l'intense. Mais, ses réhospitalisations incessantes, ses multiples passages à l'acte rendaient très difficile, voire impossible, ce travail de séparation.

Vers la fin de son parcours, Melle P. paraissait inatteignable dans sa toute-puissance, qui semblait mettre autant à mal l'équipe qu'elle-même, mais dont elle n'arrivait pas à se défaire. Cette recherche de maîtrise, voire d'emprise, sur l'équipe était d'autant plus forte que Melle P. se sentait menacée d'être lâchée, abandonnée par l'équipe soignante auquel elle s'est liée transférentiellement. L'indisponibilité psychique des soignants avait pour effet une résurgence des angoisses massives d'abandon chez Melle P., qui punissait alors l'équipe pour ce qu'elle vivait comme un abandon, une trahison. Le départ du chef de service, le Dr T., en est un exemple, la fin des consultations avec le Pr V. en est un autre. Melle P. se défendait de ses angoisses par la domination et l'emprise sadique qu'elle exerçait sur les soignants. Ses actes étaient certes agressifs, violents, impulsifs, délictueux, mais étaient aussi une adresse à l'équipe, une tentative de communiquer ce qu'elle ne pouvait élaborer et verbaliser. Elle restait en lien avec l'équipe à travers ses conduites de transgression et de manipulation : ce lien, bien qu'empreint de sadisme et d'adhésivité, existait et la faisait tenir. Les soignants avaient le sentiment d'être collés à Melle P., sans pouvoir s'en détacher, et cela venait

renforcer leurs propres défenses agressives. Comme une personne qui se noie et qui, trop angoissée, s'appuie, s'accroche sur la personne qui vient l'aider comme sur une bouée et la noie. Les contre-attitudes négatives suscitées chez les soignants n'étaient que le reflet des réactions éprouvées à son égard dans le passé. Par ses attitudes, elle visait à ne pas laisser se développer une relation de sympathie avec l'autre, au risque potentiellement néfaste. D'emblée, c'est à travers la répulsion, la mise à distance qu'elle instaurait la relation. (STURNI, 1996) Dans ce jeu d'emprise, l'autre n'existe que pour être détruit. Il doit y être réduit à l'état inorganique de fétiche, mais il doit aussi s'y opposer farouchement et manifester une sorte de rage de vivre (STURNI, 1996). L'emprise est ainsi la seule possibilité pour elle de rester à la surface, de ne pas être confrontée aux fantasmes d'intrusion et d'abandon que la présence des soignants suscitait chez elle. Le service dont elle dépendait était alors devenu indispensable : il s'agissait d'une nécessité vitale d'emprise sur le service. Si l'équipe n'acceptait plus de jouer à son « jeu pervers » en étant son objet, elle rompait le lien, « sortait du jeu » en se tuant, pour leur faire payer le prix de leur « trahison », de celui de leur « abandon ». C'est la façon dont s'est terminée son histoire. C'est peu de temps après que le service ait levé l'HO que Melle P. s'est suicidée. Le service ne pouvait plus être son objet de jouissance perverse, elle n'avait donc plus de raison de vivre.

On peut être amené à se demander si Melle P. ne trouvait pas une forme de satisfaction pulsionnelle, de plaisir pervers, dans ces joutes et ces mises en échec du corps médical (tout comme dans la répétition de ses passages à l'acte auto-agressifs d'ailleurs) ou si c'était uniquement un exercice de survie.

Selon le concept de Winnicott, décrit dans « Jeu et réalité » (WINNICOTT, 1975), la violence s'exprime justement avec force parce qu'elle cherche à maintenir le narcissisme (« survivre »). Elle repose sur un fantasme fondamentalement narcissique primaire, qui pose la question « lui ou moi ». Il s'agit pour Bergeret (BERGERET, 1974) d'un instinct de survie proche de la pulsion d'autoconservation. Après une phase initiale de fusion (« s'engager ») et alors que commence à se créer un écart entre le sujet et l'objet (« se séparer »), le sujet ressent une menace vitale à l'égard de l'objet tout à fait imprécis. Parce que cet écart est menaçant, il cherche à le détruire pour le garder en lui. Il le détruit fantasmatiquement, non réellement, ce qui va lui permettre d'accéder à l'étape ultérieure, celle de l'objet qui survit à sa destruction par le sujet. La mère, le thérapeute, doit rester intact et surtout ne pas exercer de représailles à son égard. L'environnement soignant devrait être capable de tolérer les projections, les peurs

et les angoisses du sujet, et ce, grâce à cette identification possible avec le sujet en souffrance. L'environnement permet au sujet d'aborder la transition entre « fusion » et « être séparé ». La survie de l'objet ne peut se réaliser que si l'objet, qui se fait le réceptacle de la violence, n'est pas effectivement détruit par cette violence et s'il n'exerce pas de représailles à l'égard du sujet, tout en acceptant de se reconnaître atteint par sa destructivité. Les soignants doivent pouvoir survivre à ces attaques. Mais jusqu'où devraient-ils être capables de tolérer les projections ? A quel prix ? Comment ne pas exercer de vengeance, ne pas répondre aux attaques et survivre aux projections à l'œuvre ? Cela vient interroger nos possibilités de recours à nos fonctions surmoiques, délivrant à la personne soignée un message de non-agression.

Dans la prise en charge de Melle P., les soignants ont rapidement été pris dans une dynamique de type « action – réaction ». Ses comportements entraînaient un état de sidération des processus de pensée et des capacités d'élaboration, empêchant les soignants de se décaler des situations. Ils ont ainsi vite eu le sentiment d'être acculés, de n'avoir d'autre choix que de répondre à des demandes dans l'urgence, par crainte de passages à l'acte impulsifs. L'urgence semblait guider les rapports dans une logique de tout ou rien, tant et si bien qu'il n'existait plus d'espace pour la pensée et l'élaboration psychique. La dynamique relationnelle était prise dans le cercle vicieux des passages à l'acte, qui prenaient toute la place. Les réponses apportées étaient vite stéréotypées et stériles, ne faisant que répéter le mécanisme pathogène. Aux passages à l'acte de Melle P. répondaient les passages à l'acte des soignants, amenant une escalade symétrique avec mimétisme réciproque et majoration des rapports de force, voire apparition d'une rivalité aux effets anti-thérapeutiques.

La situation de Melle P. a généré des tensions importantes au sein de l'équipe soignante : chacun vivant avec impuissance la relation qu'il avait tenté d'établir avec elle. Après plusieurs années, la chronicisation de son mode de fonctionnement laissait peu d'espoir aux équipes. La situation mobilisait chez les soignants une palette d'émotions successives contradictoires, allant de l'agacement, du rejet, de la compassion et du désarroi au découragement, à l'impuissance, l'épuisement et l'indifférence. Ils étaient souvent désarçonnés, se demandant à quoi ils servaient et s'il leur était possible de faire quelque chose et d'être réellement aidant. Certains soignants étaient régulièrement amenés à se demander s'ils étaient réellement compétents dans ce cadre et s'il n'existait pas des structures plus adaptées pour la prendre en charge. « Qu'est-ce qu'on va faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ?

On ne peut plus rien pour elle, on est pas là pour se faire taper dessus ? On n'avance pas ; elle serait mieux ailleurs ». Les phrases se répétaient, exprimant les fantasmes de destruction et de pulsion de mort sous-jacents. L'impuissance dans laquelle se trouvait la patiente se disait dans le malaise et les sentiments d'échec et d'impuissance qu'éprouvaient les soignants. Elle jouait avec les nerfs de l'équipe soignante, qui oscillait entre l'envie de tout abandonner par désespoir et l'envie de la contraindre avec agressivité. Les attitudes et comportements de Melle P. les mettaient dans une position tantôt de persécuté, tantôt de persécuteur, voire de bourreau.

Après plusieurs années, l'interaction entre Melle P. et le service était figée, laissant peu de latitude à l'équipe soignante tombée sous son emprise. La situation s'était chronicisée, laissant peu de chance à Melle P. de se dégager d'un mode de fonctionnement psychique qui semblait enkysté depuis longtemps : la dépendance à l'institution psychiatrique, la dépendance aux passages à l'acte, la dépendance au rejet qu'elle-même avait suscité chez les soignants ... un cercle vicieux pathogène s'était ainsi créée. L'objectif thérapeutique pour ce type de patient (comme pour d'autres d'ailleurs) n'est-il pas de proposer un accompagnement afin de lui permettre, autant que faire se peut, de trouver en lui-même des ressources personnelles, des solutions propres à ses conflits et ses difficultés. A terme, le patient doit pouvoir accepter de se séparer, de s'autonomiser. Ce qu'il n'a pas réussi à faire sereinement avec sa famille d'origine, il doit pouvoir y parvenir, ou du moins l'élaborer, avec les soignants, au cours de sa prise en charge. Or, Melle P. n'a jamais pu prendre cette distance et faire ce travail de séparation. Toute élaboration psychique autour de cette dépendance à l'autre ne semblait pas possible, les passages à l'acte venant court-circuiter la pensée, tant chez la patiente que chez les soignants ; est-ce parce que les mises en actes étaient moins coûteuses psychiquement ou plus tolérables, ou parce que les réponses apportées par les équipes soignantes successives n'ont pas laissé suffisamment de place au travail psychothérapeutique ? Les réponses des soignants aux passages à l'acte n'étaient-ils finalement pas en miroir du dilemme dans lequel se trouvait la patiente : entre le rejet et la surprotection qui ne lui permettait pas de se montrer actrice de ses propres soins et de trouver des ressources personnelles. La mesure d'hospitalisation d'office en place sur plusieurs années l'a confinée à un rôle de malade, la déresponsabilisant de ses actes et empêchant un engagement personnel dans des soins. L'adoption d'une telle attitude n'a-t-elle pas privé Melle P. de la possibilité de développer des outils qui lui auraient permis de devenir plus efficace quant à l'atteinte de ses

objectifs personnels. De plus, elle n'a finalement pas été réellement confrontée à la justice puisqu'elle a échappé à sa peine, laissant son crime impuni. On est également en droit de se demander si la psychiatrie pouvait réellement apporter une aide suffisante à Melle P. et si la psychiatisation n'a pas en quelque sorte créé une dépendance institutionnelle irréversible. Le système judiciaire n'aurait-il pas permis de jouer le rôle de tiers séparateur, qui pose les limites ?

Il semble important de pouvoir s'interroger sur les attitudes à éviter avec ce type de patient difficile. Il semble que les erreurs commises soient essentiellement réalisées au début de la prise en charge. Lorsque le parcours de soins est déjà trop entamé, il est difficile de faire marche arrière. Il convient d'être précautionneux au début de la prise en charge, en évitant d'adopter des attitudes de toute-puissance, de maternage régressif et de surprotection, que le patient s'acharnera à mettre en échec. Le risque n'est-il pas que l'institution adopte une position de tout savoir pour elle et de lui apporter toutes les solutions, de manière quasi infantilisante, laissant peu de place aux ressources personnelles et à l'autonomisation. Le risque était alors de reproduire la même position de toute puissance maternelle. Le risque est alors de basculer dans l'extrême inverse qui est l'impuissance, le rejet et l'abandon, qui viendront confirmer les schémas de pensée dysfonctionnels du patient. La position thérapeutique devrait être neutre, laissant au patient la possibilité de se rendre acteur de ses soins, sans se substituer à son libre arbitre. Il faut pouvoir l'accompagner sur ce chemin, même s'il oscille entre la vie et la mort, être contenant sans s'alarmer, prendre le risque avec lui. Sinon, jamais il ne fera l'expérience de puiser dans ses propres ressources personnelles pour réguler ses émotions, pour se construire une estime de soi suffisamment solide.

Ce type de patient difficile enseigne beaucoup aux soignants amenés à les prendre en charge. Il s'agit finalement d'accepter sa propre fragilité, de reconnaître que parfois, souvent, on se trompe et accepter la violence propre au renoncement, celui de ne pas être tout puissant afin de ne pas entrer dans ces jeux symétriques et confus de toute puissance-impuissance. Cela permet d'éviter au soignant d'être pris dans les cercles vicieux de sauveur, victime ou bourreau. Le travail de cette fragilité permet de tisser des liens solides et précieux.

V. Quelle prise en charge ?

Chez les patients borderline, la prise en charge se justifie souvent à l'occasion d'un épisode dépressif caractérisé, d'un trouble addictif, d'un épisode psychotique transitoire, d'un passage à l'acte, ou encore d'un mal-être plus ou moins associé à des difficultés relationnelles. Les soins sont proposés (voire imposés dans le cas des soins sous contrainte), ou plus rarement demandés spontanément par le patient, lorsque les symptômes sont trop envahissants, engendrant une souffrance morale importante avec des conséquences sur sa vie sentimentale, professionnelle, familiale et/ou sociale.

Il y a 25 ans, le traitement de ce trouble était considéré comme pratiquement sans espoir. Même si l'amélioration clinique est lente, de nouvelles approches de thérapies intégratives ont été créées ces dernières années, qui offrent de nouvelles perspectives pour cette pathologie sévère et complexe. (MEHRAN 2006) En 2001, malgré l'absence relative de base empirique, le *Work Group on Borderline Personality Disorder* de l'APA publia l'état des connaissances actuelles et les directives (« guidelines ») concernant la prise en charge des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (APA GUIDELINES 2001). La prise en charge repose avant tout sur les psychothérapies, auxquelles les « guidelines » accordent une place primordiale en soulignant la nécessité de considérer le patient comme un « co-thérapeute », acteur de ses propres soins. Parallèlement au développement de la thérapie basée sur la mentalisation, la validation empirique de l'efficacité de la psychothérapie basée sur le transfert a confirmé la pertinence des contributions psychanalytiques à la prise en charge des patients borderline (CLARKIN 2007).

Les différentes études ont montré que les psychothérapies standardisées obtiennent des résultats supérieurs aux psychothérapies effectuées sans cadre spécifique. (LIEB 2004) Pour le trouble de la personnalité borderline, il existe à l'heure actuelle au moins six formes de psychothérapies: les interventions cognitives et comportementales, que sont la « thérapie dialectique comportementale » (TDC) (« dialectical behavior therapy ») (LINEHAN 1991 et 2006) et la « thérapie des schémas » (« schema-focused therapy ») (GIESEN BLOO 2006), la psychothérapie de soutien (« supportive psychotherapy ») (CLARKIN 2007), « l'entraînement de la prédictibilité émotionnelle et de la résolution de problèmes »

(« training for emotional predictability and problem solving ») (BLUM 2008) et les deux thérapies d'orientation psychanalytique, que sont la « thérapie basée sur la mentalisation » (TBM) (« mentalization-based therapy ») (BATEMAN FONAGY 1999, 2001, 2003, 2004, 2008 et 2009) et la « thérapie focalisée sur le transfert » (TCT) (« transference-focused therapy ») (GIESEN BLOO 2006 ; CLARKIN 2007). Il n'y a pas de donnée suffisamment solide issue de la comparaison directe entre les différentes approches qui pourrait permettre d'affirmer qu'un traitement est meilleur qu'un autre. Seules quelques études d'efficacité méthodologiquement rigoureuses ont été menées. La TDC en ambulatoire (LINEHAN 1993 et 2006) et la TBM en hôpital de jour (BATEMAN FONAGY 1999 et 2001) sont les deux seuls traitements pour lesquels des essais contrôlés randomisés ont été publiés montrant des résultats significativement supérieurs aux soins habituels. Quoiqu'il en soit, ces thérapies sont intensives et assez longues. Elles demandent également une formation spécifique. Pour toutes ces raisons, elles ne sont pas forcément faciles à mettre en place dans toutes les différentes structures de soins.

Des études sur les patients borderline en psychothérapie (Gunderson et al., 1989 ; Skodol et al., 1983) montrent que lorsqu'on leur offre des thérapies ouvertes à long terme, les deux tiers abandonnent après quelques mois. Or, l'expérience clinique suggère que la plupart des patients borderline auront besoin d'une psychothérapie sur le long terme afin de ressentir et de maintenir une amélioration durable de leur personnalité, de leurs problèmes interpersonnels et de leur fonctionnement global. Les études démontrent qu'une amélioration significative ne peut être perçue avant environ un an de psychothérapie. Aucune étude n'a comparé l'association psychothérapie-pharmacothérapie à un des traitements seuls, mais l'expérience clinique indique que de nombreux patients peuvent tirer bénéfice de l'association de ces traitements. Les recommandations suggèrent donc que l'association d'un travail psychothérapeutique et d'un traitement médicamenteux est l'approche thérapeutique optimale (APA GUIDELINES 2001). Parce que l'histoire de vie de chaque patient est unique, et du fait de la nature hétérogène et des comorbidités du trouble borderline, la stratégie thérapeutique doit être flexible, adaptée de manière individuelle aux besoins de chaque patient (APA GUIDELINES 2001).

Les guidelines de 2001 ont établi plusieurs axes importants de prise en charge psychiatrique chez ces patients. Ces axes, développés dans cette partie, ont trait au cadre thérapeutique et

plus spécifiquement au contrat de soins, aux indications d'hospitalisation, à la gestion du risque suicidaire et à la coordination des soins (APA GUIDELINES 2001).

1. Aspects généraux de la prise en charge

a. Cadre de soins

« Le cadre, je le veux ferme et souple ; en un mot, je le vis et le veux vivant » P.C. Racamier (2002)

i. Contrat de soins

Il est important d'établir un « contrat de soins » clair et explicite dès le début du traitement. Bien que ce procédé soit généralement applicable à la prise en charge de tous les patients, quelque soit le diagnostic, un tel accord préalable est particulièrement important chez les patients borderline. Le but est de considérer le patient non comme un « client passif » mais comme un « partenaire » dans l'alliance thérapeutique, partenaire dont on souhaite qu'il puisse se montrer un « co-thérapeute » dans l'adhésion à une démarche thérapeutique (CORCOS 2001).

Le contrat est parexcitant et protecteur pour le thérapeute ; il évite le « trop près » et le « trop loin ». Il ne doit être ni trop lâche, synonyme d'abandon, ni trop rigide, synonyme d'emprise et d'arbitraire, et doit pouvoir survivre à quelques transgressions. Pour ce faire, la discussion des modalités du contrat dans une négociation est fondamentale : engagement, souplesse et contenance ; explication et clarification ; confidentialité assurée ; intuition sans intrusion. (CORCOS 2001)

Le thérapeute et le patient peuvent alors s'en référer à cet accord si ultérieurement le patient ne tenait pas ses engagements. Patients et thérapeutes devraient se mettre d'accord sur les objectifs des séances (par exemple la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement) ainsi que le rôle et les moyens mis en œuvre par chacun pour atteindre ces objectifs. Les patients sont, par exemple, censés rapporter les problèmes tels que les conflits

interpersonnels, les dysfonctionnements et les évènements de vie négatifs. De plus, il est essentiel pour les patients et les thérapeutes travaillent ensemble pour établir un contrat autour

1. du moment, du lieu et de la fréquence des *séances* (ou des *entretiens* en cas d'hospitalisation)
2. d'un plan de gestion des *crises*
3. de la clarification de la *disponibilité* du thérapeute en dehors de ses heures de travail (APA GUIDELINES 2001)

ii. Quand faut-il hospitaliser ?

Dans son ouvrage de 1983 sur les états-limites, Marcelli préconisait un aménagement de la psychothérapie d'inspiration analytique lorsque la menace d'un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif se fait trop pressante ou lorsque l'angoisse massive a un effet trop désorganisateur, en envisageant une hospitalisation à temps complet ou en hôpital de jour. (MARCELLI 1983)

La plupart des patients borderline ont probablement été hospitalisés à quelques reprises. Cela ne prouve pas pour autant que l'hospitalisation soit utile dans tous les cas. L'admission à l'hôpital doit se faire dans l'intérêt du patient et non pour le confort du thérapeute. En principe, ces ressources onéreuses devraient être envisagées seulement quand une stratégie thérapeutique ne peut être appliquée que dans le cadre d'un hôpital. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline sont souvent hospitalisés soit pour des épisodes psychotiques soit pour des tentatives de suicide répétées (Hull et al., 1996). Ces gestes auto-agressifs récidivants créent une situation complexe. Une grave tentative de suicide justifie en règle générale une admission, en raison du risque physique et/ou de la nécessité d'évaluer la thymie (l'existence d'un éventuel épisode dépressif caractérisé). L'hospitalisation ne doit cependant pas être systématique lorsque ces patients font des menaces de suicide ou qu'ils s'auto-mutilent. Il n'y a pas de preuves empiriques que l'hospitalisation prévienne chez les patients borderline l'accomplissement du suicide (Paris, 1994). Pour les patients souffrant par exemple de dépression mélancolique, l'hospitalisation se justifie au plan clinique, car elle

permet d'appliquer à la maladie des méthodes spécifiques de traitement. Mais pour les patients borderline, l'hospitalisation n'est absolument pas systématique et doit être mûrement réfléchie au préalable. D'après certains auteurs, l'hospitalisation pourrait en fait renforcer les comportements suicidaires que les thérapeutes tentent d'éliminer. Linehan (LINEHAN 1993) décourage fortement ces admissions, bien qu'elle tolère un séjour de nuit. Déjà, Bergeret (BERGERET 1974) mettait en garde les psychanalystes contre le risque de mettre en place rapidement une hospitalisation durable. Pour Dawson et MacMillan (1993), qui adoptent une position plus radicale, le thérapeute ne devrait jamais hospitaliser le patient souffrant de troubles de la personnalité borderline. Selon eux, l'admission mène souvent à une escalade des passages à l'acte suicidaires en renforçant, par une attention clinique accrue, ce comportement même que le thérapeute vise à contrôler. Bien plus, en l'absence de preuve que la pleine hospitalisation prévient vraiment l'accomplissement du suicide, il semble logique de prendre un tel risque comme les thérapeutes le font souvent en ambulatoire. Un cadre est l'élément essentiel de toute méthode de traitement efficace pour ces patients. À l'hôpital ou en traitement externe, les patients borderline bénéficient d'un horaire et de paramètres clairs.

D'après les dernières guidelines de l'APA (APA GUIDELINES 2001), les indications **d'hospitalisation à temps partiel** sont :

- Un comportement dangereux et impulsif ne pouvant être géré en ambulatoire
- Une non-observance des soins ambulatoires et une détérioration de l'état clinique
- Un trouble comorbide complexe nécessitant une évaluation clinique plus intense de la réponse au traitement
- Des symptômes suffisamment sévères interférant avec le fonctionnement professionnel et familial et ne répondant pas au traitement ambulatoire

Les indications **d'hospitalisation à temps complet de courte durée** sont (APA GUIDELINES 2001):

- La constitution d'un danger imminent pour les autres
- Une perte de contrôle des pulsions suicidaires ou une tentative de suicide grave
- Des épisodes psychotiques transitoires associés à une perte du contrôle des impulsions ou à des troubles du jugement
- Des symptômes suffisamment sévères interférant avec le fonctionnement professionnel et familial et ne répondant pas au traitement ambulatoire et à l'hospitalisation à temps partiel

Les indications **d'hospitalisation à temps complet prolongée** sont (APA GUIDELINES 2001):

- Des conduites suicidaires et auto-agressives persistantes et sévères ou non-observance aux soins ambulatoires ou à l'hospitalisation à temps partiel
- Trouble comorbide de l'axe I résistant (par ex. trouble du comportement alimentaire, trouble de l'humeur) avec menace vitale potentielle
- Abus ou dépendance à une substance associé sévère et résistant aux soins ambulatoires et à l'hospitalisation à temps partiel
- Risque continu de comportement hétéro-agressif malgré une brève hospitalisation
- Des symptômes suffisamment sévères interférant avec le fonctionnement professionnel et familial et ne répondant pas au traitement ambulatoire, à l'hospitalisation à temps partiel et à une courte hospitalisation (APA GUIDELINES 2001).

iii. La gestion du risque suicidaire

Des crises, telles que des crises interpersonnelles ou des comportements auto-destructeurs, émaillent régulièrement le parcours de vie des patients borderline. Ils ont souvent des idéations suicidaires, sont susceptibles de passer à l'acte et d'avoir des comportements auto-agressifs. La gravité potentielle des passages à l'acte menace constamment la prise en charge. La surveillance de leur sécurité est donc une tâche importante. Dès le début de la prise en charge, les thérapeutes devraient donc être relativement explicites à la fois sur ce qu'ils attendent du patient au moment de la crise et sur ce que le patient peut attendre d'eux. Le psychiatre doit pouvoir à la fois aider le patient à comprendre son comportement et assurer sa sécurité, en gérant les comportements problématiques. Il est important pour le psychiatre de toujours évaluer les indicateurs d'auto-agressivité ou d'idéations suicidaires, et de reformuler la stratégie thérapeutique de manière appropriée. Un geste auto-agressif sérieux peut survenir si le danger potentiel est ignoré ou minimisé. Avant d'intervenir pour prévenir les comportements dangereux, le psychiatre devrait d'abord évaluer le danger potentiel, les motivations du patient, et jusqu'où le patient peut assurer sa propre sécurité sans une intervention extérieure. (APA GUIDELINES 2001)

Cependant, lorsque le thérapeute est envahi par l'inquiétude que son patient se suicide, ce processus peut dérailler. Les menaces suicidaires devraient être comprises comme des efforts de communication, par exemple des expressions de détresse. Cela implique que le thérapeute soit solide. Garder son sang-froid et ne pas s'alarmer face à de telles menaces sont de réels enjeux, garantissant d'obtenir des progrès. Selon Fine et Sansone (1990), certains patients borderline ont « besoin » d'être suicidaires. Quand on n'a aucun pouvoir sur sa vie, on peut au moins encore choisir sa façon de mourir. Les thérapeutes devraient être prudents avant d'enlever un mécanisme de coping qui reste utile. Pour certains patients, seul le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet de continuer à vivre.

iv. Coordination des soins et élaboration institutionnelle

La prise en charge des patients borderline requière très souvent une équipe de soins constituée de plusieurs cliniciens. Dans une telle prise en charge, une collaboration étroite entre les différents acteurs du soin et une définition claire des rôles de chacun sont deux aspects essentiels. Devraient travailler en collaboration pour un même patient le psychothérapeute, le psychiatre et l'équipe soignante institutionnelle, de l'assistante sociale aux infirmiers, en passant par les médecins somaticiens (spécialistes ou généralistes). Il est essentiel que cette coordination des soins repose sur la stratégie de gestion des crises et sur une communication régulière entre les cliniciens. Les membres de l'équipe devraient aussi se mettre d'accord sur celui qui assume la responsabilité première de la sécurité et des soins du patient. Ce soignant sert de « référent » : il propose un contrat de soin, il supervise l'investissement de la famille, il prend des décisions concernant les modalités thérapeutiques (savoir lesquelles sont utiles et lesquelles devraient être interrompues) et il aide à l'évaluation de l'efficacité des traitements et surveille la sécurité du patient (APA GUIDELINES 2001).

Une telle prise en charge a des avantages mais aussi des inconvénients. Cela peut apporter des bénéfices sur le plan thérapeutique, en permettant aux patients de contenir leur acting out (via la fuite ou l'agression) et leurs projections sur les autres. Cette collaboration, les échanges à propos des patients, auront pour but d'éviter, dans la mesure du possible, les tensions, les passages à l'acte plus ou moins conscients des thérapeutes, soit à l'égard du malade, soit entre eux-mêmes. Les échanges réguliers entre cliniciens, la mise en accord autour d'une certaine conduite thérapeutique permet de réduire le clivage qu'ils opèrent malgré le transfert (un thérapeute est idéalisé tandis qu'un autre est dévalorisé). La coopération des thérapeutes aide les patients à intégrer leurs clivages internes. La multiplicité fréquente des intervenants, leurs formations très diversifiées, leurs désirs thérapeutiques apparemment identiques (tous veulent que les malades « guérissent »), mais opposés dans leur fondement, rendent souhaitable une certaine clarification. Kernberg propose des rencontres, à condition que le patient en soit informé et qu'il ait donné son accord. Il est important que le thérapeute qui suit le patient en ambulatoire dispose du maximum d'informations sur le comportement et les interactions du patient pendant son hospitalisation, afin de pouvoir les intégrer à la thérapie et de réduire autant que faire se peut la tendance au clivage (MARCELLI 1983).

D'autre part, le travail du cadre institutionnel est indispensable aux soins de personnes souffrant de personnalité borderline accueillies en institution. C'est justement ce cadre-même qui est mis à mal par ces patients. Le risque est de voir les équipes institutionnelles s'épuiser et développer des contre-attitudes thérapeutiques, ne leur permettant pas de remplir la mission de soin à réaliser. Des espaces communs d'élaboration sont indispensables à la mise en sens, et représentent un outil thérapeutique indispensable, faisant partie intégrante de la prise en charge globale. L'élaboration collective du contre-transfert institutionnel au cours de réunions instaurées à un rythme régulier ou se trouvent rassemblés les éléments projectifs du sujet liés au mécanisme d'identification projective pathologique. Le travail de ces éléments permettra la constitution d'une fonction alpha institutionnelle, qui transformera les éléments bêta projetés pour les rendre assimilables sous la forme d'éléments alpha (Bion 1967). Cela permet d'échapper à la situation de répétition du transfert, d'éviter ou de réduire le clivage et permet aux soignants d'échanger sur leurs expériences émotionnelles et leurs contre-attitudes, les rendant alors plus disponibles pour aider le sujet malade. Ces moments d'échange s'imposent si l'on désire maintenir le cap du projet thérapeutique en lien avec la compréhension des problématiques psychopathologiques. Ce travail d'élaboration en équipe est important pour tous les patients mais est particulièrement nécessaire pour les patients souffrant d'un trouble borderline.

v. Les limites

Marcelli (MARCELLI 1983) évoquait, dans son ouvrage de 1983, la nécessité d'une « grande souplesse dans l'abord thérapeutique, étant entendu que souplesse ne signifie ni laxisme ni renoncement. » « Il ne s'agit pas ici de laisser le patient faire n'importe quoi, de se contenter de le suivre ou de renoncer intérieurement à tout espoir d'un « vrai » traitement ».

L'un des aspects essentiels de la prise en charge des patients borderline réside dans le maintien des limites thérapeutiques. Les thérapeutes varient considérablement dans leur tolérance des comportements du patient (par exemple, les appels téléphoniques, les silences) et dans leurs attentes par rapport au patient (par exemple, l'engagement dans les soins, le travail entre les sessions). Il est important de se montrer explicite sur ces questions et d'établir des limites autour des relations et tâches thérapeutiques. Il est aussi important d'être cohérent

avec les limites contractualisées. Bien que les patients puissent accepter ces limites, certains tenteront de ne pas les respecter (par exemple, en demandant plus de contacts entre les séances ou en cherchant à établir une relation personnelle et non professionnelle). Il en va de la responsabilité du thérapeute de surveiller et maintenir les limites thérapeutiques. Afin de faire face aux problèmes liés à la question des limites, les thérapeutes devraient se montrer attentifs à leur apparition. Les thérapeutes devraient ensuite prendre le temps de chercher le sens de ces conduites de transgression : proviennent-elles de leur propre comportement ou de celui du patient ? Si le patient continue de tester le cadre de soins contractualisé, il faut poser une limite. Quand le thérapeute fait des exceptions et agit différemment de ses habitudes, il est important qu'il comprenne ses motivations. Cela signale souvent le besoin d'une supervision, compte tenu des conduites et attitudes transférentielles-contre-transférentielles spécifiques fréquentes avec ce type de patient. Si un patient a été négligé ou abusé dans son enfance, il peut désirer que le thérapeute vienne combler ce manque affectif non comblé par ses propres parents. Parallèlement, le thérapeute peut avoir des fantasmes de sauver le patient, ce qui peut entrer en résonance avec les désirs du patient. Cela peut entraîner dans certains cas des contacts physiques inappropriés entre le thérapeute et le patient, ce qui constitue une violation non éthique des limites et du cadre (APA GUIDELINES 2001).

b. Enjeux spécifiques de la relation thérapeutique

La prise en charge de patients borderline peut relever du « défi thérapeutique » et ce quelque soit la forme de psychothérapie employée. L'alliance thérapeutique est difficile à instaurer et à maintenir chez ce type de patient. Ces patients ont souvent tendance à arrêter le travail psychothérapeutique prématurément, à régresser au cours de la thérapie (GUNDERSON 1978) et à générer de fortes réactions contre-transférentielles chez ceux qui cherchent à les aider (ZANARINI 2009). D'autre part, la complexité de leur fonctionnement mental, leurs oscillations émotionnelles, leur impulsivité et leurs passages à l'acte suicidaires et parasuicidaires représentent des difficultés supplémentaires, en interférant avec l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. Les cliniciens de la santé mentale sont souvent dépassés, épuisés, se sentant découragés, impuissants, voire incompetents. Ils sont donc souvent réticents à prendre en charge ces patients. La thérapie peut-être interrompue par

des séries de crises qu'il faut pouvoir gérer en urgence. Dans la majorité des cas, les problèmes environnementaux, les comportements impulsifs et les conflits interpersonnels empêchent le psychothérapeute de poursuivre sa stratégie ainsi que les plannings de ses séances. Souvent, les interventions du clinicien sont mal interprétées, déformées et ressenties comme un rejet par le patient borderline (MEHRAN 2006).

i. L'alliance thérapeutique

Une bonne relation et une bonne alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient seraient les meilleurs facteurs prédictifs de l'évolution du trouble, et ce quelque soit le type de soins mis en place. Un autre concept central implique la perception qu'a le patient de l'aide qui lui est apportée et des objectifs définis conjointement avec son thérapeute. (GABBARD HOROWITZ 2009)

Les patients borderline ont des difficultés à développer et maintenir des relations de confiance. Ce problème peut être à la fois une cible des soins et un obstacle significatif au développement de l'alliance thérapeutique nécessaire aux soins. La première étape de la construction de l'alliance passe par l'établissement d'un contrat de soins avec un accord sur les rôles et responsabilités de chacun ainsi que les objectifs du traitement. L'étape ultérieure est d'encourager les patients à s'engager activement dans les soins, à la fois dans leurs tâches (par exemple, surveiller les effets du traitement ou réfléchir à leurs émotions) et dans la relation (par exemple, révéler ses propres réactions et ressentis au thérapeute). Cela peut se faire en étant attentif au fait que le patient d'une part comprenne et accepte ce que dit le psychiatre et d'autre part semble être compris et accepté par le psychiatre. Des techniques telles que la confrontation et les interprétations peuvent être appropriées sur le long terme mais après avoir établi une « alliance de travail ». Il convient d'attendre que l'alliance soit suffisamment bonne pour pouvoir réellement s'engager dans un travail psychothérapeutique. Les approches psychothérapeutiques sont souvent utiles pour développer une alliance autour du traitement médicamenteux. Réciproquement, le fait de ressentir une aide grâce au traitement médicamenteux prescrit par le psychiatre peut permettre au patient de se sentir plus en confiance face à ses interventions psychothérapeutiques.

ii. Le clivage

Le mécanisme de clivage, à savoir une difficulté à concilier des perceptions ou sentiments opposés chez soi et chez les autres, est caractéristique de la personnalité borderline. De ce fait, les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont tendance à percevoir les gens et les situations en termes de « noir ou blanc », de « tout ou rien », de « bon ou mauvais ». Sur le plan clinique, ce mécanisme peut être visible dans la manière dont ils perçoivent les autres comme étant alternativement soit idéalisés (« tout bons »), soit dévalorisés (« tout mauvais »). Quand ils rencontrent un thérapeute pour une première fois et qu'ils le perçoivent comme étant « tout mauvais » (ce qui est souvent déclenché par un sentiment de frustration), cela peut précipiter la fuite. Quand le clivage menace la poursuite des soins, les cliniciens doivent considérer le transfert et le contretransfert et envisager un changement de traitement. Cela peut se faire en proposant plus de soutien, en demandant un avis ou en suggérant des changements dans le traitement. (APA GUIDELINES 2001)

Au cours des hospitalisations, l'équipe hospitalière devrait accepter le rôle relativement ingrat d'assumer une partie du transfert négatif (passages à l'acte agressifs), de poser des limites structurantes au patient sans bénéficier des informations les plus gratifiantes, ni « tout savoir » de la relation thérapeutique avec le thérapeute en ambulatoire. Une telle position demande que soit établie une véritable confiance entre l'équipe hospitalière et le psychothérapeute, confiance qui ne soit ni une croyance aveugle dans la toute-puissance de l'un ou de l'autre, ni une méfiance réciproque. Il devrait y avoir plutôt une « alliance conflictuelle ». C'est des conflits nés de cette alliance que sortira parfois une compréhension des aménagements dynamiques de ce patient, après que les conflits aient pu être surmontés et élaborés. Ainsi, le patient borderline prendra conscience peut-être qu'un échange non destructeur peut advenir, que le progrès ne vient pas d'un renvoi dos à dos des adversaires, en un mot que le clivage, la coupure, la délimitation systématique peuvent être surmontés (MARCELLI 1983).

iii. Les contre-attitudes

Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité recrée leur mode relationnel caractéristique dans leur relation avec le thérapeute et lui imposent une certaine façon de penser, de ressentir et de réagir. Le fait que le thérapeute utilise systématiquement cette information pour le diagnostic peut être un problème dans le sens où son contre-transfert provient des ressentis induits par le patient mais aussi de ses propres conflits et expériences passées. Un des dilemmes posés par le fait d'envisager l'utilisation de ses propres réponses contre-transférentielles comme une aide au diagnostic des troubles de la personnalité est que certaines formes de contre-transfert sont inconscientes. Ainsi, de nombreuses contre-attitudes sont générées chez les soignants prenant en charge les patients borderline. Des sentiments d'agacement, d'hostilité, voire d'indifférence et de rejet, mais aussi de l'épuisement, des sentiments de désarroi, de découragement et d'impuissance à les prendre en charge. Les contre-attitudes peuvent être négatives mais aussi positives : ces patients peuvent par moments susciter des mouvements de profonde compassion. Souvent les thérapeutes prennent conscience de ce que leur fait ressentir un patient grâce à des actes manqués tels que le fait de démarrer la consultation tardivement, d'avoir envie de dormir en séance ou de faire des commentaires sarcastiques en guise de confrontation. Maltzberger et Buie (1973) avaient suggéré que les thérapeutes pouvaient se sentir envahis par ces problèmes au point d'en venir à souhaiter le suicide de leurs patients. Ainsi, le contre-transfert serait une découverte basée sur une auto-observation attentive et, selon Gabbard, il devrait tenir une place importante dans la compréhension et la prise en charge des patients psychiatriques. Selon lui, l'obstacle est que les étudiants ou jeunes psychiatres en formation ne sont plus forcément encouragés à avoir une expérience psychothérapeutique personnelle pour faire le point sur leurs propres conflits. La psychiatrie s'est longtemps distinguée des autres spécialités médicales en utilisant l'attention portée aux ressentis du clinicien comme un outil diagnostique et thérapeutique majeur dans son arsenal thérapeutique. Pour traiter efficacement les patients présentant un trouble de la personnalité, cet outil ne doit pas disparaître du fait de sa moindre utilisation (GABBARD 2005(5)).

iv. Régression fonctionnelle

Les patients borderline régressent parfois en début de prise en charge, quand ils commencent à s'engager dans un processus de soins : leur état s'aggrave avant de s'améliorer. Ces phénomènes de régression peuvent être par exemple le fait d'arrêter son activité professionnelle, d'augmenter ses conduites suicidaires, de débiter ou d'aggraver un trouble alimentaire de type boulimique ou de présenter un comportement immature. Cela survient quand les patients pensent qu'ils n'ont plus besoin d'être responsables d'eux-mêmes et de leurs propres soins et qu'ils pensent que leurs besoins peuvent alors être entièrement comblés par ceux qui les soignent. Les thérapeutes devraient donc se montrer vigilants. Quand le déclin fonctionnel persiste, cela peut signifier qu'un changement de stratégie thérapeutique s'avère nécessaire (aide sur le plan professionnel, approche familiale, pose des limites). De tels déclin fonctionnels peuvent aussi survenir quand les patients borderline reçoivent un soutien moins important sur le plan qualitatif et quantitatif. Dans ce cas, il peut être nécessaire de mettre en place, du moins temporairement, des soins plus étayants et plus cadrants. Ce type de régression peut aussi survenir quand les patients perçoivent des tendances sympathiques, maternantes et protectrices chez les soignants qui les prennent en charge. Si tel est le cas, les thérapeutes devraient leur préciser que leur fonction n'est pas d'adopter un rôle de « parent » (APA GUIDELINES 2001).

2. Les approches thérapeutiques spécifiques

a. Psychothérapies

D'après LeDoux (OLDHAM 2009), le but de la psychothérapie serait d'éduquer le cortex à contrôler l'amygdale. Or, les deux régions cérébrales responsables de ce travail seraient perturbées chez les patients borderline. Un travail psychothérapeutique efficace demande pourtant du temps, de l'investissement et de la persévérance. Un des gros obstacles est de faire en sorte que le patient accepte de s'engager dans ce travail tout en maintenant une collaboration afin que cela aboutisse à un changement durable (OLDHAM 2009). Une étude

pilote finlandaise (Viinamaki 1998) utilisant de l'imagerie PET scan suggérait que la psychothérapie pourrait altérer le métabolisme sérotoninergique chez les patients borderline. Kandel (Kandel 1998) a souligné le fait que la psychothérapie devait être considérée comme un traitement « biologique » puisqu'elle entraînerait des changements anatomiques à un niveau cellulaire. Le point essentiel est d'aider le patient à élaborer ; ce processus d'élaboration est d'ailleurs à la base de la thérapie développée par Bateman et Fonagy (BATEMAN 2008). Mais comme eux et d'autres l'ont souligné, la mentalisation est l'un des cadres fondamentaux qui sert de dénominateur commun aux thérapies de divers courants. C'est une manière de se voir de l'extérieur et de voir les autres de l'intérieur, une capacité qui, lorsqu'elle est apprise par les patients borderline, facilite grandement le travail psychothérapeutique (OLDHAM 2009).

i. Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Les approches psychothérapeutiques d'orientation psychanalytique sont celles qui ont l'histoire la plus ancienne. La technique la plus utilisée en psychanalyse classique est *l'association libre*. Cependant, celle-ci peut s'avérer très dangereuse quand elle est utilisée chez les patients borderline. Par leur défaut d'organisation apparent, les patients vont avoir beaucoup de difficultés à gérer les pensées et les émotions extrêmement violentes et douloureuses qui vont émerger lors de l'association libre. Au cours du traitement analytique, ces patients imposent au thérapeute un vécu pulsionnel et des expériences très archaïques mobilisant en lui les noyaux les plus profonds de sa personnalité.

Par ailleurs, le risque évolutif maximum de ces thérapies d'inspiration analytique est précisément le développement d'une *psychose de transfert* où l'identification projective est portée à son comble. La nature du transfert des patients limites et celles des patients psychotiques présentent effectivement quelques similitudes : dans les deux cas, on observe une perte de l'épreuve de réalité et l'activation des relations d'objets les plus primitives. En revanche, dans le cas des états-limites, contrairement aux psychoses, cette perte de l'épreuve de réalité reste limitée à la relation au thérapeute et les expériences fusionnelles entre patient et thérapeute n'atteignent jamais la même réalité. « Les patients limites, même au cours d'une psychose de transfert, ressentent une sorte de frontière entre eux-mêmes et le thérapeute, c'est

comme si le patient gardait le sentiment d'être différent du thérapeute à tous moments, mais qu'en même temps lui et le thérapeute aient des aspects interchangeables dans leur personnalité » (MARCELLI 1983).

De plus, il a été constaté l'apparition, dans le transfert, d'un *état de régression* inhabituel. Par conséquent, la psychanalyse classique ne peut être recommandée pour le traitement de ces patients. Les psychanalystes ont d'ailleurs souvent eu tendance à qualifier les patients borderline de « non analysables ». Au fil du temps, des modifications de la procédure analytique ont de ce fait été nécessaires pour améliorer son usage dans le traitement du trouble borderline. C'est ainsi que, depuis l'époque de Freud, d'autres thérapies d'orientation analytique ont été développées : Jung et Adler ont notamment essayé de proposer un cadre bien déterminé aux patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. D'autre part, O. Kernberg, une des principales figures de la psychothérapie psychodynamique, modifia lui aussi la technique de Freud. Il proposa des modifications dans la méthode analytique, des « aménagements de technique », amenant la thérapie à ressembler à une « psychothérapie d'inspiration psychanalytique » plutôt qu'à une « cure analytique classique » (MARCELLI 1983). Plusieurs paramètres diffèrent de la cure analytique classique : les patients sont assis plutôt qu'allongés ; le thérapeute intervient plus facilement plutôt que de laisser le patient dans un long silence, les techniques de clarification et d'interprétation sont centrées sur « l'ici et le maintenant » plutôt que sur l'enfance précoce, des interventions sont plus rapidement mises en place face à des comportements et des symptômes dangereux (par exemple, l'indication d'une hospitalisation lorsque la menace d'une fusion régressive devient prépondérante) et enfin une prise de position plus active.

Les deux thérapies d'inspiration analytique, celle « centrée sur le transfert » (TCT) et celle « basée sur la mentalisation » (TBM), améliorent le processus de mentalisation. (MEHRAN 2006) et permettent au patient d'accroître ses capacités d'auto-observation pour réévaluer ses idées erronées. Elles apportent un cadre conceptuel qui permet aux patients borderline d'organiser leur chaos interne et d'y mettre du sens. Cependant, leur approche du travail sur le transfert est différent (GUNDERSON 2009).

Le concept de transfert a été initialement décrit par Freud comme étant la reconstruction du passé réprimé du patient sur la relation avec le thérapeute. Parallèlement, le transfert est aussi influencé par le comportement du thérapeute. L'essence même du transfert est que les facteurs

intrapyschiques (la représentation de personnes du passé et les émotions qui leur sont associées) déterminent la perception qu'a le patient des gens et des situations et l'interprétation qu'il fait de ses propres expériences, aboutissant ainsi à des réponses rigides et stéréotypées. Une focalisation sur le transfert permet au patient (et au thérapeute) de prendre conscience de la distinction entre réalité et fantasme dans la rencontre thérapeutique. Une « *interprétation du transfert* » est définie comme étant une interprétation explicite de la relation actuelle du patient avec le thérapeute et a pour objectif de permettre au patient de prendre conscience de quelque chose qui était jusqu'à présent inconscient, voire plus spécifiquement, que les qualités que le patient attribue au thérapeute sont liées aux personnes de son passé. Ainsi, le patient prend conscience des schémas opérant habituellement en dehors de son champ de conscience.

Il est généralement admis que l'interprétation du transfert est un des outils thérapeutiques essentiels de la psychothérapie psychanalytique. Cependant, l'utilisation technique des interprétations du transfert versus d'autres interprétations a été largement débattue tout au long du siècle dernier. Est-ce que l'interprétation du transfert doit être centrale dans le travail du psychothérapeute prenant en charge des patients borderline ? Cette question soulève des controverses fondamentales concernant l'action thérapeutique d'une psychothérapie dynamique. Malgré cela, la recherche demeure très limitée et peu concluante. Seule une sur huit études naturalistes a rapporté une corrélation positive entre les interprétations du transfert et l'évolution. L'étude de Hoglend et al. est la première recherche expérimentale conçue pour mesurer les effets d'un niveau modéré d'interprétation du transfert dans une psychothérapie dynamique brève. Cette étude conclue que les interprétations de transfert sont particulièrement importantes pour les patients ayant des problèmes relationnels chroniques. Plus spécifiquement, les patients qui en profitent le plus sont ceux qui en ont le plus besoin, à savoir ceux dont la relation d'objet est la plus fragile (HOGLEND 2006).

Certains peuvent bénéficier de l'interprétation du transfert, tandis que d'autres peuvent être tellement déstabilisés qu'ils ne peuvent pas tirer profit des interprétations du thérapeute. D'après l'américain Gabbard (GABBARD HOROWITZ 2009), l'interprétation du transfert serait une intervention aussi risquée que bénéfique pour les patients borderline. Le moment et le choix des mots sont des éléments importants pour déterminer si une intervention sur le transfert va être bénéfique ou va au contraire déstabiliser le processus de traitement de l'information, laissant persister le vécu émotionnel brut et source de confusion. Un travail de

recherche (DONEGAN 2003) démontre que les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, comparés aux sujets contrôles, attribuent des qualités négatives à des visages neutres, qu'ils peuvent juger menaçant ou nuisible. Cependant, le fait d'interpréter ou non la réaction émotionnelle du patient à travers le transfert représente un dilemme important pour le thérapeute. Bien qu'étant utile dans l'« ici et maintenant », une interprétation du transfert peut aussi être vécue comme une forme de critique et entraîner plus de colère que voulue. Au cours d'une thérapie de durée brève, les interprétations du transfert peuvent être trop anxiogènes. Une interprétation sur le transfert peut venir déstabiliser le patient si elle est réalisée sauvagement au début de la prise en charge ou si le patient est trop fragile : les effets peuvent alors être contre-thérapeutiques. C'est donc avec beaucoup de prudence qu'elles sont employées, après s'être assuré qu'elles étaient portées par un contenant transférentiel suffisamment solide. Après que le thérapeute ait accepté pendant tout un temps d'être le support des identifications projectives et qu'il y ait « survécu », le sujet commence à reconnaître la différence entre les imagos parentaux projetés et le thérapeute. Le thérapeute peut alors progressivement se désidentifier de ces images et se dégager de ce transfert imposé où se répète traumatiquement la carence. La possibilité de faire des liens augmente donc au fur et à mesure que le transfert se renforce.

L'alternative aux interprétations de transfert est d'interpréter les conflits et les schémas interpersonnels dans les relations actuels ou dans les souvenirs de relations passées, sans faire référence à l'interaction patient-thérapeute actuelle (« *interprétation en dehors du transfert* »).

Tandis que l'interprétation du transfert était auparavant considérée comme le facteur thérapeutique central dans la thérapie analytique, il y a aujourd'hui une acceptation générale qu'il existe divers modes d'action thérapeutique et que la relation thérapeutique pourrait être aussi importante, si ce n'est plus, que l'interprétation du transfert. D'un autre côté, une interprétation efficace du transfert pourrait être cruciale pour renforcer l'alliance thérapeutique. Les auteurs G. O. Gabbard et M. J. Horowitz suggèrent qu'il existe une fausse dichotomie entre d'une part une focalisation exclusive sur l'interprétation du transfert comme mode d'action thérapeutique et d'autre part un évitement de cette interprétation de transfert perçue comme une menace à la relation thérapeutique. La juxtaposition d'une alliance thérapeutique avec des positions transférentielles inévitables qui aident à clarifier les idées et ressentis problématiques permet au patient et à son thérapeute de négocier ensemble des

moyens de les contrecarrer avec des stratégies alternatives plus adaptées (GABBARD HORROWITZ 2009).

- **Thérapie centrée sur le transfert**

Cette thérapie (TCT), qui se focalise spécifiquement sur *l'interprétation du transfert*, oriente les explications autour du transfert entre le patient et le thérapeute. Son but est de modifier les représentations de soi et des autres telles qu'elles sont rejouées dans le transfert dans l'ici et maintenant. Elle permet d'accroître le fonctionnement réflexif et de permettre aux patients de passer d'un mode d'attachement insécuré à un mode sécurisé (CLARKIN 2007). Dans cette thérapie, la colère non élaborée est perçue comme étant un élément central de la psychopathologie des patients borderline. Ainsi, l'interprétation du transfert est conçue pour aider le patient à élaborer sa colère ainsi que les objets et les représentations de soi qui lui sont associés (GABBARD HORROWITZ 2009).

Le fondement de la TCT repose sur la *théorie de la relation d'objet* élaborée par Kernberg au milieu des années 1960. Les patients ayant un trouble de la personnalité borderline, bien que capables de différencier leur self de celui des autres (contrairement aux patients psychotiques), ne peuvent pas former une image mentale intégrative de leur self, à la fois dans ses bons et ses mauvais aspects, en prenant en compte aussi la place des autres. Kernberg pose le « clivage » comme le mécanisme de défense primaire principal. Il postule qu'une agressivité excessive précoce entraîne chez le jeune enfant un clivage des images positives et négatives qu'il a de lui-même et de sa mère (KERNBERG 1975). Ce mécanisme interfère avec sa capacité à parvenir à des représentations mentales réalistes de soi et des autres : l'enfant est incapable de faire fusionner ces images positives et négatives et les émotions associées pour se construire une vision plus réaliste et ambivalente de lui-même et des autres. Les cliniciens voient ce mécanisme activé, face aux patients qui rapportent leur relation avec les autres comme idéalisée ou dénigrée. Les sentiments non désirés ou inacceptables peuvent être réprimés (inconscients), désavoués (conscients mais non admis) ou projetés sur quelqu'un comme, par exemple, le thérapeute. La thérapie centrée sur le transfert a pour but de défaire ce clivage des affects afin que le patient ait une vision intégrative de lui-même et des autres. Tous ces extrêmes et toutes ces variations se manifestent rapidement dans la situation de

transfert, lorsque le patient oscille entre idéalisation et mépris, amour et haine, dépendance et rejet, vis à vis du thérapeute. La plupart des patients « actualise le transfert », plutôt que de le comprendre, c'est à dire qu'ils essaient de convertir la relation professionnelle patient-thérapeute en une relation amicale, amoureuse ou antagoniste. La thérapie centrée sur le transfert consiste à aider les patients à passer d'une tendance rapide à l'action (le « passage à l'acte ») à une expression des sentiments tumultueux qui le conduisant à avoir cette action inappropriée : elle cherche à verbaliser les expressions non verbales et contre-transférentielles. Parmi ces actions inappropriées ou « passages à l'acte », on retrouve les auto-mutilations, les tentatives de suicides, les prises de risque sur le plan sexuel, l'abus d'alcool et de drogues, l'anorexie et la boulimie. Ces passages à l'acte peuvent se manifester aussi en séance : le patient ne quitte pas la pièce en fin de séance, n'honore pas ses rendez-vous, sans prévenir, se comporte de façon séductrice ou arrête la thérapie prématurément.

D'après Kernberg, l'interprétation a pour objectif d'étendre la clarification et la confrontation. Il a instauré une discipline ferme et une réduction d'interventions dans l'interprétation, et a proposé les modifications suivantes (1997) :

- L'élaboration systématique du transfert négatif et latent
- La confrontation du patient à ses opérations défensives pathologiques qui le caractérisent et l'interprétation de celles-ci lorsqu'elles émergent dans le transfert négatif
- Une structuration précise de la thérapie avec des mesures aussi actives que nécessaires pour bloquer l'acting-out du transfert à l'intérieur de la thérapie elle-même
- L'utilisation de structures telles qu'un hôpital, un hôpital de jour, un foyer de nuit si les acting-out en dehors des séances menacent d'aboutir à une situation durable et stable de satisfactions pulsionnelles pathologiques.
- Une concentration de façon sélective sur tous les domaines qui, dans le transfert ou la vie du patient, sont l'illustration d'opérations défensives pathologiques lorsqu'elles provoquent un affaiblissement du moi et entraînent une diminution de l'épreuve de réalité

- L'utilisation des manifestations transférentielles positives pour le maintien de l'alliance thérapeutique et une confrontation partielle seulement du patient à ses défenses qui protègent le transfert positif
- L'encouragement des expressions plus appropriées dans la réalité des conflits sexuels (MEHRAN 2006)

Idéalement, le suivi est de 2 à 3 séances par semaine. Le travail thérapeutique en TCT débute par la réalisation d'un contrat avec le patient. Le thérapeute établit une hiérarchie des problèmes par ordre de priorité. L'objectif premier est de réduire la symptomatologie et les comportements auto-destructeurs. En l'absence de telles menaces suicidaires, le deuxième point important est de prévenir ce qui menace la continuité du traitement. Ensuite viennent la violation du contrat telle que la non observance d'un traitement médicamenteux, les comportements symptomatiques durant les séances, tel que le refus de partir alors que la séance est terminée ou le fait d'arriver en retard ; puis le comportement entre les séances et la banalisation des séances en ne parlant que de choses anodines. Les clarifications, les confrontations et les interprétations du transfert sont les techniques principales de cette psychothérapie bi-hebdomadaire.

Dans l'étude de Levy et al., il a été montré que la TCT était associée à une amélioration dans deux domaines importants d'un point de vue psychodynamique : un attachement plus sûr et une meilleure capacité réflexive (LEVY 2006 ; ZANARINI 2009).

Gabbard est favorable aux interprétations du transfert mais prône une utilisation judicieuse de celles-ci. Selon Gabbard et Horowitz, plusieurs interventions efficaces en thérapies psychodynamiques chez les patients borderline ont en commun leur objectif final, qui est celui de changer les attitudes intrapsychiques centrales sur soi et des autres afin de modifier les schémas inadaptés de relations interpersonnelles. Ces techniques comprennent les interprétations du transfert, la clarification, la construction d'une alliance thérapeutique et l'encouragement de la mentalisation. Toutes ces manœuvres impliquent la clarification de croyances dysfonctionnelles spécifiques et le renforcement de conceptions alternatives de soi et des autres. Le chemin commence avec la construction de capacités d'observation et de réflexion et le renforcement d'une alliance thérapeutique. Les interprétations de transfert peuvent permettre une observation mutuelle afin de négocier des changements d'attitude et un renforcement supplémentaire de l'alliance. Mais une prise de conscience des origines

développementales des réactions transférentielles n'est pas suffisante. Il convient également d'aider le patient à développer des nouvelles contre-attitudes et modalités relationnelles afin de lui permettre de nouvelles et de meilleures rencontres avec les autres. Dans leur article de 2009, Gabbard et Horowitz ont synthétisé, à l'aide des résultats d'études empiriques et de leur expérience clinique, les différentes étapes d'une thérapie psychodynamique, en amont et en aval des interprétations du transfert. Ces étapes successives, qui se chevauchent et ne sont pas strictement linéaires, offriraient une manière systématique d'organiser la tâche du thérapeute, qui peut souvent sembler enlisée dans des attitudes transférentielles et contre-transférentielles chaotiques.

La *première* phase permet de *clarifier un schéma de pensée inadapté*. Cette étape initiale encourage le patient à prendre conscience que sa souffrance provient de la perception particulière qu'il a des événements plutôt que d'une lecture exacte de la réalité. L'essence même du processus de mentalisation est, pour le patient, de tenter de comprendre que le psychisme d'autrui peut contenir des croyances différentes de celles dans son propre psychisme. Le thérapeute identifie l'attitude interpersonnelle récurrente du patient. Par exemple, le patient peut à un moment se percevoir comme étant une victime potentielle tout en percevant les autres comme étant mal-intentionnés, méprisants et potentiellement dangereux. Cet état peut alors basculer, sous l'effet de facteurs déclenchant, en un état de rage mal régulé qui peut détruire toute possibilité de relations interpersonnelles positives, que ce soit avec des étrangers, des proches ou avec le thérapeute. Ainsi, le thérapeute cherche plus généralement à aider le patient à réfléchir sur ses pensées et ses émotions avant d'agir. L'étape initiale comprend la mentalisation, la clarification des cognitions et la focalisation sur des opérations mentales telles que le contrôle attentionnel afin d'aider le patient à contrôler son comportement au moment du passage d'un état désabusé à un état furieux. Le thérapeute aide le patient à repérer les situations où il présente une propension à se voir traitée de manière malveillante. Une fois que le patient a repéré ce schéma, il se peut qu'il ne soit pas capable de changer ses attitudes auto-destructrices. Le thérapeute l'aide alors à identifier progressivement une modalité relationnelle sous-jacente à ces états émotionnels. Le repérage de ces situations « critiques » est essentiel car le patient peut alors, lorsqu'il rencontre une telle situation, faire appel à ses processus de raisonnement pour éviter d'entrer dans l'état de rage associé à la contre-attaque. Le patient peut aussi se familiariser avec sa tendance à se sentir blessé à cause d'interprétations liées à des situations passées. Ces interprétations ont

pour objectif de délier cette modalité relationnelle infantile de son application aux situations interpersonnelles actuelles. Encore une fois, le thérapeute clarifie et remet en question les perceptions et les réactions du patient pour lui montrer que certaines sont des jugements irrationnels. La *première phase* est un état d'analyse et de contrôle, tandis que la *seconde phase* maintient une *alliance* tout *clarifiant les fantasmes et croyances sous-jacentes* de soi et des autres qui alimentent des schémas inadaptés.

La *troisième phase* cherche à *comprendre et clarifier le sentiment irrationnel et continué d'avoir été lésé et de lier à l'histoire de vie personnelle du patient*. Cette phase comprend des interprétations du transfert qui, amenées au bon moment, sont susceptibles de favoriser le sentiment de sécurité et de cohérence du patient grâce au contexte d'alliance thérapeutique solide qui s'est forgée au cours des deux premières phases. Vient ensuite la *quatrième phase*, où seront utilisées les techniques que l'on rencontre dans presque tous les types de psychothérapies : *utiliser des cognitions rationnelles pour contrecarrer les présomptions et les fantasmes* qui ne sont que le reflet de croyances dysfonctionnelles et de schémas interpersonnels ou de schémas internes de relations d'objet. Le patient aura encore tendance à répéter ses schémas inadaptés. Au cours de la *cinquième phase*, les capacités apprises de mentalisation sont utilisées pour *encourager le changement et considérer d'autres possibilités alternatives dans l'esprit des autres* qui pourraient expliquer leur comportement. Le thérapeute souligne le fait que le patient doit se tenir prêt à l'émergence éventuelle de colère et qu'il doit maintenir un état d'alerte pour pouvoir détecter des signaux en lui et les comportements déclencheurs chez les autres. Le fait de chercher à neutraliser l'irritabilité habituelle et la mauvaise interprétation des signaux interpersonnels nécessite d'apprendre à être plus tolérant, patient et réfléchi. Plus spécifiquement, le patient devra travailler en thérapie sur sa capacité à comprendre que les autres peuvent être revêches ou irritables pour des raisons personnelles et non du fait d'une malveillance inhérente dirigée spécifiquement contre le patient. Cela peut permettre au patient de se montrer presque indifférent au comportement revêche d'une autre personne (GABBARD HOROWITZ 2009).

- **Thérapie basée sur la mentalisation**

La perspective « attachementiste » a ouvert une nouvelle approche thérapeutique. Ainsi, Bateman et Fonagy ont développé une psychothérapie d'orientation psychanalytique standardisée, centrée sur l'attachement et la mentalisation pour les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, la « *thérapie basée sur la mentalisation* » (TBM) (BATEMAN FONAGY 2004). D'après les auteurs, une capacité de mentalisation déficitaire ou réduite serait un élément central du trouble borderline (EIZIRIK). Cette difficulté à mentaliser serait, selon eux, liée à des difficultés d'attachement précoce. L'identification et la rééducation de ce déficit constitue la cible du traitement développé par Bateman et Fonagy. Cette approche standardisée a été développée pour la première fois dans un hôpital de jour du système de santé publique de Grande-Bretagne (BATEMAN FONAGY 1999).

a) **Principes généraux de la TBM**

L'objectif principal de la TBM est de développer un processus thérapeutique à travers lequel la perception du patient de son propre psychisme et de celui des autres devient la cible de cette approche (BATEMAN 2009). Le but de cette thérapie est de stabiliser l'image de soi à travers le développement de MIO stables, de former un sens de soi cohérent et de développer la capacité à former des relations sécurisées. Le patient cherche ainsi à découvrir comment il pense et ressent, comment cela dicte ses réponses et comment les erreurs d'interprétation sur soi et les autres peuvent engendrer des comportements parfois problématiques. Pour ce faire, cette approche cherche à accroître la curiosité et les compétences du patient à identifier et exprimer correctement ses propres émotions et ses propres pensées ainsi que celles des autres dans des contextes interpersonnels (EIZIRIK 2009). Cette thérapie accorde moins d'importance à l'intérêt de l'interprétation du transfert car les auteurs estiment que celle-ci, notamment dans le cas de la colère, peut déstabiliser les patients borderline. Ces auteurs pensent également que l'interprétation du transfert risque de transmettre l'idée que le thérapeute fait tout le travail de réflexion, court-circuitant ainsi les processus de mentalisation du patient. La thérapie cible plutôt les états mentaux actuels et le fonctionnement mental du

patient, l'aidant ainsi à développer une meilleure compréhension de sa propre agentivité et une meilleure capacité d'introspection (GABARD HOROWITZ 2009). Le fait de retrouver une capacité de mentalisation dans un contexte de liens d'attachement peut être considéré comme un mécanisme commun à plusieurs approches psychosociales du trouble borderline.

La prise en charge comprend trois phases (EIZIRIK 2009).

La *phase initiale* commence par une *évaluation des capacités de mentalisation*, en reprenant l'histoire du patient. Ces capacités sont évaluées à travers ses relations importantes qui requièrent le plus de mentalisation du fait du niveau élevé d'affects. L'évaluation fait le point sur les relations interpersonnelles importantes et leurs liens avec les comportements problématiques cibles. Un contrat est établi, ainsi qu'un bilan des traitements médicamenteux et un plan de gestion des crises.

La *phase intermédiaire* cherche à *renforcer l'alliance thérapeutique*. Le thérapeute se cible sur l'état mental actuel du patient, tandis qu'il donne sa propre perspective de l'état mental du patient, en le verbalisant, en l'explorant, en soulignant des perspectives alternatives. Les thérapeutes insistent sur le fait qu'on ne peut pas deviner les états mentaux des autres. La tâche est d'identifier les processus de pensée qui ont conduit à des points de vue différents. C'est une manière de réfléchir en continu sur ce qui traverse l'esprit et sur ce qui se passe avec les autres. Elle permet au patient de découvrir une manière de se percevoir ou de percevoir les autres. Le patient peut ainsi opposer ses expériences à la manière dont les autres le perçoivent. L'objectif n'est pas de permettre au patient de comprendre pourquoi sa perception du thérapeute serait déformée, mais plutôt de développer sa curiosité quant à pourquoi il choisit une certaine version des faits. Le thérapeute évalue le transfert mais encourage surtout une forme de réflexion.

La *phase finale* du traitement démarre au bout de 12 mois. L'accent est mis sur *les aspects interpersonnels et sociaux du fonctionnement* ainsi que sur les *réponses face aux séparations* (EIZIRIK 2009).

b) Etudes publiées sur la TBM

Deux variantes de la TBM ont été testées empiriquement. La première est un programme *d'hôpital de jour* auquel les patients participent cinq jours par semaine, sur une durée maximale de 18 à 24 mois. La deuxième variante est une prise en charge *ambulatoire* intensive de 18 mois qui comprend une séance individuelle de 50 minutes et une séance de groupe de 90 minutes toutes les semaines. A chaque fois, les thérapeutes en individuel et de groupe sont différents.

L'équipe de Bateman et Fonagy a conduit une étude montrant l'efficacité d'une prise en charge en *hôpital de jour* comprenant une approche psychothérapeutique de type TBM associée à un traitement médicamenteux, et ce pendant au moins 12 mois (BATEMAN FONAGY 1999). Dans cette étude, trente-huit patients borderline ont bénéficié de manière randomisée, soit d'une prise en charge en hospitalisation à temps partiel basée sur la mentalisation (n=19), soit de soins psychiatriques classiques (n=19), et ce pendant 18 mois. L'hôpital de jour comprenait une prise en charge en individuel une fois par semaine, en groupe trois fois par semaine, une séance hebdomadaire de type psychodrame et une réunion de groupe hebdomadaire. Il a été montré que les patients traités en hospitalisation partielle avec une TBM avaient des résultats significativement meilleurs en termes de diminution des conduites suicidaires et auto-mutilatoires, de jours d'hospitalisation, d'utilisation de psychotropes, de symptômes anxieux et dépressifs et du fonctionnement psychosocial. Ces résultats n'apparaissent qu'au bout de 6 à 12 mois de traitement. Ces mêmes patients ont été suivis dans deux études distinctes.

La première étude détaille les dix-huit mois consécutifs à cette première étude (BATEMAN FONAGY 2001). Pendant ces dix huit mois, la plupart des patients pris en charge initialement par la TBM étaient encore traités par une psychothérapie de groupe basée sur la mentalisation deux fois par semaine, tandis que l'autre groupe recevait toujours le traitement psychiatrique classique, qui comprenait des entretiens psychiatriques et infirmiers. Cette évaluation montre que les patients continuent de s'améliorer après la fin de la thérapie. Les patients du groupe hôpital de jour avaient significativement moins d'épisodes d'auto-mutilations et de tentatives de suicide, passaient significativement moins de temps à l'hôpital et prenaient moins de psychotropes au cours des dix huit mois de suivi. De plus, le fonctionnement psychosocial

s'améliorait significativement plus chez les patients de ce même groupe (BATEMAN FONAGY 2001). La deuxième étude a suivi ces sujets de manière prospective pendant cinq ans après la fin des deux phases de traitement (BATEMAN FONAGY 2008). Au cours de ce suivi, le groupe « hôpital de jour » avaient statistiquement de meilleurs résultats que le groupe contrôle en termes de conduites suicidaires (23% vs 74%), de recours aux soins (2 vs 3.5 ans de prise en charge ambulatoire), d'utilisation de psychotropes (0.02 vs 1.9 ans de prise de plus de trois psychotropes), de fonctionnement global côté à l'aide de la GAF (45% vs 10%) et de statut professionnel (3.2 vs 1.2 années). Bateman et Fonagy ont conclu que les patients pris en charge en hôpital de jour puis en psychothérapie groupale ambulatoire de type TBM avaient une bien meilleure évolution au long-terme que ceux qui bénéficiaient de soins psychiatriques classiques. Une autre étude de Bateman et Fonagy (BATEMAN FONAGY 2003) montre que, à terme, le coût financier d'une prise en charge avec un travail de type TBM en hôpital de jour est bien moindre qu'une prise en charge classique, du fait de la réduction des coûts liés au suivi ambulatoire et aux admissions aux urgences.

Plus récemment, Fonagy et Bateman ont conduit une étude contrôlée randomisée sur la TBM dans le cadre d'une psychothérapie *ambulatoire intensive* (Bateman et Fonagy, Congrès de l'APA, 2007, cité dans EIZIRIK 2009 ; BATEMAN 2009). Cette approche est aussi standardisée, avec une prise en charge de groupe initiale de 3 mois ciblant les comportements suicidaires. Dans cette étude, les patients du groupe contrôle étaient pris en charge en psychothérapie de soutien individuelle et groupale. Dans le groupe TBM, le taux des tentatives de suicide était plus bas, tout comme le taux des comportements auto-agressifs et des hospitalisations. Ces résultats préliminaires indiquent donc que ce traitement est plus efficace que les soins psychiatriques classiques, du moins sur certains aspects (ZANARINI 2009). Au total, ces études montrent que la TBM est efficace à court et moyen terme, à la fois en hospitalisation de jour et en ambulatoire. Cependant, la durée du traitement nécessaire dans des prises en charges ambulatoires moins intensives demande à être documentée à l'aide de travaux de recherches supplémentaires (GABBARD 2005 (4)).

ii. Psychothérapies cognitivo-comportementales

Dans un premier temps sont nées les thérapies *comportementales*, qui s'appuyaient sur les conditionnements classiques et opérants. Les techniques de thérapie comportementale permettent de « désapprendre » un comportement inadapté et de le remplacer par un comportement plus adapté. Cette première vague comportementale s'est déroulée entre 1950 et 1980. Puis, entre 1980 et 1990, est née la psychologie *cognitive*. Elle étudie le traitement de l'information qui s'effectue à partir de schémas mentaux situés dans la mémoire à long terme. Les théories cognitives et comportementales reposent sur un modèle tridimensionnel : la dimension *émotionnelle* (ce que le sujet *ressent*), la dimension *cognitive* (ce que le sujet *pense*) et la dimension *comportementale* (ce que le sujet *fait*). Ces trois dimensions interagissent entre elles.

Ce n'est que depuis les années 1990 que se développe la troisième vague des thérapies dites *émotionnelles*, qui sont notamment appliquées au traitement du trouble borderline et qui correspondent principalement à la thérapie dialectique comportementale de Linehan (TDC), la thérapie des schémas de Young et la thérapie de pleine conscience (« *mindfulness training* »), approche issue de la tradition bouddhiste (COTTRAUX, 2007).

- **Le Modèle de Aaron Beck**

La théorie cognitive s'est développée à partir de travaux effectués par Aaron Beck à partir de 1959. Beck, professeur de psychiatrie à l'université de Pennsylvanie, a d'abord publié plusieurs livres sur la dépression, en proposant un modèle de compréhension psychopathologique précis. Beck a ensuite élargi ses recherches au champ des *troubles de la personnalité*.

Dans sa théorie sur les troubles de la personnalité (BECK 1990), Beck postule que les différents traits de la personnalité ne sont pas des besoins motivationnels mais sont l'expression visible de constructions cognitives fondamentales ou « *schémas* ». Le concept du schéma a une grande importance en psychothérapie. Ce terme se réfère, dans cette théorie, à

des structures cognitives profondes, stockées dans la mémoire à long terme, qui contiennent tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde : croyances inconditionnelles, c'est-à-dire des vérités essentielles, absolues, *a priori*, à partir desquelles dérive l'élaboration de croyances conditionnelles (« si...alors »). Selon Beck, la personnalité est composée de schémas cognitifs, qui donnent une signification personnelle aux évènements. Ces schémas, qui sont des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable, sont responsables de l'enchaînement qui va de la réception d'un stimulus à l'exécution d'une réponse comportementale : ils orientent notre traitement de l'information. Ils sont le résultat de l'interaction entre des facteurs biologiques et des facteurs environnementaux. Ils sont établis très tôt dans l'enfance mais restent tout au long de la vie sensibles à l'influence de l'environnement : en fonction des expériences de vie, les schémas peuvent changer ou au contraire devenir habituels. Le schéma permet à l'enfant ou à l'adolescent de se rassurer à un moment donné, car il donne l'impression que le monde est prévisible. Ils sont ainsi à l'origine des comportements répétitifs du patient. Les schémas précoces inadaptés sont des thèmes ou patterns extrêmement larges, envahissants et souvent dysfonctionnels qui concernent l'individu lui-même, ses relations avec autrui et avec l'environnement. Le schéma est parfois expliqué comme un besoin pour une « cohérence cognitive », qui signifie le maintien d'une vision stable de soi et du monde, même si en réalité cette vision est biaisée. Ils résultent d'une part des expériences de l'enfant avec ses parents, ses frères et sœurs et ses pairs, et d'autre part du tempérament de ce premier. Ils génèrent des degrés élevés d'affects destructeurs. Ils sont capables d'interférer de façon gênante avec des besoins fondamentaux d'autonomie, de relation, de l'expression de soi... Ils sont profondément ancrés et enracinés dans le sens de l'identité de l'individu et sont composés de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles. Ils sont très résistants et luttent pour la survie. Cette lutte est à la base des efforts de l'être humain pour la recherche de cette « cohérence cognitive ». Ils jouent un rôle important dans la façon dont l'individu pense, ressent, agit et se lie aux autres et se réactivent dès qu'ils rencontrent un environnement qui ressemble à l'environnement toxique de l'enfance. Ils sont dans un processus de perpétuation, actionnés par les comportements inadaptés qui sont des réponses extérieures à eux. Les schémas précoces inadaptés sont inconditionnels et difficiles à modifier. Ils peuvent être réactivés par les événements quotidiens en rapport avec leur contenu ou par des états d'humeur biologique. (MEHRAN 2006) L'activation constante par certains évènements de vie, qui se répètent et viennent confirmer les schémas qui les ont créés, aboutit à un système rigide de personnalité fait de

« *modes* ». Les « modes » représentent ainsi une adaptation à la réalité qui avait sa valeur à une certaine période de la vie, mais qui persistent alors qu'ils n'ont plus de valeur fonctionnelle. Ils vont avoir de ce fait une action négative sur toute la vie. Dans les troubles de la personnalité, les schémas dysfonctionnels et les stratégies inadaptées qui y répondent, vont rendre le patient vulnérable à toutes sortes de stimuli et de situations.

Dans le trouble borderline, Beck (BECK 1990) postule qu'il existe trois croyances fondamentales qui jouent un rôle central dans la façon qu'a le patient de percevoir et d'interpréter les événements, et qui vont façonner ses réponses émotionnelles et comportementales : « le monde est dangereux et malveillant », « je suis impuissant et vulnérable », « je suis fondamentalement inacceptable ». Ces croyances conduisent le patient à penser qu'il est toujours dangereux de relâcher sa vigilance, de prendre des risques, de révéler sa vulnérabilité, de perdre le contrôle. Il en résulte un état d'anxiété et de tension permanent, une hypervigilance à tout signal de danger, une méfiance au niveau des relations interpersonnelles (notamment dans la relation thérapeutique) et une intolérance pour les émotions difficiles à contrôler. Tous ces éléments vont venir confirmer les croyances de base : par exemple, l'hypervigilance va entraîner un filtrage de l'information, sélectionnant toutes les menaces potentielles de danger, confirmant ainsi la croyance que le monde est globalement dangereux. Certaines personnes qui perçoivent également le monde comme dangereux, vont s'en remettre à leurs propres capacités pour y faire face. Mais chez les patients borderline, la croyance qu'ils sont faibles et incompetents va bloquer la situation. D'autres individus, qui doutent de leurs propres compétences pour faire face aux exigences de la vie quotidienne, résolvent le problème en développant un mode de dépendance. Mais, les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont une tellement mauvaise opinion d'eux-mêmes, qu'ils redoutent toute dépendance à l'autre, tant cela s'accompagne du risque d'être rejetés, abandonnés ou attaqués. Il résulte alors un perpétuel dilemme : convaincus d'être impuissants dans un monde hostile et menaçant, les patients oscillent entre l'autonomie et la dépendance, sans pouvoir compter sur l'une ou l'autre de ces attitudes. Ce dilemme entre d'une part leur besoin d'aide et d'assistance, et d'autre part leur crainte de dépendance et d'abandon, se traduit souvent par une forte ambivalence pour participer activement à la thérapie. D'après Beck, les distorsions cognitives propres au trouble borderline, et qui rigidifient les croyances de base, tiennent essentiellement de l'existence d'un style de pensée dichotomique : l'évaluation dichotomique des événements conditionne

des réponses émotionnelles et des actions excessives. La pensée dichotomique rend également compte des changements brutaux sans position intermédiaire dans le domaine des affects et des actions, et contribue largement aux difficultés interpersonnelles.

Les stratégies interventionnelles proposées par Beck reposent sur l'hypothèse que la modification du contenu et du style cognitif des patients permet une modification de leurs réponses émotionnelles et comportementales. C'est là le fondement des thérapies cognitives. La tâche du thérapeute cognitiviste consiste donc à aider le patient borderline à identifier ses modèles de pensée, extrêmes et absolus, et à l'inviter ensuite à tester la validité de ses croyances et de ses conclusions. Les techniques proposées par Beck pour permettre une telle « *restructuration cognitive* » se centrent sur un style de raisonnement empirique, qui part du principe que la vérité est ce qui colle aux faits, ce qui permet de faire des prédictions concrètes et qui peut être opérationnalisé. La correction de la pensée dichotomique tient une place essentielle dès la première phase de la prise en charge des patients borderline. Selon Beck, la modification de ce style cognitif, à un temps précoce de la thérapie, permet *d'augmenter le contrôle émotionnel*, facilite la *modification des croyances dysfonctionnelles* et la *résolution de problèmes*. Mais, le style de pensée des patients borderline est si rigide que rien ne sert de les y confronter, même de façon répétée, car ils ne comprennent pas qu'il soit possible ou utile de penser autrement. Beck préconise ainsi d'en favoriser la prise de conscience et surtout le changement par l'usage systématique de la méthode du « continuum ». A partir d'un questionnement socratique, il s'agit d'inviter le patient à remplacer une approche en terme de pôles extrêmes de différentes situations et sentiments (par exemple confiance/méfiance ; plaisir/déplaisir), par un classement nuancé, plus continu, de façon à le conduire à reconnaître progressivement l'existence de la validité de stades intermédiaires. *L'affaiblissement du mode de pensée dichotomique* s'accompagne selon Beck d'une amélioration thymique, mais n'est pas suffisant en soi pour permettre l'accroissement optimal du contrôle émotionnel. L'appréhension d'un rejet consécutif à l'expression d'émotions violentes conduit fréquemment les patients à exercer sur elles un contrôle excessif. Beck préconise ainsi de les questionner fréquemment sur leur état émotionnel et d'apporter par une attitude d'acceptation, de tolérance et de bienveillance, la démonstration concrète que l'expression des émotions ne comporte pas tous les dangers imaginés. *L'amélioration du contrôle de l'impulsivité* constitue un autre volet essentiel de la maîtrise émotionnelle. Elle passe par l'identification des signes avant-coureurs, l'inhibition de la

réponse automatique par l'exploration des « pour » ou des « contre », l'identification des solutions alternatives, l'exploration de leur faisabilité, la sélection d'une réponse appropriée, la prédiction des conséquences, du coût émotionnel à payer, et enfin l'évaluation de la réponse par rapport aux prédictions initiales. (BECK, 1990) Beck préconise aussi de renforcer le sens d'identité personnelle des patients, en les aidant à identifier leurs buts, leurs priorités, leurs compétences, leurs valeurs et leurs accomplissements personnels

L'abord des schémas et la modification des croyances constituent l'objectif final de toutes les thérapies cognitives. C'est un travail particulièrement difficile chez les patients borderline. Pour Beck, seules les épreuves de réalité, qui permettent la confrontation entre les prédictions et les résultats, en termes de faits et d'émotions, peuvent en venir à bout. La croyance qu'ont ces patients d'être fondamentalement mauvais et destinés au rejet systématique, est souvent difficile à modifier, puisque les patients n'osent pas confronter ce postulat à la réalité, c'est-à-dire prendre le risque de s'ouvrir aux autres pour observer leurs réactions. La relation thérapeutique joue ici un rôle essentiel. En effet, dans le cadre de la thérapie, les patients sont amenés à révéler les faiblesses dont ils s'accusent, les comportements dont ils ont honte ou se sentent coupables, les émotions qu'ils jugent intolérables. La tâche du thérapeute est alors de les accepter, tels qu'ils sont, et de leur communiquer cet accueil avec empathie et respect, de façon à leur donner un exemple de la preuve qu'ils ne seront pas systématiquement rejetés par les autres, même si leurs pires défauts sont connus. Il est néanmoins fondamental de communiquer aux patients que des réactions de rejet peuvent parfois survenir, de façon à leur prouver qu'ils peuvent quand même y faire face, qu'ils sont capables de gérer aussi bien des réactions négatives que positives. C'est une étape essentielle pour leur permettre de généraliser le « risque » de s'engager dans des relations d'ouverture et de proximité en dehors de la thérapie (BECK 1990 et DEBRAY 2009).

- **La thérapie des schémas de Jeffrey E. Young**

Après une formation post-doctorale sous l'égide de Beck, Jeffrey Young, psychologue américain, a fondé et dirigé les centres de thérapie cognitive de New York et du Connecticut. Il exerce également dans le département de psychologie de l'université Columbia. Son modèle théorique des troubles de la personnalité s'inspire largement de celui de Beck, mais présente néanmoins certaines spécificités.

Young a présenté son approche, « *la thérapie centrée sur les schémas* » dans son livre « *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach* », paru en 1990 et révisé en 1994 (YOUNG 2005). Cette thérapie met l'accent sur les croyances de soi et des autres et sur la différenciation entre réalité et projection, ce qui la rapproche des thérapies psychodynamiques.

Young a conceptualisé la pathologie borderline en imaginant le patient souffrant d'un trouble de la personnalité borderline comme un enfant effrayé, négligé, parfois abusé et livré à lui-même dans un monde malveillant et dangereux. Cet enfant cherche aide et sécurité, tout en ayant très peur d'être abusé et abandonné. Cet état de fonctionnement psychologique provoque chez les patients une forme de régression, au moment des émotions intenses. Young a conceptualisé ces états de régression sous forme de « *modes de schémas* ». Cette approche psychothérapeutique a une forme intégrative. Pour la conceptualiser, Young a intégré des éléments des écoles de psychologie suivantes : cognitivo-comportementale, attachement, gestalt, psychanalyse et constructivisme. Comme la thérapie cognitivo-comportementale, elle est structurée et systématisée mais aussi active et directive : elle passe par la prise de conscience (« insight ») du changement cognitif, émotionnel, interpersonnel et comportemental. Une évaluation standardisée facilite le diagnostic (« le questionnaire YSQ-L3 des schémas de Young et Brown », 2003, traduite en 2005, dans MEHRAN 2006). L'accent est mis sur la relation thérapeutique. Cette approche vise un travail important sur les affects par des techniques de vécu émotionnel (expérientiel). D'après cette approche, le fonctionnement du patient borderline doit être considéré comme celui d'un enfant vulnérable. Les besoins du patient sont authentiques et le thérapeute ne doit jamais remettre en cause leur légitimité. On considère que le thérapeute a aussi des droits et il doit toujours rester conscient de ce qu'il est prêt à donner ou à accepter. Pour servir de modèle comme adulte sain, il doit

être capable de faire respecter une relation dans laquelle chaque personne a des besoins et des droits légitimes. Le processus thérapeutique ressemble au développement de l'enfant ou le thérapeute joue le rôle de parent substitut à travers un « *re-maternage* » (« *reparenting* »). Cette approche a été désignée pour traiter les aspects chroniques des troubles de la personnalité et non pas des symptômes psychiatriques aigus. Le changement est possible grâce à plusieurs techniques expérientielles, comportementales et cognitives qui se focalisent sur la relation thérapeutique, sur la vie quotidienne et les expériences passées (dont les expériences traumatiques). La guérison est possible lorsque les schémas dysfonctionnels ne contrôlent plus la vie du patient, mais ils ne disparaissent pas complètement. En revanche, avec la thérapie, ils se réactivent moins fréquemment, les émotions associées deviennent moins intenses et durent moins longtemps. Progressivement, les patients réagissent à la réactivation de leurs schémas de façon plus adaptée et plus saine (MEHRAN 2006).

Définition des « schémas précoces inadaptés »

Pour définir les troubles de la personnalité, J. Young n'utilise pas les critères diagnostiques des classifications internationales mais se base sur l'existence de certains « *schémas précoces inadaptés* » et sur les processus qui en maintiennent la rigidité (YOUNG 2005). Le sens que J. Young donne au terme de « schéma » est proche de celui auquel se réfère Beck et de la définition de Segal (1988), pour qui les schémas sont : « les éléments organisés à partir des expériences et des réactions du passé, qui forment un ensemble de connaissances relativement cohérent et durable, capable de guider les perceptions et les évaluations subséquentes ». Les caractéristiques générales des « *schémas* » définis par Young sont les suivantes :

1/ Ce sont des *croyances inconditionnelles*.

2/ Parce qu'ils sont *développés à un stade précoce de la vie*, ils constituent le socle de la conception qu'a l'individu de soi-même et du monde. Tout au long de la vie, le sujet va protéger la validité de ses schémas qui entrent alors dans un processus d'auto-perpétuation et résistent fortement au changement.

3/ Ils sont, par définition, *dysfonctionnels* et conduisent donc à différentes altérations du niveau de fonctionnement.

4/ Ils sont *réactivés par des évènements environnementaux*, variables en fonction de la nature du schéma.

5/ L'activation d'un schéma génère une *forte réactivité émotionnelle*.

6/ Enfin, comme le suppose Beck, les schémas sont le résultat de *l'interaction entre des facteurs biologiques et des facteurs environnementaux* (expériences interpersonnelles pendant les premières années de vie).

Origine des schémas précoces inadaptés

Dans sa théorie sur les troubles de la personnalité, Young accorde une place centrale aux *facteurs environnementaux familiaux* auxquels les sujets ont été confrontés pendant l'enfance.

Dans le trouble borderline, il en identifie quatre grandes catégories :

- Absence de sécurité de base : abus (physique, sexuel, verbal), menaces de violences, explosions de colère
- Carence de maternage, d'affection, d'empathie
- Punitives systématiques
- Affection conditionnelle qui oblige l'assujettissement : le milieu familial ignore les besoins individuels et les sentiments de l'enfant, qui apprend alors à ne pas tenir compte de ses propres besoins

L'originalité du modèle de Young est qu'il établit un lien entre le développement des *schémas dysfonctionnels* et cinq *domaines de besoins fondamentaux* pour le développement de l'enfant. La non satisfaction de chacun de ces domaines serait selon lui à l'origine du développement de certains types spécifiques de schémas précoces inadaptés.

Ainsi, les origines des schémas sont classées en trois catégories :

1/ les *besoins émotionnels de base* : attachement sécurisé, autonomie, liberté d'expression de ses besoins et émotions, spontanéité et jeu, contrôle de soi,

2/ les *expériences précoces de la vie* : la frustration au niveau des besoins, la traumatisation ou la victimisation, aucune limite au niveau de la liberté et de l'autonomie, l'internalisation ou l'identification sélective avec certains aspects de comportement des personnes importantes dans la vie de l'enfant,

3/ le *tempérament émotionnel* : de nombreuses études soutiennent l'importance de l'aspect biologique et génétique de la personnalité. Les facteurs familiaux interagissent avec des *facteurs biologiques de dysrégulation émotionnelle*. Leur identification joue un rôle central dans la psychothérapie.

Types de schémas précoces inadaptés

A la suite de l'étude des origines de schémas, Young et al. (YOUNG 2005) ont classé les 18 schémas précoces inadaptés dans 5 domaines différents qui représentent chacun les besoins affectifs, fondamentaux, frustrés et non comblé de l'être humain. Les cinq domaines sont les suivants :

1/ la séparation et le rejet (abandon/instabilité, méfiance/abus, carence affective/privation, imperfection/honte, isolement/aliénation),

2/ un manque d'autonomie et de performance (dépendance, surprotection/soi sous-développé, sentiment d'échec),

3/ un manque de limites (sentiment que « tout m'est dû », manque de contrôle de soi, de discipline personnelle),

4/ la direction vers les autres (assujettissement, abnégation, besoin d'approbation),

5/ l'hypervigilance et l'inhibition (négativité/pessimisme, sur-contrôle, exigences élevées, critiques permanentes de l'entourage immédiat, punition) (MEHRAN 2006).

Stratégies adaptatives

Dans son modèle, Young insiste sur les processus qui maintiennent la rigidité des schémas. Face à ces schémas, l'individu oscille entre trois types de comportements (« stratégies adaptatives ») qui tendent à le consolider. Les trois stratégies adaptatives de coping inadaptées sont la surcompensation (la lutte), l'évitement (la fuite) et la capitulation (le blocage) (YOUNG, 2005). Les réponses de coping du schéma sont des comportements ou des stratégies spécifiques à travers lesquels les trois catégories de styles de coping s'expriment. C'est tout le répertoire comportemental unique et idiosyncrasique dans lequel le sujet utilise la surcompensation, l'évitement ou la capitulation. Ainsi, le style de coping est un trait, alors que la réponse de coping est un état. Le style de coping est composé par plusieurs réponses de coping. Une réponse de coping est une stratégie que l'individu met en place à certains moments bien précis.

- la *capitulation* : le sujet *maintien* le schéma au niveau cognitif (par distorsion lors du traitement de l'information) et au niveau comportemental (par la sélection de comportements qui viennent confirmer la validité du schéma), comme si il cherchait à revivre les scénarios de l'enfance ;
- la *fuite* : les processus d'*évitement* ont pour fonction d'éviter de ressentir toutes les émotions négatives, associées à la réactivation du schéma : évitement *cognitif*, c'est-à-dire l'inhibition volontaire ou automatique des pensées, images ou souvenirs susceptibles d'activer les schémas ; évitement *affectif*, c'est-à-dire l'inhibition de toutes les émotions associées aux schémas ; évitement *comportemental*. Le sujet évite toutes les circonstances qui pourraient déclencher le sentiment douloureux ;
- la *surcompensation* : les processus de *compensation* sont des tentatives pour surmonter les schémas dysfonctionnels en adoptant un style cognitif ou comportemental qui est à l'opposé à celui prédit par le schéma. Le sujet fait subir aux autres ce qu'il a lui-même subi de douloureux dans l'enfance. Ces tentatives sont souvent excessives et envahissantes, et ne font que remplacer un problème par un autre. Quand elles échouent, le patient est d'autant plus vulnérable.

Application de la thérapie des schémas au trouble de la personnalité borderline le concept de « modes »

Les patients borderline disposent d'un plus grand nombre de schémas précoces inadaptés que les autres sujets. De plus, leurs schémas sont plus sévères et plus résistants. Selon Young, les différents schémas et processus de maintien se regroupent pour former des « modes » (qu'il élargit ensuite aux troubles de la personnalité). Le concept de « mode » est défini dans le trouble borderline de la façon suivante (Mehran 2003 cité dans MEHRAN 2006): « C'est une partie ou une facette de soi (self) qui consiste en un groupement naturel de schémas de styles de coping et de réponse de « faire face » et humeur qui n'ont pas été complètement intégrés les uns aux autres ». Une caractéristique essentielle du fonctionnement borderline est la propension à basculer rapidement (schéma flipping) d'un mode à l'autre, en fonction des circonstances. A un moment, le patient est en colère, tout de suite après terrifié, après fragile, enfin impulsif. Ces modes donnent l'impression de fonctionner avec un certain degré d'indépendance. A partir d'observations cliniques et pratiques, Young identifie cinq modes distincts chez la personnalité borderline : « l'enfant abandonné », « le parent punisseur », « l'enfant en colère », « le protecteur détaché » et « l'adulte sain » (voir en ANNEXE 3 pour la description clinique de chaque mode). Chacun de ces modes nécessite des stratégies thérapeutiques différentes :

1/ Le mode de « l'enfant abandonné » (*The Abandoned Child*)

La thérapie doit alors enseigner au patient des techniques pour calmer la détresse du schéma d'abandon. La stratégie de traitement est de l'aider à identifier, accepter et satisfaire ses besoins de sécurité et de maternage en lui offrant empathie et soutien. Des techniques de vécu émotionnel (expérientielles), comportementales (jeux de rôle) et cognitives (éducation à propos des besoins humains normaux) sont utilisées.

2/ Le mode de « parent punisseur » (*The Punitive Parent*)

Les stratégies de la thérapie visent à aider le patient à se revaloriser, à lutter contre des messages parentaux de déni de soi, de haine de soi et de punition, et à arrêter de nier ses besoins affectifs (à se débarrasser des « parents punisseurs »). Les techniques de vécu émotionnel (expérientielles) sont utilisées pour conduire des dialogues imaginaires entre le patient et le parent punisseur. Le patient apprend à prendre des responsabilités pour ses erreurs sans avoir recours à la punition. Les techniques d'affirmation de soi peuvent être utilisées.

3/ Le mode de « l'enfant en colère » (*The Angry Child*)

La stratégie du traitement est d'enseigner des solutions plus appropriées pour contrôler sa colère et de satisfaire ses besoins de façon plus adaptée, avec l'établissement de limites. Dans le travail en imagination, le patient peut ventiler sa colère contre ses proches qui l'ont fait souffrir dans l'enfance. Au niveau du travail cognitif, il va falloir enseigner au patient la valeur de la colère. Les patients borderline ont souvent tendance à croire que toutes les colères sont « mauvaises ». Apprendre que certaines colères sont normales et saines et que leur expression appropriée est l'un des objectifs de la thérapie. Les techniques de mindfulness peuvent être utilisées pour aider à canaliser les émotions. Il faut permettre au patient de pleinement ventiler sa colère. Il est souhaitable de réattribuer les échecs de l'individu aux schémas ou modes et non pas à lui-même.

4/Le mode de « protecteur détaché » (*The Detached Protector*)

Les stratégies du traitement visent à apprendre au patient à ressentir les émotions dès qu'elles sont générées et ne pas les réprimer (la colère, notamment), à rétablir un contact avec soi-même et avec les autres en lui apprenant à donner et à recevoir l'affection des autres, à réduire la passivité et la soumission, à éduquer le patient à propos du mode et à éclaircir les avantages à exprimer les émotions. Dans certains cas où le patient est bouleversé par l'intensité de ses émotions qui l'ont d'ailleurs basculé dans le monde du « protecteur détaché », le thérapeute peut envisager une aide médicamenteuse pour aider le patient à sortir de ce mode et réviser avec lui les avantages et les inconvénients du détachement d'aujourd'hui alors qu'il est adulte.

Le thérapeute doit être vigilant à ne pas renforcer ce mode, en acceptant sans question, la docilité extrême du patient.

5/Le mode de l'adulte sain (*The Healthy Adult*)

Ce mode est la partie adulte et saine de soi qui joue un rôle exécutif en relation avec les autres modes. L'objectif principal de la thérapie de schéma est de construire et renforcer le mode de l'adulte sain des patients pour travailler avec les autres modes de façon plus efficace. La majorité des patients adultes possèdent une certaine forme de ce mode mais son efficacité n'est pas toujours évidente. Souvent, chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, le mode de l'adulte sain est extrêmement sous-développé. C'est le rôle du thérapeute d'aider le patient à améliorer ou directement créer ce mode chez lui. Tout le long de la thérapie, le thérapeute sert de modèle de l'adulte sain. En progressant dans la thérapie, les patients internalisent le mode de l'adulte sain et apprennent à l'utiliser.

Le déroulement de la thérapie des schémas

La thérapie des schémas présente deux phases :

1/ la phase de *diagnostic* et d'*information* du patient. Le thérapeute démarre la thérapie en mettant uniquement l'accent sur les problèmes courants. Il aide le patient à identifier ses schémas, à en comprendre les origines infantiles et à les relier à ses difficultés actuelles. Il énumère les objectifs de la thérapie.

2/ la phase de *changement*. Le thérapeute associe les techniques cognitives, émotionnelles, comportementales et interpersonnelles pour traiter les schémas et remplacer les styles d'adaptation dysfonctionnels par des comportements moins dysfonctionnels. Ceci implique de chercher à cicatrifier les failles de « l'enfant abandonné » à travers du re-maternage limité (*limited reparenting*). Il convient de contourner « le protecteur détaché », de combattre « le parent punisseur » et de réorienter la colère de « l'enfant en colère ». (MEHRAN 2006)

La psychothérapie du trouble borderline, proposée par Young, comporte un travail cognitif pour éduquer le patient à propos de ses schémas et des façons de les combattre mais elle utilise d'autres techniques, qui sont autant de spécificités par rapport à la psychothérapie proposée par Beck, Freeman et col (BECK 1990). Elle fait plus appel à des techniques de confrontation directe et utilise moins le principe de la découverte guidée. Elle se focalise plus sur les affects : l'analyse des affects permet selon Young l'identification des schémas et, parmi les procédures de changement, des techniques expérientielles, de catharsis émotionnelle, sont utilisées. Elle propose plus de discussions autour des origines infantiles des schémas. A travers l'imagerie mentale, les patients sont ainsi invités à travailler sur les souvenirs traumatisants et bloqués de l'enfance. Elle se concentre davantage sur les processus d'ajustement inadaptés (processus qui maintiennent la rigidité des schémas). Enfin, la relation thérapeutique joue un rôle différent puisque le thérapeute est ici appelé à jouer le rôle d'un « parent substitutif » vis-à-vis du patient, dont le fonctionnement doit être considéré comme celui d'un enfant vulnérable. Sa tâche est de lui enseigner le « mode de l'adulte sain », qui représente l'intégration des différents modes, l'acceptation des besoins fondamentaux et l'apprentissage de stratégies adaptées. La philosophie du traitement repose sur l'empathie, l'authenticité et le respect mutuel.

- **La thérapie comportementale dialectique de M. Linehan**

Marsha M. Linehan, professeur de psychologie et professeur adjoint de psychiatrie et de sciences comportementales à l'université de Washington à Seattle, dirige le « suicidal behaviors research clinic », un programme de recherche gouvernemental destiné à l'évaluation des traitements des conduites suicidaires. Sa préoccupation initiale a été de comprendre pourquoi les patients borderline s'automutilaient et de pouvoir les aider. Elle a cherché à combiner sa connaissance de la philosophie bouddhiste, sa formation de base en thérapie cognitive et comportementale avec son désir d'aider les patients qui présentaient des comportements parasuicidaires. C'est ainsi qu'en 1993, dans son livre intitulé « *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état limite* » (LINEHAN 1993 et 2000), elle présente une nouvelle approche thérapeutique pour le trouble borderline : la « *thérapie comportementale dialectique* » (TCD), qui est plus un modèle pratique

d'intervention spécifique qu'une théorie scientifique (LINEHAN 1993) et le fruit de l'intégration de différentes approches, thérapeutiques et philosophiques : bouddhiste zen, systémique, psychanalytique, centrée sur la personne, comportementale et cognitive. C'est l'approche la plus largement utilisée, aux Etats-Unis du moins. Elle est celle qui a été la plus étudiée et pour laquelle il existe le plus de preuves empiriques d'efficacité, en particulier en termes de diminution des comportements suicidaires et parasuicidaires (LINEHAN 1991). Mais il n'est pas certain qu'elle soit la plus efficace. En 2000, paraît en français son deuxième ouvrage « *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de la personnalité état-limite* » (LINEHAN 2000).

Principes généraux de la TCD

Le programme thérapeutique de Linehan combine cinq grands modes de traitement : une thérapie individuelle, une thérapie de groupe hebdomadaire qui vise à l'entraînement aux habiletés (avec des travaux individuels entre les séances), des consultations téléphoniques, les supervisions hebdomadaires pour les thérapeutes et les traitements auxiliaires (pharmacothérapie, hospitalisation...). Quand un patient démarre un programme de TCD, il va se voir proposer un contrat d'un an renouvelable. La thérapie dure au minimum deux ans. Les thérapeutes forment une équipe et partagent entre eux les informations. Ils bénéficient d'une supervision adaptée pour pouvoir évacuer le stress géré par le travail avec les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

Linehan (LINEHAN 1993) subdivise le traitement en cinq grandes étapes (voir les étapes du traitement en ANNEXE 4). Les premières phases de cette forme de psychothérapie, principalement cognitive et comportementale, porte sur le développement de capacités de pleine conscience et de régulation émotionnelle (LINEHAN 1993). Il s'agit d'aider le patient à mettre des mots sur ses expériences interpersonnelles et ses réactions personnelles mais aussi à tolérer sa détresse, à réduire les émotions secondaires telles que la honte et la culpabilité et à utiliser ses processus cognitifs pour réguler ses émotions. Une des stratégies importantes de la TDC est l'analyse du comportement : il s'agit d'apprendre au patient à repérer et analyser la séquence d'évènements aboutissant à une situation émotionnelle

difficile. Il peut s'agir d'évènements extérieurs, tels que l'évaluation du comportement et des émotions des autres, ou d'évènements internes, tels que les propres pensées, sentiments, attentes, suppositions et impulsions du patient, en réponse aux évènements successifs. Quand des moments de crises (menaces suicidaires par exemple) surviennent pendant une séance, le thérapeute analyse brièvement l'enchaînement des évènements. Le fait de faciliter les capacités de mentalisation est un élément commun à la TCD, la thérapie basée sur le transfert et la thérapie basée sur la mentalisation. (GOODMAN 2009)

Dans le langage de Linehan, pour que la stratégie du traitement soit couronnée de succès, il faut : « une constante attention pour combiner : acceptation avec changement ; flexibilité avec stabilité ; maternage avec défi ; focalisation sur les capacités avec focalisation sur les limites et les déficits. C'est l'essence de cette stratégie » (LINEHAN 1993). Elle a intitulé son approche « dialectique » parce qu'elle avait remarqué certains paradoxes dans le traitement. Par exemple, le thérapeute doit aider le patient à changer et en même temps à s'accepter comme il est. Linehan tend à promouvoir, chez le patient et le thérapeute, l'acceptation du comportement tel qu'il apparaît dans le moment présent, dans le sens « zen » du terme, et non l'acceptation en vue du changement. Ainsi, le patient et le thérapeute s'unissent contre les symptômes du trouble de la personnalité borderline pour résoudre le paradoxe. La TCD vise l'équilibre du pouvoir dans la relation thérapeutique en tant qu'outil essentiel au traitement. Le terme « dialectique » est difficile à définir. F. Ferrero (Préface dans LINEHAN 2000) écrit : « les processus dialectiques représentent la réconciliation des opposés en un processus continu de synthèse. La dialectique la plus fondamentale est la nécessité d'accepter les patients tels qu'ils sont, dans un cadre où l'on cherche à leur enseigner des manières de changer ». Il s'agit de maintenir une tension permanente entre le changement et l'acceptation. En TCD, « dialectique » signifie « saisir les opposés ». D'après Ryle (1997), les éléments dialectiques impliquent une focalisation sur le processus plutôt que sur la structure. Il s'agit d'insister sur le besoin de reconnaître et accepter les opposés, et utiliser le dialogue, la métaphore et le paradoxe. Linehan définit le « principe de la polarité » de la manière suivante : « la réalité n'est pas statique, mais comprend des forces internes opposées (« thèse » et « antithèse ») desquelles l'intégration donne naissance à un nouvel ensemble de forces opposées ». (LINEHAN 1993 et 2000) L'approche dialectique repose sur le fait qu'au sein d'une dysfonction, il existe une fonction, au sein d'une distorsion, il existe une adéquation et enfin, au sein d'une destruction, il existe une construction. La perspective dialectique suggère qu'au

sein des contradictions, il existe de la sagesse et au sein de la sagesse, il existe des contradictions. L'objectif de cette approche est d'aider les patients borderline à intégrer ces polarités, en appréhendant les concepts, les sentiments, les désirs, les actions et les idées opposées. La synthèse interne de pensées contradictoires peut permettre la résolution de conflits internes et entraîner un changement (LINEHAN 1993). Au départ, l'apprentissage des concepts opposés est une tâche difficile pour ces patients car leur style de traitement d'information est particulièrement dichotomique. Ces sujets ne peuvent pas concevoir d'être à la fois, au même moment, en colère ou affectueux envers la même personne (MEHRAN 2006).

Cette philosophie vient supporter les postulats de base de l'approche dialectique comportementale suivants : la personne fait de son mieux ; elle veut s'améliorer ; elle a besoin de faire mieux, d'essayer davantage et d'être plus motivée au changement ; la personne n'a peut-être pas causé tous ses problèmes mais elle doit les régler de toute façon ; la vie des personnes suicidaires, qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline, est insoutenable telle que vécue présentement ; le patient doit apprendre de nouveaux comportements dans toutes les sphères de son fonctionnement ; le patient ne peut échouer en thérapie dialectique comportementale.

La TCD vise à augmenter les capacités des patients à demander de l'aide adéquatement, à généraliser les habiletés apprises dans le groupe et à permettre au patient, suite à une mésentente ou à un conflit avec le thérapeute de corriger la situation et d'améliorer la relation thérapeutique sans avoir à attendre la rencontre suivante. C'est donc une façon de rééquilibrer la relation. L'objectif de la TCD repose sur l'acceptation de soi, la participation sociale et la construction d'une vie. Linehan instaure des cibles comportementales du traitement. Ces cibles sont très importantes et elle planifie sa thérapie autour d'une hiérarchie des cibles et dirige les pas en direction des cibles comportementales. Ainsi, elle établit des priorités dans les catégories des cibles sélectionnées (LINEHAN 2000).

La transaction entre la vulnérabilité émotionnelle du patient et son environnement invalidant l'amène à développer un ensemble de comportements qui oscillent entre deux pôles. Le thérapeute et la personne se trouvent donc face à trois dilemmes :

(a) le patient oscille entre la conviction que son environnement ne comprend pas sa grande vulnérabilité émotionnelle et sa difficulté à réguler ses émotions (blâmer les autres) et celle où

c'est lui qui est inadéquat (se blâmer, s'invalider). Le thérapeute, pour sa part, fait régulièrement face au dilemme d'un déséquilibre possible entre l'acceptation inconditionnelle de la vulnérabilité du patient (trop d'acceptation) et l'utilisation prématurée de stratégies de changement (trop de changement) ;

(b) le patient hésite entre solliciter activement l'environnement pour que celui-ci prenne ses problèmes en charge (passivité active) et se montrer plus compétent qu'il ne l'est en réalité pour alléger le fardeau de l'environnement (compétence apparente, difficulté à demander de l'aide). L'intervenant se retrouve alors devant le danger de ne voir que les difficultés (ne pas assez exiger de lui, le voir comme fragile) ou que les compétences du patient (attendre trop du patient) ;

(c) la personne oscille entre le fait de se retrouver aux prises avec des crises perpétuelles face à des pertes concrètes et la tendance à inhiber l'expression des émotions vécues (deuil inhibé). Le thérapeute se doit alors de chercher à rétablir l'équilibre : soit l'aider à exprimer davantage ses émotions ou l'aider à moduler ses émotions. Le thérapeute peut garder en tête tout au long du traitement cette tendance du patient à osciller entre ces pôles contraires. Il l'aide ainsi à en prendre conscience et à développer un mode de pensée dialectique ; c'est-à-dire qu'il facilite la synthèse entre les deux pôles.

Ces stratégies d'ensemble sont ponctuées de manœuvres tactiques originales. Les tactiques de la TCD sont fondées sur le principe que les gens ont besoin d'un coach pour changer leurs comportements maladaptés. À cet égard, la « stratégie téléphonique » de Linehan mérite une attention particulière. Le patient est encouragé à appeler son thérapeute lorsqu'il se sent suicidaire bien qu'il ne lui soit pas permis de le faire s'il a déjà commis un geste suicidaire. L'idée est d'encourager le patient à appeler son thérapeute afin d'obtenir conseil pour gérer ses émotions dysphoriques et ainsi le dissuader de passer à des gestes négatifs sur le coup de ces sentiments. Le contact téléphonique est bref et structuré et comprend des instructions méthodologiques allant de la distraction du patient à la suggestion de solutions alternatives aux problèmes qui le bouleversent.

La théorie de la TCD pourrait aider à la prise en charge de patients difficiles en hospitalisation, à travers la validation régulière de l'expérience du patient et des soignants, l'introduction de la notion de « dialectique » pour réduire le clivage et les réactions émotionnelles extrêmes, l'identification et l'utilisation d'interventions qui récompensent la

compliance aux soins et qui ne renforcent pas la crise ou les passages à l'acte. Il s'agit également d'augmenter la tolérance à la détresse, d'améliorer les capacités interpersonnelles et de réduire les sentiments de désespoir. Ces techniques ont pour but d'améliorer les soins mais aussi de réduire la souffrance des équipes soignantes.

Etudes publiées sur la TCD

Contrairement aux autres méthodes de traitement développées pour les sujets borderline, la TCD est celle qui a été la plus étudiée. Il est bien évident qu'en l'absence de tests comparatifs, il demeure possible que les mêmes résultats puissent être obtenus avec des thérapies interpersonnelles ou dynamiques. Linehan a pour la première fois publié les résultats d'une étude randomisée sur la TCD en 1991 (LINEHAN 1991). L'étude montre que la TCD a une efficacité supérieure aux soins psychiatriques classiques (psychothérapie de soutien sur 1 an) en termes de réduction des épisodes de comportements parasuicidaires (auto-mutilations et tentatives de suicide) et de leur sévérité sur le plan médical. Les patients traités par la TCD étaient aussi plus susceptibles de poursuivre leur thérapie individuelle et passaient significativement moins de jours à l'hôpital psychiatrique. Dans une deuxième étude, ces sujets ont été suivis pendant une année supplémentaire (LINEHAN 1993). Il a été montré que pendant les six premiers mois du suivi, les patients traités avec la TCD avaient significativement moins de comportements para-suicidaires, moins de colère et une meilleure adaptation sociale. Pendant les six mois de suivi supplémentaires, ceux traités par la TCD passaient significativement moins de jours hospitalisés et avaient une meilleure adaptation sociale. Toutefois, les patients n'exprimaient pas de sentiments moins dysphoriques à la fin du traitement. Les auteurs concluaient que la TCD était plus efficace que les soins classiques sur une période d'un an de suivi. Linehan a aussi réalisé une étude contrôlée randomisée sur deux ans pour comparer l'efficacité sur les comportements suicidaires de la TCD versus des soins institutionnels menés par des experts (LINEHAN 2006). L'étude, réalisée avec 101 patientes, consistait en une année de soins et une année de suivi. La TCD présentait de meilleurs résultats : les sujets traités par la TCD étaient deux fois moins susceptibles de passer à l'acte, nécessitaient moins d'hospitalisations pour des tentatives de suicide et avaient un moindre risque médical secondaires aux comportements para-suicidaires. Ils étaient également moins

susceptibles d'interrompre leur traitement, étaient hospitalisés moins souvent en psychiatrie et étaient moins souvent admis aux urgences. Selon les auteurs, les résultats de l'étude suggéraient que l'efficacité de la TCD n'était pas uniquement liée aux facteurs généraux associés au traitement de référence. L'efficacité de la TCD a été évaluée par au moins cinq autres études randomisées contrôlées (Koons 2001, Linehan 1999 et 2002, Turner 2000), dont celle de Verheul et al. (VERHEUL 2003), qui compare la TCD aux soins psychiatriques classiques aux Pays-bas chez 64 patients (31 vs 33). Les données de ces études montrent que la TCD est une thérapie efficace, permettant une réduction plus importante des comportements impulsifs d'auto-mutilation et auto-destruction, notamment chez ceux ayant des antécédents d'auto-mutilations récurrentes (VERHEUL 2003). Cependant, comme le précisent les guidelines de l'APA, il est difficile de certifier que l'amélioration rapportée au cours de la TCD est liée à des aspects spécifiques de cette thérapie (APA GUIDELINES 2001). Il faut noter que ces études sont limitées par un nombre restreint de sujets (moins de 25 patients), par l'absence de groupe contrôle dans l'étude ambulatoire mais aussi par le fait que la majorité de la recherche a été faite par un seul groupe de recherche (dirigé par Linehan). Malgré ces limites, les études suggèrent que la TCD peut avoir un impact significatif sur les symptômes psychiatriques et sur la qualité de vie des patients borderline, mais surtout chez les patients avec des comportements suicidaires chroniques.

Verheul et al. concluent que l'efficacité de cette thérapie est liée à certaines de ses caractéristiques spécifiques : l'évaluation très régulière du risque suicidaire, l'importance accordée à la modification des comportements suicidaires dès le début de la thérapie, le fait d'encourager les patients à consulter leur thérapeute avant de passer à l'acte et les supervisions régulières pour prévenir l'épuisement des thérapeutes (VERHEUL 2003). Dans la TCD, les patients sont encouragés à appeler leur thérapeute *avant* la crise et *avant* qu'ils ne viennent à cours de stratégies pour y faire face. En d'autres termes, lorsque le patient commence à ne plus pouvoir contrôler ses émotions, il doit demander de l'aide pour prévenir des comportements auto-agressifs. S'il passe à l'acte, le contrat veut qu'il n'y ait pas de contact entre le patient et son thérapeute pendant 24 heures, afin de ne pas renforcer ces comportements suicidaires. L'objectif est plutôt de faire confiance au patient en l'encourageant à demander de l'aide en amont de la crise. Dans l'essai clinique contrôlé de Linehan (LINEHAN 1993), le taux d'abandon est seulement de 16% en TCD, bien que ce faible taux n'ait pas encore été reproduit en dehors d'un cadre de recherche.

Par le biais des techniques cognitives, ces stratégies visent à enseigner aux patients à distinguer les faits des interprétations.

iii. Autres approches psychothérapeutiques

En 1995, Blum et Al développent une approche basée sur l'apprentissage émotionnel et la résolution de problèmes (STEPPS = « Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving »). STEPPS est une prise en charge ambulatoire de groupe (sur vingt semaines) associant des outils cognitivo-comportementaux et un apprentissage des compétences pour le patient borderline et ses proches. Cet outil est complémentaire, il ne remplace pas la prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse du patient. Il est utilisé aux Etats-Unis et a été introduit aux Pays-Bas en 1998. Une étude récente montre que cette approche complémentaire peut permettre une amélioration significative de certains symptômes et du fonctionnement global de patients borderline, lorsque cet outil est ajouté aux soins classiques (BLUM 2008).

La littérature sur les thérapies de groupe et entraînement aux compétences de groupe chez les patients borderline est limitée mais indique que cette prise en charge peut être utile. Les approches de groupe sont habituellement utilisées en association avec les thérapies individuelles ou d'autres types de prises en charge. La littérature publiée sur la thérapie de couple est limitée mais suggère que ce type de thérapie peut être utile, voire parfois essentielle, mais jamais seule. Les données sur la thérapie familiale sont là encore limitées mais une approche psychoéducative peut être bénéfique. Les publications diffèrent dans leurs recommandations concernant la pertinence d'une thérapie familiale; celle-ci n'est pas recommandée comme seule forme de thérapie pour les patients borderline (APA GUIDELINES 2001).

iv. Comparaison des différentes psychothérapies

Une étude multicentrique randomisée réalisée aux Pays-Bas a comparé la thérapie des schémas à la TCT (GIESEN BLOO 2006). Chaque thérapie a été réalisée pendant près de trois ans et chacune comprenait deux séances par semaines. Les patients ont été randomisés : 45 pour la thérapie des schémas et 43 pour la TCT. Sur la durée totale de l'étude, le groupe « thérapie des schémas » a recensé 27% d'arrêts prématurés tandis que le groupe TCT en a enregistré 52%. Des améliorations statistiques et cliniques significatives ont été retrouvées dans chaque groupe pour les critères évalués : les critères du trouble borderline, la psychopathologie générale et la qualité de vie. Les auteurs retrouvent également une diminution dans la sévérité des symptômes significativement supérieure pour six des neuf critères DSM-IV du trouble borderline (pour ceux ayant trait aux dimensions cognitives, impulsives et interpersonnelles) : trouble de l'identité, persécution/dissociation, conduites auto-agressives, impulsivité, angoisses d'abandon et relations instables. Cependant, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les groupes pour les critères affectifs du trouble borderline: colère, vide et instabilité de l'humeur. L'amélioration était significativement supérieure dans le cas de la thérapie des schémas, pour chacun des critères et pour la qualité de vie (GIESEN BLOO 2006). Enfin, l'étude réalisée par l'équipe de Van Asselt montre que la thérapie des schémas présente un meilleur rapport coût-efficacité que la TCT (VAN ASSELT 2008).

Clarkin et al. (CLARKIN 2007) ont mené une étude sur la TCT en ambulatoire. 90 patients présentant les critères du trouble de la personnalité borderline ont été randomisés dans l'une des trois prises en charge ambulatoires suivantes, pour une durée de un an : la TCT (n=31), la TDC (n=29) ou une thérapie de soutien d'inspiration psychanalytique (n=30). Les analyses n'ont été menées que sur les 62 patients (69%) qui avaient terminé les trois phases de l'évaluation de Zanarini, indiquant la poursuite dans les 9 à 12 mois de l'étude. Cela constitue un biais important. Il aurait fallu analyser les données de tous les sujets inclus au départ, en attribuant aux sorties prématurées un score d'échec. Le groupe de la TDC a enregistré le plus d'arrêt prématuré (42%, contre 26 et 27% pour la TCT et le soutien). Il a été montré que dans les trois groupes, les patients avaient une amélioration significative au niveau de la dépression, de l'anxiété et du fonctionnement social et global pendant une année de traitement. La TCT et la TDC étaient toutes deux associées de manière significative à une

amélioration des conduites suicidaires. Cependant, il est important de noter que, malgré ces améliorations avec la TDC, plus de 40% des patients arrêtaient le traitement par TDC. On peut faire l'hypothèse que ceux qui vont au terme de la TDC sont ceux qui sont le plus motivés, ou vont le moins mal. D'autre part, seules la TCT et la thérapie de soutien étaient associées à une amélioration de la colère et de certains aspects de l'impulsivité. Seule la TCT était significativement associée à une amélioration de l'irritabilité, de l'agressivité verbale et physique. Les auteurs concluent que les patients borderline répondent à une prise en charge structurée en ambulatoire et que la TCT est celle associée à un changement plus important (ZANARINI 2009). La TDC semble efficace, notamment sur les conduites suicidaires, au prix d'un certain degré de motivation voire chez les patients les moins sévères puisque le risque d'arrêt prématuré est élevé.

b. Pharmacothérapies

Les patients borderline se font couramment prescrire des médicaments et il n'est pas rare de les voir prendre quatre ou cinq psychotropes à la fois. La plupart des médicaments n'ont qu'un effet marginal sur les troubles de type borderline (Soloff, 1993). De plus, certains peuvent induire une forte réaction placebo.

Il n'existe bien entendu pas de traitement pharmacologique spécifique du trouble borderline. Il semblerait que les traitements psychotropes ne soient que des outils thérapeutiques secondaires (« traitements d'appoint ») à instituer en complément dans le cadre d'une prise en charge essentiellement psychothérapeutique (KERNBERG MICHELS 2009). Cependant, des travaux de recherche se sont développés sur le plan des traitements pharmacologiques pouvant agir directement sur l'activation et l'intensité des affects. Les résultats des essais contrôlés contre placebo chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline suggèrent que la pharmacothérapie peut avoir pour cible certains symptômes, tels que les symptômes cognitifs, la dysrégulation émotionnelle et les comportements impulsifs-agressifs. L'apparition fréquente, chez les patients borderline, d'affects dépressifs, d'accès violents de colère, de débordements émotionnels, d'anxiété envahissante et de symptômes dissociatifs a permis d'évaluer l'efficacité des diverses classes de psychotropes. Les **antidépresseurs sérotoninergiques** peuvent atténuer la colère, les comportements impulsifs-agressifs et la

dysrégulation affective. Les **antipsychotiques atypiques** peuvent aider à contrôler l'agressivité ou les symptômes psychotiques transitoires. Les **thymorégulateurs** peuvent être actifs sur les fluctuations thymiques ou l'impulsivité. Enfin, les **anxiolytiques** ou neuroleptiques sédatifs peuvent aider à juguler les moments d'angoisses. Les traitements pharmacologiques peuvent être nécessaires pour faciliter le travail psychothérapeutique en réduisant la « charge affective » (telle que la colère, l'hypervigilance anxieuse ou la dysphorie) qui peut empêcher le patient de réfléchir sur son propre monde interne et sur les expériences émotionnelles des autres.

1/ Les neuroleptiques

Les neuroleptiques peuvent être efficaces sur les symptômes psychotiques, tels que la suspicion, les idéations paranoïdes, les idées de références ou encore les hallucinations transitoires (liées au stress). Ils peuvent aussi être efficaces dans les états d'angoisses importantes, pour lesquels les anxiolytiques ne sont parfois pas suffisamment efficaces ou à risque d'accoutumance. Bien que les essais contre placebo aient montré des résultats mitigés, en particulier concernant l'halopéridol (Soloff et al, 1989 et 1993), l'hostilité et la suspicion sont des facteurs prédictifs d'une réponse favorable (OLDHAM 2006). Un essai randomisé n'a pas montré de différence significative de la rispéridone contre placebo (Szighethy and Schulz, 1997). L'aripiprazole serait efficace sur la symptomatologie dépressive, l'anxiété et la colère (Nickel et al, 2006). Quatre essais cliniques randomisés rapportent des résultats positifs pour l'olanzapine (Zanarini et Frankenburg, 2001 ; Bogenschutz et Nurnberg, 2004 ; Zanarini et al., 2004, Soler et al., 2005) Cependant, la prescription d'olanzapine doit se faire avec précaution, étant donné la fréquente comorbidité avec les troubles du comportement alimentaire. Une étude plus récente ne montre pas de différence entre les groupes olanzapine et placebo après douze semaines de suivi, avec cependant un temps de réponse plus court pour l'olanzapine (SCHULZ 2008).

2/ Les antidépresseurs

L'importance de la dysrégulation émotionnelle, incluant les changements rapides d'humeur, les effondrements dépressifs, l'anxiété, la dysphorie, une colère intense et un sentiment chronique de vide et d'ennui suggère le rôle important des antidépresseurs. Alors que les premières études montraient des effets modérés des antidépresseurs tels que le tricyclique amitriptyline ou l'inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) phénelzine, des études plus récentes ont montré une efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sur les fluctuations rapides de l'humeur, la colère et l'anxiété. On retrouve six études cliniques randomisées concernant les ISRS : cinq concernent la fluoxétine (Zanarini et al, 2004 ; Salzman et al, 1994 ; Markovitz, 1995 ; Coccaro et Kavoussi, 1997 ; Simpson et al, 2005) et un de ces essais, la fluvoxamine (Rinne et al, 2002). Les essais cliniques sur la fluoxétine révèlent de modestes effets, limités à la sphère d'agressivité-impulsivité et à la symptomatologie dépressive. Les possibles effets toxiques (en particulier après intoxication médicamenteuse volontaire), l'aggravation potentielle des symptômes cognitifs avec les antidépresseurs tricycliques, et les difficultés de prescriptions des IMAO chez les patients borderline, ont conduits les cliniciens à considérer les ISRS comme le traitement de premier choix chez les patients dépressifs, anxieux, labiles et colériques.

Des études suggèrent que les ISRS pourraient stimuler la neurogénèse (Vermettent, 2003 cité dans GABBARD 2005(4)) mais aussi réduire l'hyperréactivité de l'axe HHS en réduisant la sécrétion de CRF. Une étude sur des rats a montré que la paroxétine réduit l'augmentation de l'expression d'ARNm du CRF après trois semaines, réduisant ainsi la concentration de CRF et l'augmentation de la réponse de l'axe HHS secondaire aux traumatismes précoces (Nemeroff, 2004 cité dans GABBARD 2005(4)). La réduction de l'augmentation de la réponse de l'axe HHS pourrait directement améliorer la capacité du patient à réfléchir. L'état d'hypervigilance anxieuse est lié à une relation objectale spécifique chez le patient qui perçoit les autres comme étant malveillant et persécutant et qui se perçoit comme victime. Le fait de diminuer l'hyperréactivité avec un ISRS pourrait faciliter les processus de pensée et de réflexion (GABBARD WILKINSON 1994).

3/ Les thymorégulateurs

Quatre essais cliniques randomisés ont montré des résultats mitigés pour la carbamazépine (Cowdry et Gardner, 1988 ; De la Fuente et Lotstra, 1994) et l'acide valproïque (Hollander et al, 2001 ; Frankenburg, Zanirini, 2002). L'acide valproïque pourrait être particulièrement indiqué chez les patients présentant un trouble bipolaire comorbide (Frankenburg et Zanarini, 2002) et pour ceux ayant une impulsivité marquée (Hollander et al, 2003). Un essai contrôlé contre placebo a montré une bonne efficacité de la lamotrigine sur la composante agressive (Tritt et al, 2005).

4/ Les anxiolytiques

Une place particulière doit être faite aux anxiolytiques puisqu'ils sont souvent indispensables en raison de degré extrême de l'angoisse chez les patients borderline. L'écueil majeur demeure le risque de mésusage, les anxiolytiques sont consommés soit en excès lors de tentatives de suicide, soit de manière abusive en automédication, conduisant parfois à une réelle dépendance chez ces patients à risque de troubles addictifs. Devant les manifestations d'angoisses massives que peuvent présenter ces patients, il est parfois préférable d'utiliser un neuroleptique à visée sédatrice (tel que la cyamémazine), de manière ponctuelle et à faibles doses. Le risque de dépendance est alors moindre.

Il est important de noter que peu de données fiables existent sur les traitements pharmacologiques chez les patients borderline. L'interprétation des études pharmacologiques doivent prendre en compte plusieurs limites. Les études sont souvent menées sur de petits échantillons et sur de courtes durées. Ces médicaments ont été étudiés le plus souvent dans des populations de patients ambulatoires, par définition les moins sévères. Par conséquent, il

est difficile d'étendre ces résultats à une population de patients plus sévères. D'autre part, les résultats des études sont biaisés par le taux élevé de sorties d'essai ; il est en effet difficile, compte tenu de l'instabilité de ce type de patients, de les garder sous traitement pour des périodes prolongées. Si on prend en compte la faible stabilité des symptômes dans le temps chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline, les études pharmacologiques sont sujettes à des taux de réponses élevés au placebo. Ces résultats, souvent biaisés, sont donc à interpréter avec précaution. Au total, l'utilisation des médicaments a augmenté et bien que certains aient fait preuve d'une certaine efficacité, les bénéfices sont modestes. Comme le précisait Marcelli dans son ouvrage sur les états limites en psychiatrie, il convient de faire preuve de souplesse dans la prise en charge, ce qui signifie par exemple d'accepter une prescription médicamenteuse en élaborant le vécu fantasmatique qui s'y rattache et savoir que l'activité de la prescription tiendra en grande partie à ce contexte relationnel. L'effet tient ici très souvent plus au vécu fantasmatique qui s'attache à l'absorption orale et à la personne du prescripteur qu'à la réelle activité pharmacologique (MARCELLI 1983).

VI. Conclusion

Aujourd'hui, les descriptions cliniques, critériologiques et dimensionnelles du trouble de la personnalité borderline correspondent à un état clinique bien particulier. Il s'agit d'un trouble fréquent, grave et invalidant. Il représente une file active importante des patients suivis en psychiatrie et son pronostic est particulièrement assombri par leurs gestes suicidaires. Leur prise en charge thérapeutique est cependant mal définie, entraînant une mauvaise utilisation des soins psychiatriques.

Sur le plan étiologique, il semblerait que plusieurs facteurs de risque précipitants d'ordre socio-psycho-environnementaux interagissent avec des facteurs génétiques et de tempérament comme une prédisposition à l'impulsivité, à la mauvaise régulation émotionnelle, aux affects négatifs, à une mauvaise intégration de son identité et à un trouble des processus attentionnels. La relation entre les facteurs constitutionnels et acquis est probablement complexe.

Les classifications internationales ont établi les critères cliniques du « trouble de la personnalité borderline ». Ces descriptions sont purement symptomatiques et peuvent paraître assez restrictives si elles ne sont pas replacées dans la dynamique de la relation. Il paraît important, en dehors du cadre très classificatoire et pourtant nécessaire du trouble de la personnalité borderline, de porter une attention particulière à la problématique du lien à l'origine de l'organisation de ce type de personnalité. En effet, cet éclairage complémentaire semble indispensable pour mieux appréhender la prise en charge et donner du sens aux manifestations symptomatiques. La psychanalyse cherche à étudier la dynamique relationnelle telle qu'elle apparaît dans l'ici et maintenant de l'investigation clinique. Le diagnostic se fait en référence à un type de fonctionnement mental ou plus précisément à un type de relation d'objet. Il s'agit avant tout de l'étude d'un processus transférentiel, véritable clinique de la relation, assez éloigné du souci nosographique traditionnel (MARCELLI 1983).

La théorie de l'attachement apporte un éclairage du même type, avec une approche centrée sur la relation et le lien aux autres (figures d'attachement) mais sans que le cadre de la cure analytique au sens strict soit nécessaire. C'est dans le contexte du trouble de la personnalité borderline que la théorie de l'attachement prend toute sa valeur. Tout en partageant des points communs avec les théories psychanalytiques et cognitivo-comportementales, la théorie de

l'attachement, qui offre une approche développementale du trouble borderline, constitue un apport non négligeable au trouble de la personnalité borderline, en lui conférant une véritable compréhension psychopathologique originale. Elle permet la reconstruction de l'histoire du sujet à travers des événements décrits par le patient, la réalité de l'expérience comptant autant que sa valeur émotionnelle subjective. Elle offre également au thérapeute un choix de stratégies supplémentaires dans la compréhension et dans l'arsenal thérapeutique du trouble borderline. La théorie de l'attachement induit en effet une approche thérapeutique spécifique, mais cette approche reste à développer et à confronter aux études empiriques. Associé à des facteurs constitutionnels défavorables, l'attachement désorganisé de l'enfant semble constituer une vulnérabilité importante au développement d'un trouble de la personnalité borderline, en entraînant un déficit important en mentalisation.

Une meilleure compréhension des origines biologiques de ce trouble pourrait aider à développer des interventions psychopharmacologiques fortes utiles, avec par exemple l'utilisation d'une nouvelle génération de psychotropes qui cibleraient spécifiquement les traits d'impulsivité et d'instabilité affective. La pharmacothérapie pourrait aussi être combinée à des interventions cognitives comportementales conçues pour aider le patient à éviter d'agir impulsivement.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : CRITERES DSM-IV-TR DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE (APA, 1994)

Au moins 5 des manifestations suivantes doivent être présentes pour poser le diagnostic :

1/ efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

2/ mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

3/ perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

4/ impulsivité dans un moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

5/ répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'auto-mutilations

6/ instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

7/ sentiments chroniques de vide

8/ colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

9/ survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (incluant les idées de dépersonnalisation, de déréalisation et les illusions hypnagogiques)

ANNEXE 2 : CRITERES CIM-10 (OMS, 1993)

- le sous-type « *impulsif* » : caractérisé par au moins trois des caractéristiques suivantes dont obligatoirement (2):

(1) Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considérations pour les conséquences.

(2) Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.

(3) Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.

(4) Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.

(5) Humeur instable et capricieuse.

- le sous-type « *borderline* » : caractérisé par au moins trois des caractéristiques du type impulsif, avec, de plus, au moins deux des suivantes :

(1) Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).

(2) Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.

(3) Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.

(4) Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.

(5) Sentiments permanents de vide.

ANNEXE 3 : LA THERAPIE DES SCHEMAS DE J. YOUNG : DEFINITION CLINIQUE DES MODES (YOUNG, 2005)

1/ Le mode de « l'enfant abandonné » (*The Abandoned Child*)

Le patient est désespéré de ne pouvoir satisfaire ses besoins et trouver de la protection. Cet état peut être lié à l'abandon ou l'abus dont il a été victime lors de son enfance. Ce mode comprend les schémas de séparation et de rejet, de dépendance. Les croyances de base sont : « les gens sont malveillants, on ne peut pas les croire, ils vont m'abandonner » ou bien « ma souffrance émotionnelle ne s'arrêtera jamais, il n'y aura jamais personne pour s'occuper de moi ». Cliniquement, le patient se sent seul, renié, déprimé, désespéré, effrayé, victime, bon à rien, perdu, vulnérable et incapable de trouver une réponse à ses besoins fondamentaux. Il existe un trouble majeur de l'estime de soi, un soi sous-développé et un sentiment d'impuissance. Les patients font des efforts effrénés pour ne pas être abandonnés et idéalisent toute figure offrant un maternage.

2/ Le mode de « parent punisseur » (*The Punitive Parent*)

Ce mode comprend des schémas de punition, et de sévérité envers soi-même. Dans l'enfance, l'expression des opinions, des désirs, des émotions négatives légitimes (tristesse ou colère face à un comportement abusif) ou des besoins fondamentaux (affection, protection...) était, en général, injustement punie par les donneurs de soins ; cela, soit de façon directe et avec des propos comme « tu es mauvais et méchant », soit de façon implicite (ignorer l'enfant pendant plusieurs jours ou le menacer d'abandon). Au fil du temps, le sujet s'identifie au parent qui l'a dévalorisé, en internalisant cet « adulte punisseur », et fait preuve d'une grande sévérité contre lui-même, en rentrant dans un processus d'autopunition. La fonction de ce mode est de munir l'enfant pour l'expression de ses besoins et ses sentiments ou pour avoir fait des erreurs. Les croyances typiques de base sont : « tu es mauvais et tu mérites la punition », « tes opinions, tes désirs et tes émotions sont mal fondées »... Souvent, le patient non seulement ressent ces pensées punitives mais, en plus, il ajoute des actes de punition contre lui-même : s'auto-mutuler, détruire les bonnes choses de sa vie ou ne pas venir à ses séances. Cliniquement, on observe un comportement auto-critique très sévère, des sentiments de colère

dirigés contre lui-même et les autres (avec une haine, voire un déni de soi), des auto-mutilations.

3/ Le mode de « l'enfant en colère » (*The Angry Child*)

Ce mode est souvent appréhendé par, à la fois, le patient et le thérapeute. Dans ce mode, la colère est exprimée à cause du mauvais traitement des parents et la non-satisfaction des besoins émotionnels de l'enfant. Il comprend des schémas de séparation et de rejet. Dans ce mode, le patient exprime toute une accumulation de sentiments refoulés et agit impulsivement pour satisfaire ses besoins ou ventiler ses sentiments en utilisant des stratégies inadaptés. Les croyances typiques de base sont : « les adultes sont méchants ; pour survivre, je dois me battre ou juste prendre ce dont j'ai besoin ». Cliniquement, il manifeste des colères explosives et présente une impulsivité, une dévalorisation, des conduites de manipulation, de contrôle et d'abus, ainsi que des menaces suicidaires et une promiscuité sexuelle. se montre extrêmement exigeant. Les conduites impulsives sont fréquentes, avec des menaces suicidaires.

4/Le mode de « protecteur détaché » (*The Detached Protector*)

C'est le mode le plus fréquent. Il comprend les schémas d'inhibition émotionnelle et d'assujettissement. Ce mode ressemble à un style de protection que l'enfant met en place pour survivre dans un monde dangereux et éviter les émotions douloureuses, les punitions, et la réactivation des schémas. Il est supposé servir à protéger le sujet de l'attachement, car l'attachement peut être accompagné de souffrance, d'abandon, de punition et d'abus. La fonction de ce mode est d'anesthésier les besoins et les sentiments, de se détacher des gens, de se comporter docilement pour éviter la punition. Les croyances typiques de base sont : « ça n'a pas de sens de ressentir les émotions et s'attacher aux autres, c'est même dangereux de le faire ; être détaché permet de survivre et contrôler sa propre vie ». Cliniquement, le sujet se détache de ses besoins et sentiments, s'isole des autres et se montre soumis et passif. Il existe des symptômes psychosomatiques et de dépersonnalisation, de vide et d'ennui, des conduites boulimiques, des abus de substance et des auto-mutilations (Young 1996).

5/Le mode de l'adulte sain (*The Healthy Adult*)

Ce mode est la partie adulte et saine de soi qui joue un rôle exécutif en relation avec les autres modes. L'objectif principal de la thérapie de schéma est de construire et renforcer le mode de l'adulte sain des patients pour travailler avec les autres modes de façon plus efficace. La majorité des patients adultes possèdent une certaine forme de ce mode mais son efficacité n'est pas toujours évidente. Souvent, chez les patients borderline, le mode de l'adulte sain est extrêmement sous-développé.

ANNEXE 4 : PRINCIPES DE LA TDC (LINEHAN, 2000)

0/ Cible de prétraitement

La période de pré-traitement permet au patient d'obtenir de l'information sur le style personnel du thérapeute, ses compétences professionnelles et ses objectifs de traitement. Le patient peut alors évaluer s'il est en mesure de travailler avec l'intervenant. De même, le thérapeute recueille suffisamment d'informations (questionnaires, entrevues structurées, semi-structurées, observation des attitudes du patient) pour lui permettre ainsi qu'au patient d'arriver à une décision mutuelle et informée de travailler ensemble à l'atteinte des objectifs ciblés. A la fin de cette période, le patient s'engage dans des soins, sur une durée précise avec des objectifs précis.

1/ Cibles de la première étape: stabilité, sécurité et alliance thérapeutique (12 à 24 mois)

La phase 1 du traitement consiste à bâtir une relation thérapeutique stable et à aider le patient à faire des changements tout en assurant sa sécurité physique et son bien-être. Le traitement va cibler les comportements problématiques à l'intérieur des priorités suivantes :

a/ diminuer la fréquence des comportements *suicidaires et parasuicidaires*

b/ diminuer les comportements *interférant avec la thérapie* (exemple : des absences injustifiées, un manque de collaboration, un manque de respect envers les autres participants du groupe)

c/ diminuer les comportements *affectant négativement la qualité de vie* (exemple : les abus de substance, des comportements sexuels à hauts risques ou des comportements violents)

d/ accroître les habiletés comportementales

L'approche de Linehan regroupe quatre catégories de compétences comportementales :

- **Compétences de prise de conscience totale**

C'est ce qu'on appelle en anglais le « *mindfulness* ». Il s'agit d'aider le patient à avoir accès à sa sagesse intérieure, à développer des habiletés d'observation, de description et de participation, sans porter de jugement, tout en ayant comme objectif l'efficacité et non ce qu'il « faudrait » faire.

- **Efficacité interpersonnelle**

Ceci permet d'aider le patient à hiérarchiser, selon les cas, ses objectifs personnels, ses objectifs interpersonnels ou son respect de lui-même. Les patients identifient les facteurs qui nuisent à l'efficacité interpersonnelle et enfin, ils décident du lieu et du moment pour faire des demandes et/ou dire non fermement. Par le biais des techniques cognitives, ces stratégies visent à enseigner aux patients à distinguer les faits de leur interprétation.

- **Régulation émotionnelle**

Il s'agit d'aider le patient à réduire sa vulnérabilité en augmentant les occasions de ressentir des émotions positives, à agir à l'opposé lors de situations stressantes (si le patient a peur, faire face à la situation ; si il se sent coupable, s'organiser pour trouver réparation ; si il est triste, être plus actif pour changer son registre d'émotions). Il s'agit aussi d'aider le patient à identifier ses émotions, à laisser aller ses émotions au lieu de les éviter ou de les repousser et/ou à les accepter plutôt que de les éliminer ou de les masquer.

- **Tolérance à la détresse**

Il s'agit d'aider le patient à survivre aux crises au moyen d'activités, de bénévolat, de lectures, etc. ; les patients sont encouragés à s'auto-réconforter en ayant recours à des activités qui mettent en éveil l'un des cinq sens (exemple : regarder la nature, écouter de la musique), à améliorer le moment présent par l'imagerie mentale, la relaxation ou des exercices de respiration ; les patients sont aidés à se permettre quelques moments de répit, à mesurer le pour et le contre d'une situation et à accepter la réalité telle qu'elle est.

2/ Cibles de la deuxième étape : exposition et examen des émotions liées au passé et aux évènements traumatiques

Cette étape vise, à l'aide de l'exposition, à diminuer le stress associé à diverses expériences traumatiques passées (abus sexuel, négligence grave, violence physique...). Les objectifs principaux sont : (1) reconnaître et accepter la réalité de l'abus et du traumatisme, (2) réduire la part de blâme que l'individu s'attribue, le sentiment de stigmatisation, et la fréquence des comportements d'invalidation de soi, (3) diminuer les réponses de stress extrêmes observées en présence d'indices associés au traumatisme et (4) effectuer la synthèse des représentations dichotomiques de l'abus.

3/ Cibles de la troisième étape : synthèse, respect de soi, objectifs personnels

La phase 3 de la TCD consiste à (1) faire la synthèse des apprentissages, (2) augmenter le respect de soi et (3) travailler à l'accomplissement et à l'atteinte d'objectifs personnels choisis par le patient.

En 1996, Linehan a posé les jalons d'une quatrième phase de traitement. Après avoir constaté que une part importante des patients qui terminent la troisième phase de traitement éprouvent encore un sentiment d'incomplétude, elle propose une nouvelle phase où l'objectif consiste à développer la capacité de ressentir de la joie durant une période prolongée. Les tâches sont

alors d'intégrer le passé, le présent et le futur, les visions contradictoires de soi et d'autrui et d'accepter la réalité telle qu'elle est (LINEHAN 2000).

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Agrawal H.R., Gunderson J. et al. « Attachment studies with borderline patients : a review », Harvard revue of psychiatry, 2004; 12: 94-104

Ainsworth et al. « Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation », Erlbaum, 1978

Ainsworth « Attachment beyond infancy », American psychologist, 1989, 44; 709-716

Akiskal H.S. « Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum », Acta Psychiatr Scand 2004; 110:401-407

American Psychiatric Association. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III) », Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) », Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994. Traduction française : Guelfi JD. et al., Masson, Paris, 1996

American Psychiatric Association. « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) », Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000. Traduction française : Guelfi JD. et al., Masson, Paris, 2004

American Psychiatric Association. « Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder », American Journal of Psychiatry 2001; 158 (Oct suppl)

Atger « Les concepts de base de la théorie de l'attachement », Perspectives psychiatriques, 2003, 2 ; 93-101

Bandelow B., Krause J. et al. « Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls », Psychiatry Research 2005; 134:169-179

Baron-Cohen S. et al. « Does the autistic child have a "theory of mind"? », Cognition, 1985; 2: 37-46

Bateman A., Fonagy P., « Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial », *American Journal of Psychiatry* 1999; 156:1563-1569

Bateman A., Fonagy P., « Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up », *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:36-42

Bateman A., Fonagy P., « Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care », *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:169-171

Bateman A., Fonagy P., « Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment », Oxford University Press, New York, 2004

Bateman A., Fonagy P., « 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual », *American Journal of Psychiatry* 2008; 165:631-638

Bateman A., « Mentalization-based treatment: a discussion of theory and evidence », Annual Meeting of American Psychiatric Association, May 19, 2009

Beck A.T., Freeman A. et al. « Cognitive therapy of personality disorders », The Guilford Press, New York, 1990

Bender D.S et al. « Treatment utilization by patients with personality disorders », *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:295-302

Bergeret J. « La personnalité normale et pathologique », Dunod, Paris, 1974

Bergeret J. et al. « Psychologie pathologique : théorie et clinique », Masson, Paris, 1972, 9ème édition (2004)

Blum N. et al. « Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up », *American Journal of Psychiatry* 2008; 165:468-478

Bowlby J. « Attachement et perte tome 1 L'attachement, tome 2 La séparation, tome 3 La perte », PUF, Paris, 1978 et 1984

Bretherton et Waters « Growing points of attachment theory and research », Monographs of the Society for research in child development; 1985, 50; 1-2, 66-104

Cassidy J. et Shaver P.R. « The Adult Attachment Interview: historical and current perspectives » de Hesse E. in « Attachment theory, research and clinical applications », The Guilford Press, New York, 1999

Clarkin J.F., Posner M. « Defining the mechanism of borderline personality disorder », Psychopathology 2005; 38: 56-63

Clarkin J.F. et al. « Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study », American Journal of Psychiatry 2007; 164:922-928

Corcos M. « Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires ? », 3^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, Décembre 2001, Poitiers

Cottraux J. « Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague », Masson, Paris, 2007

Crowell S.E., Beauchaine T. et Linehan M.M. « A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory », Psychol Bull, 2009, 135(3); 495-510

Debray Q., Nollet D. « Les personnalités pathologiques – Approche cognitive et thérapeutique », Masson, Paris, 2009

Dennett D.C. « Beliefs about beliefs », Behav Brain Science, 1978, 1; 568-569

Donegan N.H. et al. « Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation », Biological Psychiatry 2003; 54:1284-1293

Driessen M. et al. « Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization », Archives of General Psychiatry 2000; 57:1115-1122

Eizirik M. et Fonagy P. « Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview », Rev Bras Psiquiatr 2009; 31(1):72-75

Fonagy P. « The capacity for understanding mental states: the reflective self », *Infant mental health journal*, 1991

Fonagy P., Target M. « Attachment and reflective function: their role in self organization», *Development and Psychopathology*, 1997, 9; 679-700

Fonagy P. « Attachment theory and psychoanalysis », Other Press, New York, 2001

Gabbard G.O. « Splitting in hospital treatment », *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146; 444-451

Gabbard G.O. et al. « Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon », *Harv Rev psychiatry*, 1994, 2; 59-69

Gabbard G.O., Wilkinson S. « Management of countertransference with borderline patients », Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Gabbard G.O. « A neurobiologically informed perspective on psychotherapy », *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177; 117-122

Gabbard G.O. « Mind, Brain, and Personality Disorders », *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(4):648-655

Gabbard G.O. « Personality Disorders come of age », *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(5):833-835

Gabbard G.O., Horowitz M. J. « Insight, Transference Interpretation, and Therapeutic Change in the Dynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry* 2009; 166(5):517-521

Giesen-Bloo J. et al. « Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused therapy », *Archives of General Psychiatry* 2006; 63:649-658

Goodman M. et al. « Quieting the affective storm of borderline personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 2009; 166(5):522-528

Guedeney N., Guedeney A. « L'Attachement - concepts et applications », Masson, Paris, 2002

Guelfi J.D. « L'avenir des classifications des troubles de la personnalité » - Session thématique au Congrès Français de Psychiatrie, Décembre 2009 – Nice

Guelfi J.D. « Devenir des troubles de la personnalité dans le DSM-V » - 3^{ème} journée de l'AFERTP, Mai 2010 – Paris

Gunderson J.G., Singer MT « Defining borderline patients: an overview », *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 1-10

Gunderson J.G., Kolb J.E. « Discriminating features of borderline patients », *American Journal of Psychiatry*, 1978; 135: 792-796

Gunderson J.G. « Borderline personality disorder », American Psychiatric Press, Washington, 1984

Gunderson J.G. « The Borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachment and therapist availability », *American Journal of Psychiatry*, 1996; 153:752-758

Gunderson J.G. et al. « The collaborative longitudinal personality disorder study: development, aims, design, and sample characteristics », *Journal of Personality Disorder*, 2000, 14; 300-315

Gunderson J.G., Bateman A., Kernberg O. « Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of "Ellen" (case conf) », *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1333-1339

Gunderson J. G. « Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis », *American Journal of Psychiatry*, 2009; vol 166 (5): 530-539

Gurvits I.G. et al. « Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder », *Psychiatr Clin North Am*, 2000, 23(1); 27-40

Hoglend P. et al. « Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations », *American Journal of Psychiatry*, 2006; vol 163 (10):1739-1745

Holmes J. « Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003; 37:524-531

Hurni M. et Stoll G. « La haine de l'amour – La perversion du lien », L'Harmattan, Paris, 1996

Johnson JG. et al. « Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood » Archives of General Psychiatry, 1999, 56; 600-606

Kendler K.S. et al. « The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study », Archives of General Psychiatry, 2008; 65:1438-1446

Kernberg O. F. « Borderline Conditions and Pathological Narcissism » New York, Jason Aronson, 1975

Kernberg O.F., Michels R. « Borderline Personality Disorder », American Journal of Psychiatry, 2009; vol 166 (5): 505-508

King-Casas B., et al. « The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder », Science, 2008; 321:806-810

Koenigsberg H.W. et al. « Characterizing affective instability in borderline personality disorder », American Journal of Psychiatry, 2002; vol 159:784-788

Levy K.N. « The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder », Development and Psychopathology, 2005; 17: 959-986

Levy K.N. et al. « Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder », J Consult Clin Psychol, 2006; vol 74:1027-1040

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. « Borderline personality disorder », Lancet, 2004; 364:453-61

Linehan M.M. et al. « Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients », Archives of General Psychiatry, 1991; 48:1060-1064

Linehan M.M. et al. « Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients », Archives of General Psychiatry, 1993; 50:971-974

Linehan M.M. « Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder », Guilford Press, New York, 1993

Linehan M.M. « Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite », Médecine et Hygiène, Genève, 2000

Linehan M.M. « Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite », Médecine et Hygiène, Genève, 2000

Linehan MM. et al. « Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder », Archives of General Psychiatry, 2006; 63:757-766

Liotti G., Pasquini P. « Predictive factors for borderline personality disorder : patient's early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure », Acta Psychiatrica Scandinavia, 2000; 102: 282-289

Main M. « Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies; changing methodologies, and the concept of conditional strategies », Human development, 1990, 33; 48-61

Marcelli D. « Les états-limites en psychiatrie - Borderlines », PUF, Paris, 1983

Mehran F. « Traitement du trouble de la personnalité borderline – Thérapie cognitive et émotionnelle », Masson, Paris, 2006

Melges F.T., Swartz M.S. « Oscillations of attachment in borderline personality disorder », American Journal of Psychiatry, 1989; 146: 1115-1120

New AS. et al. « Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder », Neuropsychopharmacology 2007; 32:1629-1640

Ni X et al. « Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study », Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2009; 33: 128-133

Nunes P.M. et al. « Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder : a meta-analysis », J Pers Disord 2009; 23(4):333-45

Oldham J.M. « Borderline Personality Disorder and Suicidality », *American Journal of Psychiatry*, 2006;163:20-6

Oldham J.M. « Borderline personality disorder comes of age », *American Journal of Psychiatry*, 2009; 166(5):509-511

Organisation Mondiale de la Santé « Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies-CIM-10 - Critères diagnostiques » Masson, Paris, 1993.

Paris J., « Does childhood trauma cause personality disorders in adults? » *Can J Psychiatry*, 1998, 43;148-153

Paris J., Zweig-Frank H. et al. « Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls », *Psychiatry Research*, 2004;121(3):239-52

Pham-Scottez A. « Personnalité Borderline ». In : Guelfi J-D, Rouillon F. « Manuel de Psychiatrie », Masson, Paris, 2007

Rinne T. et al. « Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/CRH challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse », *Biological Psychiatry*, 2002, 52; 1102-1112

Sapolsky RN. et al. « Quantitative autoradiography of corticosterone receptors in rat brain », *Brain Research*, 1998, 271; 331-334

Schmahl CG. et al. « Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdale volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder », *Psychiatry Research*, 2003, 122; 193-198

Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, et al., « Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder : variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study », *British Journal of Psychiatry*, 2008; 193:485-92

Siever L.J., Davis K.L., « A psychobiological perspective on the personality disorders », *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148:1647-1658

Siever L.J. et al. « The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies », *Biological Psychiatry*, 2002; 51:964-968

Silbersweig D., et al. « Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1832-1841

Swartz M, Blazer D., George L., Winfield I. « Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community », *Journal of Personality Disorders*, 1990; 4:257-272

The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists « Borderline personality disorder: treatment and management – National Clinical Practice Guideline », National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence), 2009

Torgersen S. et al. « A twin study of personality disorders », *Compr Psychiatry*, 2000; 41(6):416-425

Van Asselt A.D.I. et al. « Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder : cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy », *The British Journal of Psychiatry*, 2008; 192:450-457

Verheul R, et al. « Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month randomized clinical trial in the Netherlands », *British Journal of Psychiatry*, 2003; 182:135-140

West M. et al. « Borderline disorder and attachment pathology », *Canadian Journal of Psychiatry*, 1993; 38(1):16-22

Winnicott D.W. « La capacité d'être seul (1958) » in « De la pédiatrie à la psychanalyse », Editions Payot, 1969 ; 325-333

Winnicott D.W. « Jeu et réalité, L'espace potentiel », Editions Gallimard, 1975

Young J.E. « La thérapie des schémas - Approche cognitive des troubles de la personnalité », Editions de Boeck, Bruxelles, 2005

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. « The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders », *Journal of Personality Disorders*, 1989; 3:10-8

Zanarini MC, Frankenburg FR « Pathways to the development of borderline personality disorder », *Journal of Personality Disorders*, 1997; 11:93-104

Zanarini MC et al. « The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160:274-283

Zanarini MC et al. « The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study », *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:929-935

Zanarini M.C. « Psychotherapy of borderline personality disorder », *Acta Psychiatr Scand*, 2009; 120: 373-377

NOM : PETITJEAN-BRICHANT

PRENOM : CLARA

TITRE DE THESE :

« DONNEES ACTUELLES SUR LA COMPREHENSION ET LA PRISE EN CHARGE

DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE »

RESUME

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble fréquent, grave et invalidant, qui représente une file active importante des patients suivis en psychiatrie. Son pronostic est particulièrement assombri par leurs gestes suicidaires, et les coûts pour la société liés à ce trouble sont substantiels, avec des dépenses liées à l'utilisation importante des structures sociales et sanitaires. Ce trouble a connu des avancées significatives en seulement quelques décennies, depuis le concept essentiellement psychanalytique d' « état limite », décrit notamment par O. Kernberg et J. Bergeret. Aujourd'hui, les descriptions cliniques, critériologiques et dimensionnelles du trouble correspondent à un état clinique bien particulier. Depuis les années 1980, l'approche théorique cognitivo-comportementale, avec A. Beck, J. Young et M. Linehan, a décrit les modes de pensée et les comportements dysfonctionnels de ces patients à partir de leurs expériences infantiles. Certains aspects du trouble peuvent également être éclairés à la lumière d'une approche développementale, via la théorie de l'attachement, conceptualisée à l'origine par J. Bowlby, et qui constitue une nouvelle piste de compréhension psychopathologie basée sur des interactions dysfonctionnelles lors de la petite enfance. Cette approche complémentaire semble indispensable pour mieux appréhender la prise en charge et donner du sens aux manifestations symptomatiques, en les replaçant dans la dynamique de la relation. Bateman et Fonagy se sont d'ailleurs appuyés sur ce concept d'attachement pour développer une approche psychothérapique basée sur la mentalisation. Sur le plan étiologique, il semblerait que plusieurs facteurs de risque précipitants d'ordre socio-psycho-environnementaux interagissent de manière complexe avec des facteurs de prédisposition, génétiques et de tempérament. L'attachement désorganisé de l'enfant semble aussi constituer une vulnérabilité importante au développement du trouble de la personnalité borderline, en entraînant un déficit important en mentalisation.

MOTS-CLES

Trouble de la personnalité borderline, état-limite, facteurs étiopathogéniques, théorie de l'attachement, prise en charge, psychothérapies, attachement désorganisé, mentalisation et fonction réflexive.