

100
QUESTIONS/RÉPONSES



LE TROUBLE BORDERLINE

Pour mieux comprendre la personnalité limite

Dr Jean-Pierre Guichard



**HISTORIQUE/
GÉNÉRALITÉS**

Le terme anglo-saxon *borderline* a, dans sa traduction française, pour signification « ligne frontière », « limite » (du latin *limes*, *limitis*, frontière).

Il appartient au vocabulaire psychiatrique et psychanalytique depuis 1938, date à laquelle il a été introduit par le psychanalyste américain Adolph Stern pour décrire des cas de patients paraissant se situer « à la frontière », « à la limite », aux confins de la névrose et de la psychose, parce qu'empruntant aux symptômes et mécanismes de ces deux états pathologiques.

Pour rappel, la névrose a été définie comme une affection mentale qui résulte de conflits intrapsychiques non résolus (S. Freud, 1893) et concerne des sujets conscients de leur mal-être (anxiété, angoisse, peurs...) et adhérant à la réalité sociale. À l'inverse, la psychose est caractérisée, notamment, par une perte de contact avec la réalité, une absence de conscience des troubles (délire, hallucinations...) et une altération profonde du lien social (repliement sur soi) (E. Von Feuchtersleben, 1844; E. Kraepelin, 1889).

Si les termes de névrose et de psychose ont, notons-le, disparu des classifications psychiatriques internationales, celui de *borderline* y est, pour sa part, toujours présent, même si le trouble de la personnalité limite (*borderline personality disorder*), tel qu'il a été défini en 1980 dans le DSM-III, représente une entité clinique spécifique qui n'a plus guère de rapport avec une pathologie dite frontière. Il s'agit en effet, selon le manuel américain, avant tout d'un trouble caractérisé par « une instabilité dans des domaines variés comme le comportement vis-à-vis d'autrui, l'humeur et l'image de soi... Un comportement impulsif et imprévisible... est fréquent... Il peut y avoir... des sentiments permanents de vide ou d'ennui. »

On se réfère à la même entité lorsque l'on parle de : trouble *borderline* (*borderline disorder*), personnalité limite (*borderline personality*), état-limite (*borderline state*), cas limite (*borderline case*). Le mot *borderline* peut être employé comme adjectif : personnalité *borderline*, ou comme nom : un *borderline*, des *borderlines*.

On remarquera que les dictionnaires actuels donnent encore du terme *borderline* une définition très proche de sa conception originelle et semblant ignorer les apports des classifications récentes : « qui présente des troubles entre psychose et névrose » (Le Robert) ; « état-limite : structure pathologique de la personnalité caractérisée par la combinaison de troubles psychotiques, névrotiques et caractéristiques, auxquels sont juxtaposés des éléments normaux » (Le Larousse) ; « trouble psychiatrique intermédiaire entre la psychose et la névrose » (Petit Larousse illustré). Voilà qui, à l'évidence, ne peut manquer d'entretenir la confusion autour de cette pathologie auprès du grand public. Mais il faut souligner qu'en fait c'est le terme même d'état-limite qui comporte une ambiguïté, puisqu'il reste en décalage par rapport à sa signification actuelle. Aussi, n'est-il pas étonnant que nombre de praticiens, même aujourd'hui, ne soient pas toujours au clair vis-à-vis de cette maladie.

Considéré durant des décennies comme un état intermédiaire ou de transition, un carrefour, une pathologie frontalière, le diagnostic de trouble *borderline* a souvent été posé par défaut, en tant que diagnostic d'élimination, chez des patients paraissant inclassables, en raison d'un tableau clinique hétérogène, polymorphe et hybride, comprenant à la fois des symptômes névrotiques et psychotiques (généralement transitoires). L'état-limite a pu apparaître ainsi comme un vaste « no man's land aux contours flous » (A. Green, 1976), mais également une espèce de fourre-tout diagnostique.

Jusque dans un passé récent la pathologie *borderline* a été appréhendée tel un état situé en bordure (à la lisière) du territoire de la schizophrénie et susceptible, à l'occasion d'une décompensation, éventuellement déclenchée par un stress majeur, de faire basculer le sujet concerné dans cette maladie. La personnalité limite a d'ailleurs été longtemps confondue avec ce qu'il était convenu d'appeler la personnalité « prépsychotique » (proche de la personnalité schizotypique du DSM-5), c'est-à-dire, pouvant potentiellement évoluer vers une psychose véritable (la schizophrénie). Depuis, de nombreuses études ont mis en évidence que l'évolution du trouble de la personnalité *borderline* ne se fait quasiment jamais vers la schizophrénie.

Ce trouble a également pu être considéré comme marquant la limite entre le normal et le pathologique. Il a en effet été constaté que nombre de sujets affectés pouvaient avoir une vie socioprofessionnelle tout

à fait adaptée, mais présenter dans l'intimité de la cellule familiale des réactions excessives et inappropriées à l'égard de leurs proches. C'est la raison pour laquelle André Green (1976) pourra parler à son sujet de « folie privée ».

De plus en plus utilisé, semble-t-il, dans le langage courant, le terme *borderline* sert alors à qualifier une personne dont on considère le comportement comme excessif, s'écartant de la norme, dépassant la limite (le seuil) entre l'acceptable et l'inacceptable. Il peut être employé pour désigner quelqu'un qui, dans une conduite transgressive et à risque, aurait franchi une ligne jaune ou rouge (réelle ou symbolique). On citera à titre d'exemples : « Méfie-toi de lui, c'est un *borderline* » ; « Elle est vraiment *borderline* dans sa vie sexuelle » ; « Il est un peu *borderline* dans sa relation à l'argent. »

Enfin, en ce qui concerne l'usage de cet anglicisme en dehors du vocabulaire de la psychiatrie, on retiendra ce commentaire de l'Académie française (2012) : « Il est aujourd'hui appliqué de manière fantaisiste à ce qui paraît difficile à comprendre, à cerner, à définir, à ce qui va un peu trop loin pour être tout à fait acceptable, dépasse la mesure, les bornes. *Borderline* supplante *Limite*, également utilisé en ce sens, en y ajoutant peut-être une nuance d'étrangeté et d'inquiétude. Rien de ce qu'évoque le mot *borderline* n'est impossible à exprimer en termes simples et clairs. On se dispensera donc de l'employer. »

2.

Quelle est l'origine du concept de pathologie borderline ?

C'est le psychiatre américain C.H. Hughes, qui en 1884, introduit ce terme dans la littérature médicale pour désigner des patients qu'il considère comme se situant à la « frontière de la folie » (*the borderland of insanity*), c'est-à-dire pouvant délirer tout en conservant une certaine conscience de leurs troubles (« folies limites »). Quelques années plus tard (1890), son collègue Ervin Ross aura recours au terme borderline pour décrire des sujets qui, bien qu'étant non-psychotiques, présentent des symptômes d'allure psychotique.

À la fin du XIX^e siècle, le psychiatre allemand Emil Kraepelin qualifie de borderlines des meurtriers, inclassables sur le plan psychiatrique, qui ne relèvent pas du diagnostic de psychose, sans pour autant appartenir au registre de la normalité. Il décrit des « formes atténuées de démence précoce », c'est-à-dire des troubles qui se situent à la limite de la schizophrénie. Eugen Bleuler, créateur de ce dernier concept, isolera, pour sa part, une forme de « schizophrénie latente » (1926), ayant la particularité de ne jamais évoluer vers un tableau clinique de psychose avérée.

À la même époque, le psychiatre français Henri Claude évoque l'existence de « schizoses » (1924), avant de développer en 1939 le concept de « schizonévrose », (repris par Henri Ey en 1955), qui représente une pathologie à cheval entre psychose et névrose et caractérisée par la survenue de bouffées délirantes sur un fond de manifestations névrotiques polymorphes. La « schizophrénie pseudo-névrotique » (Hoch & Polatin, 1949) en semble peu éloignée.

Comme on le voit ces premières descriptions d'états frontières – qui émanent de psychiatres et préfigurent en quelque sorte les futurs états limites – tendent à rattacher ceux-ci à la schizophrénie. À l'évidence, cette donnée historique ne sera pas étrangère à l'idée que, durant presque tout le XX^e siècle, l'on gardera de l'état-limite, à savoir une pathologie, non pas indépendante, mais ayant des liens étroits avec la schizophrénie et pouvant en représenter par là un solide précurseur.

Mais celui que l'on considère comme le véritable concepteur du trouble borderline est le psychanalyste américain Adolph Stern (1879-1958). Ce dernier, en 1938, identifie une catégorie de patients qui se présentent en apparence comme névrosés, mais chez lesquels on peut soupçonner

l'existence d'un pôle psychotique. Il a été alerté par le fait que ces sujets, non seulement ne répondaient pas favorablement à la psychanalyse classique, mais encore étaient susceptibles, au cours d'une cure, de développer des éléments psychotiques tels : trouble de l'identité, perte temporaire de contact avec la réalité, mécanismes de défense projectifs... Et d'émettre alors l'idée qu'ils pourraient constituer une entité distincte à la fois de la névrose et de la psychose : « Qu'ils forment un groupe par eux-mêmes que nous pouvons désigner comme borderline est une hypothèse parfaitement justifiée. »

Dès cette époque, A. Stern repère chez ces sujets un certain nombre d'aspects cliniques que l'on retrouve dans les descriptions modernes de la pathologie limite : tendance à idéaliser/dévaloriser l'entourage (et le psychanalyste) ; sentiment permanent d'insécurité intérieure ; impulsivité marquée, hypersensibilité, anxiété majeure ; relation aux autres instables et difficiles ; défaillance de l'estime de soi ; difficultés à faire face au stress ; impression de se vider (parlant à ce sujet « d'hémorragie psychique »).

Toutefois, on est encore loin, en cette année 1938, de la reconnaissance de l'autonomie du trouble borderline en tant que troisième structure, différente de la névrose et de la psychose.

Alors que Stern rangerait ses patients plutôt du côté des névrosés (comme en témoigne son article intitulé : « Investigation psychanalytique et abord thérapeutique dans un groupe borderline des névroses », in *Psychoanalytic Quarterly*, 1938), au même moment, Sigmund Freud, tout en mentionnant l'existence d'une catégorie de malades en marge de la nosographie, considère leur pathologie comme très proche de la psychose : « Les causes aussi bien que les mécanismes pathogéniques de leur maladie doivent être identiques ou tout au moins très semblables à ceux des psychotiques » (*Abrégé de psychanalyse*, 1938).

Par étapes, un certain nombre d'auteurs, essentiellement d'obédience psychanalytique, vont contribuer à affiner la description de l'état limite et à en développer le concept. L'aboutissement de cette démarche sera la reconnaissance de cet état en tant que structure psychopathologique indépendante des névroses et des psychoses.

En 1947, la britannique Melitta Schmideberg, fille de Mélanie Klein, laisse entendre que le trouble borderline correspond à une entité spécifique en remarquant que les patients qui en sont affectés demeurent « stables » de façon pérenne dans leur « instabilité ».

L'américaine Arlene Wolberg, en 1952, souligne que le patient borderline souffre d'une pathologie à part, dans la mesure où il ne peut être considéré ni comme névrosé, parce qu'il présente des angoisses et des mécanismes de défense archaïques du registre psychotique, ni comme « psychosé », puisqu'il garde un contact relativement adapté avec la réalité.

L'année suivante, encore aux États-Unis, Robert P. Knight tente de définir les états limites (*borderline states*) par des critères positifs. Il livre ainsi une description assez précise de leurs principaux symptômes qui, selon lui, découlent d'une fragilité du Moi : flou et irréalisme des projets de vie, sensibilité accrue aux remarques ou critiques d'autrui, sentiment de vide interne, fantasmes mégalomaniaques, relation de grande dépendance à l'autre, etc.

Avec Otto F. Kernberg, à partir des années 1960, une nouvelle étape sera franchie dans l'édification du concept et la compréhension du fonctionnement de l'état-limite. Ce psychiatre et psychanalyste américain est le premier à parler de la personnalité limite en terme « d'organisation » (*Borderline personality organization*, 1967). Selon lui, il s'agit d'une organisation psychopathologique durable, stable et spécifique de type névrotique, mais ayant la particularité de comporter un certain nombre de mécanismes de défense primitifs de nature psychotique (clivage, idéalisation primitive, identification projective, déni, omnipotence/dévalorisation, mise en acte), dont résultent des relations d'« objet » très perturbées ; objet investi en tant que protecteur, « prothèse externe », et tour à tour idéalisé et dévalorisé. Il reprendra à son compte la notion

de faiblesse du Moi, qu'il estime responsable d'un triple manque : de tolérance à l'angoisse (quelle que soit son intensité), de contrôle pulsionnel et de possibilité de sublimation.

Dans son ouvrage *Les troubles limites de la personnalité* (1975), il approfondira la description clinique (analyse descriptive) de la pathologie en s'efforçant d'en préciser les éléments les plus typiques. Parmi ceux-ci figurent notamment :

- une angoisse flottante, diffuse, envahissante (qui peut être en rapport avec des fantasmes d'abandon ou au contraire d'intrusion), souvent associée à un sentiment de perte du sens de l'existence et à un vécu de dépersonnalisation ;
- une dépression fréquente, sous-tendue par le sentiment de vide chronique, généralement dénuée de culpabilité et accompagnée d'affects de colère et de rage (à l'encontre de l'objet) ;
- des comportements impulsifs avec intolérance à la frustration, conduites addictives, prises de risques, passages à l'acte hétéro ou autoagressifs (dont automutilations) ;
- une absence d'identité nette et des traits de personnalité contradictoires ;
- une altération de la façon de vivre la réalité, mais avec une conservation de l'épreuve de réalité (qui permet la distinction avec les états psychotiques) ;
- des difficultés graves dans les relations humaines (manque d'empathie, conduites de dépendance, manipulation agressive des autres...).

Plutôt que d'organisation ou de structure, le psychiatre, psychanalyste français, Jean Bergeret, parlera « d'aménagement limite » (1972), qu'il considère comme un système « défensif » ayant pour objectif principal de prévenir la dépression. À la différence de Kernberg, il appréhende l'état limite comme un défaut de structuration psychique, un mode de fonctionnement particulier de la personnalité empruntant aux fonctionnements névrotiques, psychotiques, caractériels et pervers. Il voit dans la pathologie borderline une « maladie du narcissisme », une « troisième lignée psychopathologique », distincte de la névrose comme de la psychose et « ne pouvant en aucun cas constituer un terme de passage de l'une à l'autre. » Elle est surtout caractérisée, d'après lui, par