

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
NICOLAS HOUDE

LA PERSONNALITÉ BORDERLINE :
DISPARITÉS ET CONVERGENCES DIAGNOSTIQUES ENTRE
L'APPROCHE TAXINOMIQUE DU DSM-IV-TR
ET LE MODÈLE NOSOLOGIQUE PSYCHODYNAMIQUE DE JEAN BERGERET

SEPTEMBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA PERSONNALITÉ BORDERLINE :
DISPARITÉS ET CONVERGENCES DIAGNOSTIQUES ENTRE
L'APPROCHE TAXINOMIQUE DU DSM-IV-TR
ET LE MODÈLE NOSOLOGIQUE PSYCHODYNAMIQUE DE JEAN BERGERET

PAR
NICOLAS HOUDE

Julie Lefebvre, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

André Pellerin, évaluateur à l'interne

Université du Québec à Trois-Rivières

Louis Laroche, évaluateur externe

Groupe SCE inc.

Sommaire

Cet essai fait état des résultats obtenus dans le cadre d'une recherche documentaire visant à approfondir la compréhension du spectre psychopathologique de la personnalité borderline. Cet ouvrage vise à explorer les disparités et convergences entre deux champs psychodiagnostiques reconnus, soit le modèle taxinomique américain du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) et le modèle nosologique psychodynamique de Jean Bergeret. Cette exploration se situe au niveau des troubles de la personnalité de l'Axe II du DSM-IV-TR quant au trouble de la personnalité borderline ainsi qu'au niveau de l'ensemble du continuum psychodynamique de l'astructuration limite. Bien que ce terme soit utilisé par ces deux avenues psychodiagnostiques, il existe des différences fondamentales entre ces deux concepts cliniques, voire une absence de consensus, ainsi que plusieurs similarités. La question suivante est au centre de cet ouvrage. Quelles sont les principales disparités et convergences diagnostiques entre l'approche taxinomique du DSM-IV-TR et l'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret quant au diagnostic de borderline ? Les dualités taxinomie/nosologie et psychopathologie/normalité, ainsi que les aspects narcissique et dépressif y seraient les principales distinctions. Les convergences étudiées se retrouvent au niveau de la chronicité/fixité de la personnalité, de la nomenclature utilisée par les approches et de la symptomatologie. Cet ouvrage se veut avant tout exploratoire. Enfin, il serait intéressant d'étudier la possibilité de développer un modèle intégratif afin de mieux circonscrire le diagnostic de borderline. Il pourrait ainsi élargir l'étendue de la psychopathologie par une conception novatrice des dimensions entourant l'état-limite, le borderline.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vii
Introduction	1
Contexte théorique	6
Aspects historiques	7
Taxinomie et nosologie	10
Perspectives psychodiagnostiques	10
L'approche taxinomique du DSM	11
L'évaluation multiaxiale	11
Les troubles de la personnalité	13
Le groupe A	14
Le groupe B	15
Le groupe C	16
Le trouble de la personnalité non spécifié	17
Le trouble de la personnalité borderline	20
Caractéristiques diagnostiques	20
Épidémiologie et étiologie	24
Caractéristiques et troubles associés	26
L'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret	30
La psychodynamique	30

Notion de structuration de la personnalité	32
L'astructuration limite de la personnalité	34
Organisation psychique	35
Étiologie	38
Autres évolutions	39
Pertinence et objectifs de l'essai	41
Discussion	43
Disparités	44
Taxinomie et nosologie	45
Normalité et psychopathologie	46
Narcissisme	49
Dépression	51
Convergences	52
Chronicité et fixité	52
Nomenclature	53
Symptomatologie	55
Portée et limites	57
Vers un modèle intégratif	61
Domaines clinique et pédagogique	62
Conclusion	65
Références	68
Appendice A : Nomenclature associée au terme borderline	72

Appendice B : Modèles à intégrer	74
Lexique	76

Liste des tableaux

Tableau

1. Évolution chronologique des termes associés au diagnostic borderline (Stone, 1980)	9
2. Synthèse des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR (APA, 2003)	19
3. Diagnostic différentiel avec les troubles de la personnalité comorbides	29
4. Comparaisons entre les lignées structurelles selon Bergeret (1996a)	34
5. Disparités et convergences du diagnostic borderline	57

Introduction

L'acte médical qu'est le psychodiagnostic est une démarche professionnelle qui se doit d'être exécutée à partir de modèles scientifiques. Cet acte propose la classification des individus selon leurs symptômes (contenu manifeste) mais aussi, dans certains cas, selon leur dynamisme interne de fonctionnement psychique (contenu latent). Or, certaines approches thérapeutiques diffèrent quant à la signification de quelques termes usuels en pratique qui, en théorie, se ressemblent à plusieurs égards mais possèdent également des distinctions importantes. L'éventail diagnostique psychopathologique en est affecté. La nomenclature propre à chaque science se doit d'être concise et devrait permettre d'englober toutes les dimensions d'un phénomène particulier.

L'approche américaine, basée sur un modèle médical d'évaluation multiaxiale, propose que les troubles de la personnalité s'expriment sous trois principaux groupes présentés selon une taxinomie particulière. Par ailleurs, l'approche européenne nosologique issue de la psychanalyse (perspective psychodynamique) suggère que la personnalité se structure à l'intérieur d'un processus développemental qui laisse des traces, certaines fixations. L'aspect symptomatique de l'individu est principalement ciblé dans la première approche tandis que la genèse de la personnalité, la cristallisation structurelle, est davantage sollicitée dans la seconde sans toutefois y exclure la symptomatologie manifeste. Chacune de ces approches diagnostiques est grandement utilisée dans la psychologie clinique moderne.

Le trouble de la personnalité limite est très répandu dans la population clinique, voire de plus en plus fréquent, et il semble qu'il existe plusieurs acceptions pour le définir. Ce concept est sans contredit assez ambigu pour ce qui est de ses positions taxinomique et nosologique. Il semble y avoir une absence de consensus à cet égard et il est sans doute possible d'éviter que les cliniciens considèrent ce type de personnalité comme étant une catégorie « fourre-tout ». Pourtant, certains éléments psychodynamiques convergent avec les symptômes présentés par l'approche américaine du DSM-IV-TR, mais rares sont les écrits où il y est fait mention. Ainsi, les divergences entre ces modèles suggèrent qu'une restructuration au niveau de la classification de certaines psychopathologies, du moins au niveau de la nomenclature, pourrait permettre une meilleure communication entre les professionnels.

En psychiatrie, la véritable catégorisation empirique se doit de tenir compte des différentes théories paradigmatiques. Or, il est possible de croire qu'un modèle intégré permettrait de mieux circonscrire la personnalité limite à l'intérieur d'un cadre nosologique davantage concis et avec une vision plus éclectique, voire holistique, de ce phénomène. Cette démarche théorique propose comme objectif de répondre à la question suivante : quelles sont les principales disparités et convergences diagnostiques entre l'approche taxinomique du DSM-IV-TR et l'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret quant au diagnostic de borderline ?

Cette décision de recherche prend assise sur le DSM-IV-TR (APA, 2003) puisqu'il est l'outil diagnostique le plus répandu en psychologie ainsi que sur la vision holistique de Jean Bergeret (1975, 1996a, 1996c, 2004) et son intégration des principaux auteurs psychanalytiques classiques et modernes qui se sont intéressés de près ou de loin à l'étude de la conceptualisation psychique borderline. Entre autres, on note K. Abraham, D. Anzieu, V. W. Eisenstein, S. Ferenczi, S. Freud, A. Green, B. Grunberger, E. Jones, O. Kernberg, J. F. Masterson, W. Reid, R. Roussillon, M. Stone, D. W. Winnicott, et plusieurs autres.

Dans les sections suivantes, il sera question des éléments présentés ci-contre. Les aspects historiques entourant le diagnostic de borderline, une brève description comparative entre les notions de taxinomie et de nosologie, puis une présentation détaillée des perspectives diagnostiques. Ces perspectives seront décrites de cette façon : tout d'abord, il sera question de l'approche taxinomique du DSM-IV-TR, soit l'évaluation multiaxiale, les troubles de la personnalité et plus précisément le trouble de la personnalité borderline (caractéristiques diagnostiques, épidémiologie et étiologie, autres caractéristiques et troubles associés). Ensuite sera présenté le modèle nosologique de Jean Bergeret, soit une présentation des principales notions psychodynamiques se référant à la psychanalyse, la notion de structuration de la personnalité et plus précisément l'astructuration limite de la personnalité (organisation psychique, étiologie et autres évolutions).

Cet ouvrage prendra fin avec une discussion au niveau des disparités et convergences quant aux approches susmentionnées. La proposition hypothétique d'un modèle à intégrer, une convergence des perspectives psychodiagnostiques, pour ce qui est de leur hétérogénéité et homogénéité, sera aussi discutée quant à sa portée dans les domaines clinique et pédagogique, mais aussi par rapport aux limites de ce modèle. Un lexique accompagne cet essai afin d'en faciliter la lecture, lequel est joint à la toute fin et concerne les mots marqués d'un astérisque (*) dans le texte.

Contexte théorique

Le présent essai consiste en une analyse comparative entre le trouble de la personnalité borderline tel que présenté par le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique des troubles mentaux ; texte révisé) (APA, 2003) et la conception de Jean Bergeret (Bergeret, 1975, 1996a, 2004) quant à l'aménagement limite de la personnalité. Il s'agit d'une tentative épistémologique afin de dégager ces deux entités à la fois convergentes et divergentes et afin d'élaborer des interrogations quant à l'utilisation de ce terme diagnostique dans les domaines clinique et pédagogique. Voici tout d'abord un aperçu des aspects historiques concernant le diagnostic de borderline puis une brève description comparative entre les notions de taxinomie et de nosologie.

Aspects historiques

Le terme *borderline* a été cité pour la première fois en 1884 en psychiatrie dans les travaux de Hugues (cité dans Bergeret, 1975) afin de décrire des individus qui oscillaient constamment entre la pathologie et la normalité. En 1890, les recherches de Rosse (cité dans Bergeret, 1975) proposent également un ouvrage faisant état des « preuves cliniques des folies-limites », qui suggère également un intérêt pour ce type de psychopathologie. Certains psychiatres avaient d'ailleurs remarqué à cette époque la présence de tableaux cliniques distincts qui ne correspondaient pas avec les lignées psychotique et névrotique classiques. Ces états pouvaient être classifiés comme des « formes atténuées de schizophrénie » ou encore comme étant des pathologies du caractère et de la

personnalité (Bergeret, 2004). En outre, il est estimé que le terme de « névrose » fut introduit en 1777 par Cullen et le terme de « psychose » par Feuchtersleben en 1845 (Bergeret, 1996a).

Depuis ces années, la psychiatrie a tenté de dégager une nomenclature propre à ces fonctionnements pathologiques particuliers, à ces états dits non psychotiques et non névrotiques (voir Tableau 1, p. 9). Cela a d'ailleurs permis de créer une liste de pathologies aussi étendue qu'hétérogène au niveau des appellations qui amène maintes confusions en ce qui a trait à l'évaluation psychopathologique et à la nosologie subséquente utilisée (Bergeret, 1996a). Ces différentes appellations, cette nomenclature, ont pour but d'améliorer le champ scientifique de l'évaluation, mais peuvent également alourdir la confusion déjà présente au niveau du polymorphisme psychopathologique quant au caractère morbide (voir Appendice A pour les nombreuses autres appellations qui ont aussi été utilisées).

Les sections qui suivent traiteront des principales distinctions entre la taxinomie et la nosologie, ainsi que la présentation générale des deux modèles susmentionnés, soit le DSM-IV-TR et la théorie de Jean Bergeret.

Tableau 1

Évolution chronologique des termes associés au diagnostic borderline (Stone, 1980)

Auteur	Date	Terme proposé [Traduction libre]
Clark	1919	Névrose <i>borderland</i>
Moore	1921	Borderline ; <i>parataxis</i>
Wilhelm Reich	1925	Caractère impulsif
Oberndorf	1930	Borderline
Glover	1932	Schizophrénie naissante
Kasanin	1933	Schizo-affectif
Stern	1938	Borderline
Zilboorg	1941	Schizophrénie ambulatoire
H. Deutsch	1942	Personnalité « As if »
Rapaport, Gill, and Shafer	1945	Préschizophrénique
Schmideberg	1947	Borderline
Federn	1947	Psychose latente
Hochschild Polatin	1949	Schizophrénie pseudonévrotique
Bychowski	1953	Schizophrénie latente
Knight	1954	Borderline
J. Frosch	1954	Caractère psychotique
Ekstein	1955	Schizophrénie borderline
Rado	1956	Humeur cyclique ou « dépressive » ; schizotypique
Beck	1959	Schizophrénie non-psychotique
Easser and Lesser	1965	Hystéroïde
Mitsuda	1965	Psychose atypique
Kernberg	1967	Structure borderline
Grinker et al.	1968	Borderline
Kety et al.	1968	Schizophrénie borderline
D. Klein	1969	Dysphorie hystéroïde
Mahler	1971	Borderline
Aarkrog	1973	Psychose borderline
Gunderson	1975	Trouble de la personnalité borderline
Spitzer, Endicott, and Gibbons	1979	Personnalité schizotypique borderline ; Personnalité instable borderline

Taxinomie et nosologie

Il existe plusieurs façons de concevoir la psychopathologie et chacune des écoles de pensée, théoriques et athéoriques, propose une vision bien à elle de décrire les différents troubles dits de la personnalité. Or, ces perspectives psychopathologiques pourraient être classées selon deux champs d'étude particuliers. La taxinomie *ou* nosographie propose une méthode de classification systématique découlant de la nosologie afin de nommer les pathologies et de les classer puis de présenter les relations entre elles. La nosologie a pour objectif de déterminer les critères de classification des maladies en prenant en compte la sémiologie, l'étiologie et la pathogénie.

Perspectives psychodiagnostiques

Le domaine de la psychopathologie comporte plusieurs écoles de pensées qui peuvent parfois sembler contradictoires bien que complémentaires. En effet, les psychanalystes et les thérapeutes d'approche cognitive et comportementale possèdent certaines divergences quant à leurs modèles privilégiés d'expertise psychopathologique.

Or, ces différentes conceptions de la normalité et de la pathologie peuvent alourdir le système médical en ce qui a trait aux évaluations et aux interprétations cliniques. Le polymorphisme psychopathologique est principalement issu de cette conception dualiste en lien avec les différentes écoles de pensée.

Voici une présentation des deux modèles psychopathologiques proposés dans cet ouvrage. Il s'agira tout d'abord de l'approche américaine du Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, APA, 2003) puis de l'approche européenne psychodynamique de structuration de la personnalité de Jean Bergeret.

L'approche taxinomique du DSM

La présente section fait état de l'approche taxinomique du DSM-IV-TR. Il sera question de l'évaluation multiaxiale, du concept de trouble de la personnalité, soit les groupes A, B, C et le trouble de la personnalité non spécifié. Puis, le trouble de la personnalité borderline sera étudié de façon plus approfondie (caractéristiques diagnostiques, épidémiologie et étiologie, autres caractéristiques et troubles associés).

L'évaluation multiaxiale

Le système d'évaluation multiaxiale suggère un modèle permettant d'aider le clinicien dans son pronostic. La classification proposée par le DSM-IV-TR (APA, 2003), de type taxinomique, comporte cinq axes susceptibles de mieux intégrer les différents critères pouvant structurer l'évaluation psychopathologique. C'est en fait l'évaluation systématique qui est visée en considérant plusieurs dimensions personnelles et sociales de l'individu. Selon cette approche, il faut tenir compte des divers troubles mentaux, des affections médicales générales, des problèmes psychosociaux et environnementaux ainsi que du niveau de fonctionnement. L'objectif de cette

classification est la communication dans le domaine de la psychopathologie et la stimulation de l'application du modèle biopsychosocial.

Ces axes sont les suivants, dans l'ordre. L'Axe I considère les troubles cliniques et les autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique. Cet axe peut comporter plusieurs éléments tels que les troubles anxieux, somatoformes, factices, sexuels, dissociatifs, de l'humeur, du sommeil, de l'alimentation, etc. L'Axe II sert quant à lui à indiquer les troubles de la personnalité ainsi que le retard mental. Une mauvaise utilisation des mécanismes de défense peut aussi être intégrée à cet axe. Celui-ci propose une chronicité quant au trouble tandis que l'axe premier est habituellement situationnel.

L'Axe III est réservé aux affections médicales générales. Il importe toutefois de stipuler que même s'il existe une distinction entre les troubles des Axes I, II et III, cela ne signifie pas qu'il existe entre eux des différences fondamentales (APA, 2003). L'Axe IV tient compte des problèmes psychosociaux et environnementaux (p. ex., événement de vie, stress familial ou interpersonnel, etc.). En dernier lieu, l'Axe V permet de rendre compte de l'évaluation globale du fonctionnement. Une échelle est réservée à cet effet, soit l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Cette échelle permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique de la santé mentale à la psychopathologie. Il ne faut toutefois pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs d'ordre physique ou environnemental procurant une limitation (APA, 2003). Cette évaluation est effectuée

sur une échelle de 1 à 100 (un score élevé caractérisant un niveau supérieur de fonctionnement).

Les troubles de la personnalité

Le DSM-IV-TR (APA, 2003) suggère qu'un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement. Les critères diagnostiques généraux suivants doivent être respectés pour établir un tel diagnostic (APA, 2003).

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- (1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements) ;
- (2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ;
- (3) le fonctionnement interpersonnel ;
- (4) le contrôle des impulsions ;

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales diverses ;

- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ;
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental ;
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Ces troubles de la personnalité sont d'ailleurs classifiés en trois groupes, selon la présence de différents symptômes. Ces groupes sont présentés comme suit.

Le groupe A. Les troubles de la personnalité du groupe A caractérisent des individus qui paraissent souvent bizarres ou excentriques. Tout d'abord, la personnalité *paranoïaque* est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes. On note aussi que l'individu peut s'attendre sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent et discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins. La personnalité *schizoïde* est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des réponses émotionnelles. On peut aussi noter que l'individu ne recherche, ni n'apprécie, les

relations proches y compris les relations intrafamiliales et fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité. La *personnalité schizotypique* est quant à elle caractérisée par une gêne aigüe dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques - on peut également noter d'autres symptômes tels que des idées de référence, des croyances bizarres qui influencent le comportement et un aspect bizarre du comportement, excentrique ou singulier. Enfin, on remarque une anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand l'individu se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

Le groupe B. Les troubles de la personnalité du groupe B caractérisent des individus qui se montrent souvent sous un jour théâtral, émotifs et capricieux. La *personnalité antisociale* est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui - on peut aussi noter une incapacité de se conformer aux normes sociales, une tendance à tromper par profit ou par plaisir, une impulsivité, une irresponsabilité persistante (indiquée, par exemple, par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières) et une absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui. La *personnalité borderline* est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects (voir p. 19 pour la description détaillée des différents symptômes de ce trouble). La *personnalité histrionique* est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête

d'attention - on peut aussi noter que l'individu est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas le centre d'attention d'autrui et que l'expression émotionnelle est souvent superficielle, rapidement changeante et exagérée. La personnalité *narcissique* est caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie - on peut également noter que l'individu a un sens grandiose de sa propre importance, qu'il est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur ou d'amour idéal et a le besoin excessif d'être admiré.

Le groupe C. Les troubles de la personnalité du groupe C caractérisent des individus qui semblent souvent anxieux et craintifs. La personnalité *évitante* est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui - on peut aussi noter que l'individu évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté et une réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé. Par ailleurs, la personnalité *dépendante* est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge - on peut également noter que l'individu a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui et cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin lorsqu'une relation proche se termine. La personnalité *obsessionnelle-compulsive* est quant à elle caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle - on peut aussi noter des préoccupations par les détails, les règles, les

inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue et une réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.

Le trouble de la personnalité non spécifié. Certains types de troubles de la personnalité ne peuvent remplir tous les critères ou ne sont pas inclus dans la taxinomie du DSM-IV-TR (APA, 2003). Ces troubles de la personnalité sont caractérisés de la sorte, selon deux critères particuliers. Tout d'abord, le type de personnalité du sujet satisfait aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité sont présents, mais les critères d'aucun trouble en particulier ne sont remplis ou bien l'individu a un type de personnalité qui satisfait aux critères généraux des troubles de la personnalité, mais le trouble particulier de la personnalité qu'il est censé présenter n'est pas inclus dans cette classification. Il pourrait ici s'agir d'une personnalité dépressive ou d'une personnalité passive-agressive.

Certains autres troubles de la personnalité, considérés dans l'annexe B du DSM-IV-TR (APA, 2003), suggèrent des critères de recherches pour deux troubles particuliers. Il s'agit tout d'abord du trouble de la personnalité *dépressive*. Ce trouble est caractérisé par une humeur habituelle avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie et une image de soi reposant sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi. La personne est aussi critique envers elle-même, elle se fait des reproches et se déprécie. Elle exprime également une propension à

ruminer et à se faire du souci, une vision négative/critique (pessimisme) et réprobatrice d'autrui ainsi qu'une tendance à éprouver de la culpabilité ou des remords.

Le second trouble est le trouble de personnalité *passive-agressive* ou *négaliviste*. Il s'agit d'individus qui résistent passivement à l'accomplissement des tâches professionnelles ou sociales habituelles et qui se plaignent de ne pas être compris et appréciés par les autres. Ils sont souvent maussades et ergoteurs (pointilleux/chicaniers) et ils critiquent ou méprisent sans raison l'autorité. Ils expriment également de l'envie et du ressentiment envers ceux qui ont apparemment plus de chance et alternent entre défiance hostile et contrition. Le Tableau 2 (p. 19) présente la synthèse des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR (APA, 2003) en excluant les personnalités dépressive et passive-agressive (puisque'il s'agit de critères de recherche).

La section suivante présente de façon détaillée le trouble de la personnalité borderline. Il s'agit d'une présentation des principales caractéristiques diagnostiques (symptômes), de l'épidémiologie (répartition selon l'âge et le sexe, fréquence dans la population et gravité/évolution du trouble) et de l'étiologie (causes et facteurs entourant le diagnostic différentiel) du trouble ainsi que des autres caractéristiques et troubles associés, tels que proposé par le DSM-IV-TR (APA, 2003).

Tableau 2

Synthèse des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR (APA, 2003)

Groupe	Types de personnalité	Symptomatologie
A	Paranoïaque	Méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes ;
	Schizoïde	Détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles ;
	Schizotypique	Gêne aiguë dans les relations proches, distorsions cognitives et conduites excentriques ;
B	Antisociale	Mépris et transgression des droits d'autrui ;
	Borderline	Impulsivité marquée et instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ;
	Histrionique	Réponses émotionnelles excessives et quête d'attention ;
	Narcissique	Fantaisies ou comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie ;
C	Évitante	Inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ;
	Dépendante	Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge ;
	Obsessionnelle-compulsive	Préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle ;
Trouble de la personnalité non spécifié	1) Satisfait aux critères généraux d'un TP mais les critères d'aucun trouble en particulier ne sont remplis ; 2) Ou satisfait aux critères généraux des TP mais le TP particulier qu'il est censé présenter n'est pas inclus dans cette classification (p. ex. personnalités dépressive ou passive-agressive).	

Le trouble de la personnalité borderline

Caractéristiques diagnostiques. De façon globale, selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par 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 qui est présent dans des contextes divers. Au moins cinq des manifestations suivantes doivent être présentes pour ce diagnostic.

Tout d'abord, on note des *efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés*. Les individus ayant reçu le trouble de la personnalité borderline ressentent une peur intense d'être abandonnés liée à l'intolérance à la solitude et au besoin d'avoir d'autres gens avec soi. Il ressentent également une colère inappropriée quand ils sont confrontés à une séparation, même compréhensible et limitée dans le temps, ou à une modification inévitable de l'emploi du temps. Par exemple, ils sont brutalement bouleversés quand le praticien annonce que la consultation est terminée ou bien ressentent de la panique ou de la rage quand une personne importante à leurs yeux est en retard de quelques minutes ou doit annuler un rendez-vous.

Ces individus sont très sensibles aux circonstances de l'environnement. En effet, la perception d'une séparation ou d'un rejet imminents ou encore la perte d'une structure externe peuvent profondément modifier l'image de soi, les affects, la cognition ou le comportement. Ils peuvent croire qu'ils sont « abandonnés » parce qu'ils sont

« mauvais » et les efforts effrénés pour éviter l'abandon peuvent aller jusqu'à des actes impulsifs comme des automutilations ou des gestes suicidaires.

On remarque ensuite un *mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation*. Ils peuvent idéaliser un partenaire potentiel ou une personne qui pourrait s'occuper d'eux après seulement une ou deux rencontres, exiger de passer beaucoup de temps avec cette personne et partager les détails les plus intimes dès le début de la relation. Toutefois ils peuvent également basculer très vite de l'idéalisation à la dévalorisation (leur opinion des autres peut se retourner brusquement, le partenaire étant tour à tour vu comme un soutien généreux puis comme méchant et cruel), estimant que cette personne ne s'occupe pas assez d'eux, ne donne pas assez ou n'est pas assez présente.

Ils peuvent éprouver de l'empathie et prendre soin d'autrui, mais seulement dans l'attente que l'autre sera à son tour disponible pour satisfaire leurs besoins et exigences. De telles oscillations traduisent souvent le fait qu'ils sont déçus par une personne dont le soutien était idéalisé, puis dont le rejet ou l'abandon est anticipé.

La manifestation suivante est la *perturbation de l'identité : une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi*. Il y a des retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et

des désirs professionnels. Les idées et les projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, les valeurs et le type de fréquentations peuvent changer soudainement. Ces individus peuvent aussi passer brutalement d'une position où ils quémandent de l'aide à l'idée qu'ils ont le droit de se venger pour les mauvais traitements reçus dans le passé.

Bien que leur image de soi soit fondée sur la notion d'être bon ou mauvais, ils peuvent parfois avoir le sentiment de ne pas exister du tout. Ce sentiment survient habituellement dans les situations où l'individu ressent l'absence d'une relation significative, de soutien et de support. Leurs performances peuvent chuter quand le cadre professionnel ou scolaire est peu structuré.

Il est aussi possible de noter une *impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour l'individu* (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). Ils peuvent jouer, dépenser de manière irresponsable, avoir des crises de boulimie, utiliser des drogues, s'engager dans des pratiques sexuelles dangereuses ou conduire de manière imprudente.

La répétition de *comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation* est fréquente. Le décès par suicide survient chez 8 à 10 % de ces personnes et les automutilations (p. ex., brûlures, coupures) ainsi que les gestes ou menaces suicidaires sont très fréquents. Des comportements suicidaires répétés sont souvent à l'origine de la demande de soins. Ces actes autodestructeurs sont souvent précipités par des menaces de

séparation et de rejet, ou venir pendant une expérience de dissociation et apporte souvent un soulagement dans la mesure où elle vient reconfirmer que l'individu peut ressentir voire qu'il expie le fait qu'il est mauvais.

On note une *instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur* (p. ex., dysphorie, épisode intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours). Leur humeur dysphorique de base est souvent entrecoupée de périodes de colère, de panique ou de désespoir et est plus rarement éclaircie par des périodes de bien-être ou de satisfaction. Ces épisodes peuvent refléter la sensibilité extrême de l'individu aux facteurs de stress interpersonnels.

Il est aussi possible d'identifier des *sentiments chroniques de vide*. Les individus ayant reçu le diagnostic de borderline sont portés à s'ennuyer facilement et recherchent en permanence une occupation.

Parfois, on remarque des *colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère* (p.ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées). Ils peuvent alors être très sarcastiques et acerbes et avoir des paroles très virulentes. La colère de l'individu est souvent provoquée par l'impression que son partenaire ou la personne qui s'occupe de lui le néglige, ne donne pas assez, n'est pas assez attentionné ou risque de le quitter. Ces accès de colère sont souvent suivis par de la honte et de la culpabilité et contribuent à l'impression qu'a l'individu d'être mauvais.

Enfin, on note une *survenue transitoire d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères* (p. ex., de la dépersonnalisation) *dans des situations de stress*. Ces symptômes et épisodes, souvent en réponse à un abandon réel ou imaginé, ont habituellement une sévérité et une durée insuffisantes pour justifier un diagnostic supplémentaire. Les symptômes sont habituellement transitoires et ne durent que quelques minutes à quelques heures. Le retour effectif de la personne qui s'occupe de l'individu, ou ce qui est perçu comme tel, peut provoquer la rémission des symptômes.

Épidémiologie et étiologie. L'épidémiologie du trouble de la personnalité borderline propose les éléments suivants pour ce qui est de sa répartition dans la population. Tout d'abord, la prévalence de ce trouble est évaluée à environ 1 % à 3 % dans la population générale (Widdiger & Weissman, 1991 ; cités dans Barlow & Durand, 2007) et environ cinq fois plus fréquente chez les parents biologiques du premier degré. Cette prévalence est aussi associée à un risque familial plus élevé pour les troubles liés à l'utilisation d'une substance, la personnalité antisociale et les troubles de l'humeur (APA, 2003).

L'évolution de la Personnalité borderline est extrêmement variable. Le mode le plus fréquent est celui d'une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes notables de perte du contrôle des affects et des impulsions ainsi qu'un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale. [...] La plupart de ces sujets deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail au cours de la trentaine et de la quarantaine (APA, 2003, pp. 815-816).

Pour ce qui est de la population constituée des individus en consultation psychiatrique, ce ratio s'élève à 10 % et même 15 % (Barlow & Durand, 2007) et atteindrait 20 % chez les patients hospitalisés dans des services de psychiatrie. Si on considère la

globalité des populations vues en clinique pour ce trouble de la personnalité, la prévalence est comprise entre 30 et 60 %. De plus, en tenant compte des caractéristiques liées au sexe de l'individu, il est noté que le diagnostic de personnalité borderline est fait dans 75 % des cas chez la femme (APA, 2003 ; Barlow & Durand, 2007).

Au point de vue étiologique, il existe aussi des polémiques en ce qui a trait à la survenue possible dès l'enfance du trouble de la personnalité borderline. Certains auteurs stipulent que des facteurs familiaux tels que la séparation précoce avec les parents et l'abus physique et sexuel peuvent générer ce trouble de la personnalité. Il semble toutefois y avoir des interrogations pour ce qui est de l'applicabilité de ce diagnostic en bas âge (Bleiberg, 1994). En effet, les critères du DSM-IV-TR (APA, 2003) sont spécifiques en ce qui a trait aux troubles de la personnalité et ceux-ci sont supposés survenir à un âge ultérieur à l'enfance et l'adolescence.

Par contre, seul le trouble de la personnalité antisociale ne peut être diagnostiqué avant 18 ans. En effet, si un individu présente les caractéristiques d'un trouble de la personnalité depuis au moins un an, celui-ci peut être diagnostiqué avant 18 ans (APA 2003). Or, pour certains auteurs, le terme de « borderline » en tant que diagnostic infantile est une mauvaise qualification pour un ensemble de symptômes qui, conjointement, peuvent suggérer l'existence de multiples instabilités affectives, comportementales et cognitives (Lewis, 1996).

Outre le terme de personnalité borderline utilisé par le DSM-IV-TR (APA, 2003), les critères diagnostiques pour la recherche de la Classification internationale des maladies (CIM-10/ICD-10, Organisation Mondiale de la Santé, 1992) propose quant à elle un terme - une nomenclature - différent pour cet état, soit la *personnalité émotionnellement labile, type borderline*.

Caractéristiques et troubles associés. Plusieurs autres caractéristiques et troubles associés peuvent se joindre aux critères énumérés ci-haut. Voici une brève description de ces éléments tels que présentés par le DSM-IV-TR (APA, 2003).

Il arrive que les individus borderline aient aussi tendance à se saborder juste avant d'atteindre un but (p. ex., en quittant l'école juste avant d'obtenir un diplôme ; ou en régressant sévèrement, juste après avoir discuté des progrès qu'ils ont faits sous traitement ; ou encore en détruisant une bonne relation à un moment où il devient clair que cette relation est en passe de devenir durable).

Certains individus présentent également des symptômes d'allure psychotique (p. ex., hallucinations, distorsions de l'image du corps, idées de référence et phénomènes hypnagogiques) pendant les périodes de stress. Ces personnes peuvent être plus rassurées par des objets transitionnels (p. ex., un animal de compagnie ou un objet inanimé) que par la relation avec une autre personne.

Il existe un risque de décès prématuré par suicide, notamment en cas de trouble de l'humeur ou de trouble lié à l'utilisation de substance concomitants. Dulit et al. (1993 ; cités dans Barlow & Durand, 2007) stipulent que 67 % des personnes borderline sont aussi diagnostiquées comme présentant un trouble lié à une substance. Des handicaps physiques peuvent également résulter d'un abus de substances ou de tentatives de suicide échouées. Le risque de suicide qui résulte de ce trouble est très élevé chez le jeune adulte et décroît progressivement par la suite. Il est aussi fréquent d'observer des pertes d'emploi répétées, des études interrompues et des échecs conjugaux. On retrouve plus souvent dans l'enfance des individus borderline des antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, de négligence parentale, de conflits parentaux ou de perte ou de séparation parentale précoce (APA, 2003).

Il faut aussi mentionner que la personnalité borderline est souvent observée en même temps que certains troubles de l'humeur. Ainsi, selon Widiger et Rogers (1989), on remarque que 24 % à 74 % des personnes ayant un trouble de la personnalité borderline souffriraient conjointement d'un trouble dépressif majeur et 4 % à 20 % d'un trouble bipolaire. Il faut toutefois s'assurer que le début du trouble de la personnalité est précoce et qu'il s'agit d'une longue évolution pour effectuer ce double diagnostic (APA, 2003).

Parmi les autres troubles de l'Axe I qui sont souvent associés on note les troubles des conduites alimentaires, notamment la boulimie dont près de 25 % des boulimiques présenteraient également un trouble de la personnalité borderline (Barlow & Durand,

2007). On note aussi l'État de Stress post-traumatique et le Déficit de l'attention/hyperactivité. La personnalité borderline est d'ailleurs souvent associée à d'autres troubles de la personnalité (p. ex. : schizotypique, paranoïaque, narcissique, histrionique, antisociale et dépendante) (APA, 2003).

Il est toutefois possible de faire le diagnostic différentiel de manière éclairée si on se fie aux principales distinctions entre les caractéristiques communes aux troubles de la personnalité comorbides avec le trouble de la personnalité borderline et en y apportant certaines nuances (voir tableau 3, p. 29).

Comme il fut mentionné au début de cet essai, le modèle taxinomique susmentionné sera étudié et comparé avec l'approche européenne de Jean Bergeret, modèle psychodynamique issu de la psychanalyse freudienne. Cet auteur a été choisi puisque ses constats cliniques regroupent la majorité des conceptions psychodynamiques classiques et modernes (Bergeret, 1975, 1996a, 1996c, 2004). La section suivante fait état de l'approche nosologique de Jean Bergeret, approche psychodynamique, et des principes fondamentaux de la psychanalyse (points de vue topique, économique et dynamique).

Tableau 3

Diagnostic différentiel avec les troubles de la personnalité comorbides

Troubles de personnalité comorbides	Symptômes comorbides	Symptômes différentiels
Histrionique	<ul style="list-style-type: none"> - Quête d'attention - Comportement manipulateur - Affects labiles 	<ul style="list-style-type: none"> - Autodestructeur - Rupture violente de relations proches - Sentiments de vide profond et de solitude
Schizotypique	<ul style="list-style-type: none"> - Idées persécutoires - Illusions 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes plus transitoires - Plus de réactivité interpersonnelle - Répondent plus à l'effet structurant de l'environnement
Paranoïaque et narcissique	<ul style="list-style-type: none"> - Réactions coléreuses à des stimuli mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité de l'image de soi - Aspect autodestructeur - Impulsivité - Crainte de l'abandon
Antisociale	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement manipulateur - Vise à obtenir un profit, du pouvoir ou un avantage matériel 	<ul style="list-style-type: none"> - Vise à gagner l'attention des personnes qui s'occupent de lui
Dépendante	<ul style="list-style-type: none"> - Peur d'être abandonné - Réagit en devenant petit à petit plus serein et soumise et recherche de manière urgente une relation de substitution qui lui apportera soutien et soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Réagit à l'abandon avec des sentiments de vide affectif, de rage et des revendications - Peur de perdre la relation et non les soins et le soutien concrets de la personne

Il sera question, dans la section suivante, de la notion de structuration de la personnalité (nature de l'angoisse, relation d'objet, mécanismes de défense et symptomatologie) et plus précisément de l'astructuration limite de la personnalité et des différents éléments diagnostiques s'y apparentant (organisation psychique, étiologie et autres évolutions). Voici la description sommaire de cette approche nosologique classique.

L'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret

La psychopathologie européenne a longuement été influencée, voire dirigée, par la psychanalyse. Les nombreuses tentatives des auteurs psychanalytiques (Abraham, Anzieu, Eisenstein, Ferenczi, S. Freud, Green, Grunberger, Jones, Kernberg, Masterson, Reid, Roussillon, Stone, Winnicott et plusieurs autres) afin de décrire une nosologie plus concise de l'individu proposent que cette perspective psychodiagnostique soit encore aujourd'hui novatrice et grandissante. Plusieurs modèles théoriques contribuent ainsi à faire avancer la science diagnostique psychanalytique. Toutefois, il sera ici essentiellement question du modèle élaboré par le psychodynamicien Jean Bergeret.

La psychodynamique

La perspective psychodynamique (modèle théorique issu de la psychanalyse) de l'évaluation psychopathologique possède une nomenclature particulière, de type nosologique, faisant état d'une démarche métapsychologique (Bergeret, 1996b). Les points de vue topique, économique et dynamique sont à la base de cette conception psychanalytique. Ces différents points de vue sont présentés à la page suivante.

La première topique propose les différents niveaux de conscience (inconscient*, préconscient* et conscient*) en tant qu'appareil psychique. La seconde topique présente les instances psychiques (le Ça*, le Moi* et le Surmoi* ; plus tard l'Idéal du Moi*) qui s'intriquent à l'intérieur de l'appareil psychique dans une interaction particulière selon la structure sous-jacente, soit psychotique, névrotique ou état-limite (Bergeret, 2004).

Le point de vue économique se réfère à l'économie libidinale, au « capital libido » de l'individu. Les notions d'investissement, de désinvestissement, de contre-investissement et de surinvestissement y sont aussi suggérées. Les processus primaires* (énergie libre, identité de perception, principe de plaisir*) et les processus secondaires* (énergie liée, identité de pensée, principe de réalité*) caractérisent aussi le point de vue économique.

Finalement, le point de vue dynamique se réfère à la poussée pulsionnelle et agressive, à la recherche d'équilibre. Or, ce point de vue pourrait être exprimé par l'analogie suivante : lorsqu'un canal se déverse dans deux ruisseaux et qu'un de ceux-ci est obstrué, l'eau va déborder dans l'autre ruisseau (Freud, 2001b).

La psychanalyse s'intéresse aussi à la relation d'objet et aux mécanismes de défense à l'intérieur de son schème psychothérapique. Cette première notion s'intéresse à la manière dont l'individu interagit avec son environnement, avec les autres. Certaines thérapies telles que la *transference-focused psychotherapy* sont d'ailleurs essentiellement basées sur ce concept, notamment avec les états-limites (Kernberg, 2006). Il

semble que ce type de thérapie réduit significativement les tentatives de suicide et les hospitalisations diminueraient d'au moins 19 % dans certains cas (Clarkin et al., 2001).

D'autres thérapies s'intéressent principalement au rôle de la mère dans le développement de la personnalité limite et au travail individuel au niveau du narcissisme et des défenses dissociatives (Masterson, 2000). La seconde notion susmentionnée, soit les mécanismes de défense, renvoie aux façons qu'a la personne de s'adapter à la réalité interne et externe. Ces divers mécanismes de défense sont mobilisés par le Moi afin de préserver l'équilibre et l'intégrité biopsychologique de l'individu.

Notion de structuration de la personnalité

Le développement psychosexuel de l'individu est à l'origine de la personnalité selon la perspective analytique. La *structure* de personnalité correspond à ce qui, dans un état psychique morbide ou non, se trouve constitué par les éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité fixée en un assemblage stable et définitif (Bergeret, 1996a). Cela dit, dans la conception de la *genèse de la structure de base*, une préstructuration psychotique ou névrotique peut se modifier jusqu'à l'âge adulte. Suite à cela, la structure (ou l'aménagement) est fixée. Cette structure se construit selon certaines fixations et régressions sur un continuum faisant référence aux stades développementaux psychosexuels, soit le stade oral, le stade anal, le « stade » phallique et le stade œdipien (génital).

En fait, plusieurs éléments doivent être explorés afin de constater la présence ou l'absence de structure de la personnalité. Les notions fondamentales à considérer sont la nature de l'angoisse, et indirectement la nature du conflit psychique, la relation objectale, les mécanismes de défense ainsi que la symptomatologie. De plus, il existerait seulement deux structures franches de la personnalité, soit psychotique et névrotique (Bergeret, 1996a). Pour ce qui est de la structure psychotique, il est possible d'observer dans l'ordre d'évolution la structure schizophrénique, la structure mélancolique (position nosologique incertaine selon les auteurs) et la structure paranoïaque.

Pour la structure névrotique, les diverses structures qui en émanent sont la structure obsessionnelle, la structure hystérique d'angoisse (ou hystérophobique) et la structure dite hystérique de conversion (la plus évoluée au plan libidinal et moïque). Toutes ces structures, lorsque non décompensées (absence de morbidité) peuvent être considérées comme « normales ». Le caractère y étant l'aspect manifeste et compensé ; la psychose et la névrose y étant les aspects morbides. Les principaux éléments associés aux structures psychotique et névrotique sont présentés dans le Tableau 4 (p. 34) en comparaison avec les principales caractéristiques des états-limites.

Tableau 4

Comparaisons entre les lignées structurelles selon Bergeret (1996a)

Structures	Psychotique	États-limites	Névrotique
Sous-types	Schizophrénique Mélancolique Paranoïaque		Obsessionnelle Hystérique d'angoisse Hystérique de conversion
Instance dominante	Ça	Idéal du Moi	Surmoi
Nature du conflit	Ça avec la réalité	Idéal du Moi avec Ça / réalité	Surmoi avec le Ça
Nature de l'angoisse	Morcellement	Perte d'objet (abandon)	Castration
Défenses principales	Déni de la réalité Dédoublément du Moi	Clivage des objets Forclusion	Refoulement
Relation d'objet	Fusionnelle	Anaclitique	Génitale

L'astructuration limite de la personnalité

La section suivante fait état de la description des principales caractéristiques psychodynamiques de l'état-limite. Il sera question de l'angoisse, de la nature du conflit psychique, de la relation d'objet, des principaux mécanismes de défense et de la symptomatologie propre à cette entité psychodiagnostique. De plus, il faut mentionner

que dans cette section, plusieurs termes seront utilisés afin de désigner l'état-limite. Ces termes sont d'ailleurs largement utilisés par Bergeret (1975, 1996a, 1996c, 2004). Cet auteur définit entre autre l'état-limite comme un *aménagement*, une *organisation*, une *astructuration* de la personnalité pour la distinguer des deux structures susmentionnées, soit les structures psychotique et névrotique. Ces termes seront utilisés dans cette section afin de décrire l'état-limite.

Organisation psychique. Il semble que la personnalité limite soit une instance intermédiaire entre les structures névrotique et psychotique (Bergeret, 1970 ; Grand dictionnaire de la psychologie, 1991). En effet, l'organisation limite de la personnalité se constitue, s'aménage, d'une façon particulière. L'évolution moïque de l'état limite se fixe entre les deux sous-stades anaux (le premier étant passif et le second actif) tels que présentés par Abraham (cité dans Bergeret, 1996a). Or, bien que sa position nosologique se situe à cet endroit, au stade anal, la primauté libidinale est dite « phallique » et le continuum narcissique/phallique/anaclitique caractérise adéquatement l'astructuration état-limite. En outre, il s'agit d'une « astructuration » de la personnalité puisqu'elle ne possède pas la fixité des deux structures de base (Bergeret, 1974).

La nosologie de l'organisation limite de la personnalité propose certaines particularités importantes à considérer selon Bergeret (1975, 1996a, 2004) en ce qui a trait à l'étiopathogénèse des comportements. Tout d'abord, il est à noter que l'angoisse de l'état-limite se nomme « angoisse dépressive » : il s'agit d'une angoisse d'abandon, de

perte d'objet. De plus, la nature du conflit psychique se situe entre les instances psychiques suivantes : l'Idéal du moi est en conflit avec le Ça et la réalité.

De son côté, la relation objectale est dite « anaclitique¹ ». Elle se présente dans une relation de « grand à petit » avec l'objet externe et l'ambivalence haine/agression est la racine de cet anaclitisme objectal. L'état-limite ne porte ainsi pas le même regard sur les individus adultes : asexués, ils se distinguent parce qu'ils sont « grands » et non parce qu'ils sont « hommes et femmes ». De plus, ce type de relation d'objet propose que l'autre doive éventuellement être gardé à distance moyenne, dans une lignée orbitale, soit jamais trop loin, jamais trop proche (Bergeret, 1996a).

Ce même type d'ambivalence a d'ailleurs intéressé Freud dès 1929 (Freud, 1951) au sujet de la société et, reprenant une parabole d'Arthur Schopenhauer, il décrit les relations humaines d'une façon tout à fait anaclitique. C'est le psychanalyste américain Modell (cité dans Darcourt, 1979) qui remarqua que cette métaphore se rapproche effectivement de la relation objectale anaclitique des états-limites.

Un jour d'hiver glacial, les porcs-épics d'un troupeau se serrèrent les uns contre les autres afin de se protéger contre le froid par la chaleur réciproque. Mais, douloureusement gênés par les piquants, ils ne tardèrent pas à s'écarter de nouveau les uns des autres. Obligés de se rapprocher de nouveau en raison du froid persistant, ils éprouvèrent une fois de plus l'action désagréable des piquants, et ces alternatives de rapprochement et d'éloignement durèrent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une distance convenable où ils se sentirent à l'abri des maux (Freud, 1951, p. 112).

¹ Du grec "anaklitos", qui signifie « se pencher vers », « s'appuyer sur » (Bergeret, 1996a).

Les mécanismes de défense sont quant à eux aussi divers qu'instables chez l'état-limite. Principalement, on peut identifier le clivage de l'objet*, la forclusion*, le dédoublement des imagos*, l'identification projective*, la formation réactionnelle*. Le clivage du Moi n'est pas un véritable clivage moiïque chez les états-limites, il s'agit plutôt d'un clivage de la personnalité en deux secteurs opérationnels distincts, l'un se constituant sur un registre anaclitique, l'autre avec une protection contre l'angoisse dépressive qui maintient l'individu hors des vicissitudes psychiques créant habituellement une angoisse (Bergeret, 1996a).

Les défenses conduiraient à un double manichéisme. Tout d'abord un clivage interne entre ce qui est bon (Idéal du Soi) et mauvais (immédiatement projeté vers l'extérieur) ainsi qu'un clivage externe (entre gentils et méchants : non-Soi). À ceci s'ajoute une habile supercherie pulsionnelle inversée, soit une défense de couverture et de façade. Il s'agirait ainsi d'un essai de pansement de la blessure narcissique archaïque par un narcissisme secondaire plus approprié (Bergeret, 2004).

La symptomatologie des états-limites est principalement caractérisée par la dépression (Bergeret, 1975, 1996a). Ils se défendent contre la dépression qui est faite surtout d'un sentiment de solitude, de vacuité et d'ennui, sans la culpabilité ni le ralentissement psychomoteur habituel (Grand dictionnaire de la psychologie, 1991). En fait, selon Bergeret (1987), la *dépression essentielle* (ou narcissique) est la forme dépressive la plus fréquemment rencontrée en clinique et est généralement observée chez les états-limites.

Cette dépression se caractérise d'ailleurs par la recherche constante d'un « anaclitisme rassurant », soit d'une source interne ou externe visant à calfeutrer le vide intérieur.

Étiologie. L'élaboration de ce type de personnalité émane de plusieurs circonstances développementales. En fait, il s'agirait d'un arrêt du développement libidinal associé à un traumatisme désorganisateur précoce. Ce traumatisme, quel que soit sa forme, importe qu'il soit significatif pour l'individu et non nécessairement traumatique en soit. Il peut s'agir, par exemple, d'une entrée brutale ou trop précoce dans l'œdipe, voire lorsqu'il est réel et non fantasmatique (p. ex. actes incestueux). D'autres traumatismes au cours de la vie peuvent aussi influencer le parachèvement de ce type d'organisation de la personnalité (Bergeret, 1996a).

L'état-limite est être caractérisé par trois facteurs principaux : l'immaturation affective, l'impulsivité et la régression (Bergeret, 1970). Il s'agirait en fait d'une maladie du narcissisme, d'une non-intégration des outils développementaux servant à narcissiser le Moi à travers la relation objectale (Bergeret, 1975, 1996b). Cette pathologie prendrait racine dans l'interaction avec les autres. Plusieurs auteurs tels que Kernberg soutiennent la théorie de Bergeret à ce niveau.

O. Kernberg en 1966 a décrit sa *Borderline Personality Organization*, comme étant peu capable d'évaluer autrui de façon très adéquate et d'entrer en empathie avec l'autre sur un mode très réaliste. L'objet doit toujours être maintenu à distance [...] rétablissant la distance de sécurité. La peur d'une attaque de la part de l'objet contribue tout autant au clivage que le besoin intense des aspects protecteurs du même objet (cité dans Bergeret, 1975, p. 113).

Le développement psychosexuel s'organise quant à lui sous une forme de latence chronique, voire une adolescence perpétuelle (Bergeret, 1996a). Or, lorsque l'évolution atteint la période de latence, celle-ci se fige et ne permet pas d'accéder à une primauté œdipienne organisatrice de la personnalité. La personnalité de l'état-limite serait alors diffuse et non structurée et c'est pourquoi les termes d'« astructuration » de la personnalité, d'« organisation » et d'« aménagement » prévalent. De plus, certains auteurs stipulent qu'il s'agirait d'un trouble de l'identité (Bourgeois, 2005). Il existe cependant plusieurs aléas possibles en ce qui a trait aux évolutions de cette pathologie de la personnalité, du caractère. Voici certaines de ces possibilités cliniques pouvant orbiter autour du concept de la personnalité limite.

Autres évolutions. Il existe différentes évolutions relatives au concept d'organisation limite de la personnalité. Tout d'abord, le « tronc commun » des états-limites se caractérise par une « pseudo-latence » qui se perpétue parfois jusqu'à la mort. Bergeret (1996a) démontre qu'il s'agit d'un blocage évolutif de la maturité affective du Moi suite au traumatisme désorganisateur précoce. Ensuite, on peut observer certaines *évolutions aiguës* chez l'organisation limite de la personnalité. La *décompensation de la sénescence* s'illustre par un accès pathologique dramatique, brutal, inattendu, très grave. Cet accès pathologique semble se déclencher sans traumatisme apparent au moment de la sénescence physique si ce n'est que cette sénescence à elle seule puisse constituer l'unique traumatisme.

De plus, pour ce qui est des évolutions aiguës, l'*éclatement du tronc commun* se caractérise par une décompensation du même type que la précédente, mais pouvant survenir à tout moment de la vie de l'individu. Cette décompensation surviendrait à l'occasion d'un second traumatisme psychique désorganisateur. Or, cet éclatement du tronc commun s'exprime avec trois avenues possibles. Il s'agit de la *voie névrotique*, de la *voie psychotique* ainsi que de la *voie psychosomatique*. Ces types d'évolutions sont présentés comme étant davantage pathologiques et fragiles si on les compare aux aménagements suivants.

Les *aménagements spontanés* semblent éviter la décompensation brutale et se logent en direction des deux structures susmentionnées, soit névrotique et psychotique. Ce sont des arrangements particuliers conduisant à des solutions beaucoup plus stables et beaucoup plus durables. Le premier aménagement à considérer est l'*aménagement pervers*. Celui-ci se caractérise par son détachement en direction de la lignée psychotique et le « déni du sexe de la femme ». L'aménagement pervers semble fonctionner sur deux registres simultanés : l'un adapté au champ narcissique de l'individu et l'autre, visiblement aberrant en ce qui a trait au registre sexuel (Bergeret, 1996a). Bergeret indique que pulsion et objet partiel se sont soudés trop tôt suite à une précocité de l'excitation, l'objet total n'ayant pu se constituer.

Les divers *aménagements caractériels* se dirigent quant à eux vers la lignée névrotique. Ces aménagements prennent naissance lorsque l'angoisse dépressive est rejetée à

l'extérieur du Moi et maintenue en cette position. La dépense énergétique en résultant propose des formations réactionnelles compliquées, voire téméraires en ce qui est de l'adaptation tout de même réussie de ce type d'aménagement. La *névrose de caractère* suggère une angoisse prédépressive de perte d'objet et une dépendance anaclitique tandis que la *psychose de caractère* se caractérise par une erreur de l'évaluation affective de la réalité. Même si ces aménagements se situent près des pôles structurels, il faut concevoir qu'il ne s'agit pas de structures, mais bien d'astructurations. En dernier lieu, la *perversion de caractère* propose un refus de considérer que les autres possèdent leur propre narcissisme. Bergeret (1996a, p. 169) suggère d'ailleurs les termes de « petits paranoïaques » ; l'objet relationnel servant essentiellement à rassurer le narcissisme de l'individu. Bien que davantage près du pôle névrotique, ces aménagements demeurent essentiellement des aléas narcissiques-limites. La section suivante fait état de la pertinence et des objectifs de cet essai.

Pertinence et objectifs de l'essai

Il semble exister un manque de consensus au niveau de l'utilisation du terme *borderline* dans le domaine clinique par les professionnels des deux approches susmentionnées. Ainsi, il peut être difficile d'orienter adéquatement les traitements puisque les cliniciens s'appuient sur différents outils diagnostiques, ces modèles peuvent parfois être contradictoires et hétérogènes (Dictionnaire encyclopédique, 1991).

De plus, l'étude de ce trouble dans le milieu universitaire peut parfois être difficile puisque les enseignants doivent pallier au manque d'études des disparités et convergences de ces approches. Cet essai a pour objectif de décrire les principales disparités et convergences relatives à l'emploi du diagnostic *borderline* par l'approche taxinomique du DSM-IV-TR (APA, 2003) et par le modèle nosologique psychodynamique de Jean Bergeret (1975, 1996a, 2004). Cet essai pourrait ainsi influencer des études subséquentes dans le domaine, voire être précurseur au développement d'un outil psychodiagnostique et pédagogique.

Discussion

La section suivante fait état des résultats de la présente démarche afin de tenter de répondre à la question centrale à cet essai, soit « quelles sont les principales disparités et convergences diagnostiques entre l'approche taxinomique du DSM-IV-TR et l'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret quant au diagnostic de borderline ? ». Il s'agit d'une présentation des principales distinctions caractérisant les deux modèles ainsi que les convergences entre ces approches.

Cette section propose également une réflexion quant à la définition éventuelle d'un modèle intégratif afin de mieux circonscrire le diagnostic de personnalité borderline. La portée et les limites d'un tel modèle seront explorées en perspective du domaine clinique et de la pédagogie psychologique. Il est à noter que le terme *personnalité borderline* sera privilégié, indépendamment des approches.

Disparités

Cette section fait état des principales distinctions entre le modèle taxinomique du DSM-IV-TR (APA, 2003) et l'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret (Bergeret, 1975, 1996a, 2004). Ces principales distinctions se situent au niveau de la taxinomie et la nosologie, de la normalité et de la psychopathologie, du narcissisme et de la dépression.

Taxinomie et nosologie

Depuis l'apparition du DSM-III en 1980, la plupart des psychanalystes semblent percevoir en ce modèle un assaut à l'hégémonie psychodynamique. Tout d'abord, l'école de pensée psychanalytique suggère que les comportements observables, soit les symptômes, ne peuvent constituer le seul critère pour établir un diagnostic (Ekstrom, 2007). Cette idéologie semble davantage centrée sur le « pourquoi », sur l'étiopathogénèse, pour ce qui est de la pathologie de la personnalité tandis que le modèle conceptuel du DSM-IV-TR (APA, 2003) semble plutôt orienté vers le « comment », la symptomatologie. La distinction fondamentale entre les deux modèles serait donc issue du fait que le modèle du DSM-IV-TR est dit taxinomique tandis que l'approche théorique de Jean Bergeret est dite nosologique. Le premier modèle étant essentiellement descriptif et le second, à la fois descriptif et explicatif.

Ainsi, le modèle nosologique psychodynamique de Bergeret décrirait davantage un continuum, oscillant entre la normalité et la psychopathologie, bien que le DSM-IV-TR stipule que seulement quelques symptômes doivent être présents pour diagnostiquer le trouble de la personnalité borderline. Ce qui signifie que deux individus diagnostiqués ainsi pourraient n'avoir qu'une caractéristique diagnostique en commun, soit cinq critères sur neuf chacune. Toutefois, les sous-groupes présentés par Bergeret (1996a), soit les caractères dits narcissiques, peuvent apporter le même type de confusion si l'organisation psychique sous-jacente n'est pas explorée. Par exemple, un caractère psychasténique, un état-limite ressemblant de façon manifeste à un obsessionnel, peut

sembler complètement différent si on le compare à un caractère dépressif ou psychopathique. Il s'agit toutefois du même aménagement.

Il serait d'ailleurs intéressant de continuer cette réflexion au sujet de la notion de culpabilité, conflit intrapsychique propre à la structure névrotique. Cette culpabilité serait présente sous forme de honte chez l'état-limite. Il s'agirait davantage d'un sentiment de blessure narcissique que de la sensation d'avoir fait du tort à l'autre ou d'avoir moralement mal agi. L'autre, l'objet, est considéré par le sujet comme un objet partiel en ce qui concerne le sentiment de honte et un objet total pour la notion de culpabilité. Ainsi, selon cette théorie objectale, la culpabilité appartient davantage à la structuration de la personnalité névrotique et difficilement à l'aménagement borderline, le registre psychique de ce dernier étant davantage régit par la honte (Bergeret, 1996a).

Normalité et psychopathologie

Le concept de *trouble de la personnalité* est principalement issu de la taxinomie du modèle américain (DSM-IV-TR, APA, 2003), mais peut aussi se concevoir avec une perspective différente, notamment grâce à la démarche psychologique de la perspective analytique. Selon cette dernière, l'individu posséderait une structure de personnalité qui, si elle décompense, se rompt selon ses lignes de conception, tel un diamant qui se brise. Or, la névrose n'appartient qu'au névrotique et la psychose seulement au psychotique. Pourtant, selon ce modèle, lorsque la structure est compensée, il s'agit d'une expression « normale » de la personnalité, soit du caractère. Ainsi, un individu peut exprimer un

caractère psychotique sans pour autant recevoir un diagnostic de « trouble » de la personnalité.

Toutefois, dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), on note qu'il s'agit de *troubles* de la personnalité. Il ne s'agit donc pas d'états psychologiques équilibrés. Ces états psychopathologiques proposés altèrent de façon significative le fonctionnement de l'individu et procurent une souffrance à celui-ci. Afin de mieux saisir cette notion, voici la définition que donne le DSM-IV-TR de la personnalité :

Ensemble de conduites fortement enracinées qui incluent la manière dont on perçoit, on réagit à - et on conçoit son environnement et sa propre personne. Les traits de personnalité sont les aspects saillants de la personnalité qui se manifestent dans nombre de contextes différents et important, sociaux et individuels. *Ils ne constituent un Trouble de la personnalité que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils sont responsables soit d'une altération significative du fonctionnement soit d'une souffrance subjective* (APA, 2003, p. 951).

Afin de bien circonscrire le domaine de la psychopathologie, il serait aussi intéressant de s'interroger sur la situation inverse, soit le concept de normalité. En effet, il est possible de se poser la question si cette « normalité » ne serait pas que la simple absence de pathologie. Doit-on parler d'une normalité objective, par exemple pour ce qui est de la symptomatologie, ou alors s'intéresser à une voie davantage subjective de ce concept en s'intéressant plutôt à la structuration de la personnalité incluant inévitablement la symptomatologie ?

Pour des auteurs tels que Jean Bergeret, la normalité possède une valeur beaucoup plus adaptative que normative. Celui-ci a d'ailleurs proposé un essai de définition, une tentative de circonscrire ce concept dans une démarche visant à aller au-delà de l'idée que la normalité puisse être exprimée en comparant seulement le comportement d'un individu à un groupe normatif, un standard préétabli, voire un idéal collectif.

Le véritable « bien-portant » n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route de difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectif héréditaire ou acquis, à ses facultés personnelles défensives ou adaptatives et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaires et secondaires sur des plans tout aussi personnels que sociaux en tenant un juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement « anormales » (Bergeret, 1996a, pp. 11-12).

La considération de cette tentative de définition propose qu'il soit possible de se demander quelles personnes peuvent entrer à l'intérieur de ce schème définitionnel. En effet, cet auteur suggère que seuls les individus ayant une « structuration de la personnalité » peuvent être considérés comme normaux. Or, les individus ne s'étant pas structurés avec une fixité certaine sont condamnés à se contenter d'une « pseudo-normalité ». Cette pseudo adaptation semble réservée aux personnalités borderlines et aux nombreux aléas caractérisant ce type d'aménagement de la personnalité. De plus, il est pertinent de s'interroger sur l'altération du fonctionnement et la souffrance vécue par celles-ci. Or, l'individu borderline doit ainsi se contenter d'une « pseudo-normalité », même en état de compensation, aussi incertaine soit-elle (Bergeret, 1972).

Pour ce qui est du modèle américain, cette normalité est constatée par l'absence de symptômes diagnostiques quant aux différents critères préétablis. Ce modèle est d'ailleurs privilégié par certains cliniciens en ce qui a trait à la compréhension du trouble de la personnalité borderline (Bockian, 2005). Un trouble mental pourrait être caractérisé ainsi selon le modèle du DSM-IV-TR :

Un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant (p. ex., politique, religieux ou sexuel) ni des conflits existant essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré (APA, 2003, pp. XXXV-XXXVI).

Or, l'Axe V permet de rendre compte de l'évaluation globale du fonctionnement - sur un continuum hypothétique de la santé mentale à la psychopathologie - mais ne semble pas altérer le poids de la définition présentée ci-haut. L'individu serait donc, selon cette définition, *atteint ou non* d'un trouble mental particulier. Ainsi, il ne s'agirait pas d'un réel continuum normalité-pathologie.

Narcissisme

Si on considère l'état-limite dans son état prémorbide, on assiste à une « pseudo-normalité » plus ou moins adaptée à la réalité et ainsi, à un caractère. Or, il existe

plusieurs caractères précisant le spectre diagnostique de l'état-limite. Entre autre, on note les caractères suivants : abandonnique, de destinée, narcissique-phobique, phallique, dépressif, hypocondriaque, psychasthénique, psychopathique, et hypomaniaque. Tous ces caractères sont regroupés selon les *caractères narcissiques*. Ainsi, la dimension « narcissisme » n'est pas un élément négligeable du spectre psychopathologique de l'état-limite et serait la caractéristique fondamentale de ce type d'aménagement de la personnalité (Bergeret, 1975, 1996a, 1996c, 2004).

Or, la classification taxinomique du DSM-IV-TR (APA, 2003) semble faire défaut à ce niveau. Ainsi, aucune mention de cette dimension narcissique n'est faite dans la description symptomatologique du trouble de la personnalité borderline (il s'agirait plutôt d'un trouble de la personnalité narcissique). La « faille narcissique » dont Bergeret fait mention à plusieurs reprises (Bergeret, 1996a) n'est cependant pas une caractéristique manifeste du comportement et nécessite une évaluation approfondie de la personnalité. Plusieurs auteurs partagent également la pensée théorique de Bergeret sur l'importance du narcissisme dans l'organisation psychique latente de l'état-limite, on note entre autre Reid, Jeanneau (Bergeret, 1996c) et Stone (Stone, 1980). Il s'agirait donc de créer une catégorie à part pour tenter de dégager ce « narcissisme », tentative périlleuse puisque cette notion est fondamentalement différente en psychiatrie et en psychanalyse. En somme, il semble y exister un lien fondamental entre les notions de narcissisme et d'état limite.

Dépression

Bien que le DSM-IV-TR (APA, 2003) fasse mention de la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires » et autres actes autodestructeurs caractérisant la symptomatologie du trouble de la personnalité borderline (et que ce trouble soit souvent associé à un trouble de l'humeur à l'Axe I), il importe de noter que cette dimension est strictement comportementale. De plus, cet aspect comportemental dépressif *peut* être un symptôme, mais n'est pas un élément diagnostique essentiel puisqu'il ne suffit que de cinq des neuf manifestations (symptômes) pour qu'un tel diagnostic puisse être porté. Or, le modèle théorique de Bergeret stipule que la dépression est, de façon sous-jacente, l'angoisse principale de ce type de personnalité (Bergeret, 1975, 1996a).

La personnalité *dépressive* pourrait ainsi s'avérer une piste intéressante quant à sa dimension symptomatologique. En effet, puisque le modèle européen psychodynamique suggère que l'angoisse ainsi que les défenses des états-limites s'expriment sous une forme dépressive (ou luttés anti-dépressives), les symptômes d'émotivité négative de ce défunt trouble de la personnalité décrit par le modèle antérieur au DSM-IV-TR (APA, 2003) pourraient converger avec la théorie psychodynamique ? Or s'agirait-il davantage de la manifestation psychodynamique de la symptomatologie limite ? Il serait intéressant de développer davantage sur cet aspect dans un ouvrage éventuel.

En outre, il semble aussi exister plusieurs types de comorbidités entre le premier axe et le second, notamment en ce qui a trait au trouble de la personnalité borderline (Adams, Bernat & Luscher, 2001). Cette comorbidité peut alors poser problème pour ce qui est de classifier correctement les symptômes quant à des critères multiples sans sombrer dans un élan de diagnostics aussi divers qu'abusifs en nombre.

Convergences

Outre ces distinctions fondamentales entre les modèles présentés dans cet essai, on retrouve également des convergences possibles en faisant une étude plus approfondie. Ainsi, la section suivante fait état des principales convergences entre ces approches qui se situent principalement au niveau de la chronicité et de la fixité de la personnalité, de la nomenclature utilisée par les approches et de la symptomatologie.

Chronicité et fixité

Malgré la distance manifeste entre les deux modèles, il est possible de constater qu'ils convergent à certains égards. En effet, on peut tout d'abord remarquer que ces deux approches conçoivent le concept de personnalité dans une perspective de *chronicité* et de *fixité*. En effet, le DSM-IV-TR (APA, 2003) stipule que la personnalité soit « un ensemble de conduites fortement enracinées » et Bergeret mentionne, quant à lui, que la structuration de la personnalité fait référence à la cristallisation d'un diamant. Toutefois, cette position serait discutable si on considère que l'éclatement du tronc commun des

états-limites peut amener ce type d'organisation dans des voies structurelles différentes, soit psychotique, névrotique ou psychosomatique (Bergeret, 1996a).

Nomenclature

En outre, dans une perspective plus large, les critères diagnostiques spécifiques peuvent servir de guides pour ce qui est de la démarche psychodiagnostique et il est démontré que l'utilisation correcte de ces critères augmente l'accord entre les cliniciens et les investigateurs (APA, 2003). Or, il semble y avoir une convergence à l'intérieur de la dimension « psychotique » de la personnalité entre les approches étudiées dans cet essai, ce qui n'est pas le cas pour le diagnostic de borderline. Par exemple, les éléments dynamiques de la structure de la personnalité psychotique dite *schizophrénique* (modèle psychodynamique) semblent pouvoir s'associer à la symptomatologie des troubles de la personnalité *schizoïde* et *schizotypique* du groupe « A » suggérée par le DSM-IV-TR (APA, 2003), notamment par l'aspect bizarre et l'évaluation fautive de la réalité. De plus, le trouble de la personnalité *paranoïaque* de ce dernier modèle semble aussi converger avec la structure de la personnalité psychotique *paranoïaque*, du moins avec le *caractère* de cette structure, suggérée quant à elle par l'école analytique, la perspective psychodynamique.

Toutefois, il importe de mentionner que les éléments du DSM-IV-TR (APA, 2003) sont des facteurs manifestes de la personnalité tandis que la vision psychodynamique affirme que le contenu manifeste est un indicateur insuffisant afin de faire un diagnostic.

Il faut aussi explorer plusieurs éléments intrapsychiques selon ce modèle. Ainsi, un état-limite diagnostiqué par le modèle de Bergeret pourrait tout aussi bien présenter les manifestations comportementales du trouble de la personnalité schizophrénique ou paranoïaque sans toutefois présenter ce type de personnalité. Bergeret affirme d'ailleurs que les manifestations comportementales de l'aménagement caractériel qu'est la perversion de caractère peuvent être perçues comme des éléments paranoïaques par l'entourage de l'état-limite, allant même jusqu'à appeler ceux-ci des « petits paranoïaques » (Bergeret, 1996a, p. 169) tel que déjà mentionné dans cet essai.

Par ailleurs, la position du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive serait peut-être aussi à explorer étant donné qu'il s'apparente au niveau de la nomenclature à la structure névrotique obsessionnelle. Étant donné l'évolution libidinale et moïque de ce type de structuration de la personnalité, ses fixations et la constitution de son univers intrapsychique - pouvant faire face adéquatement aux vicissitudes de la vie - et considérant la nosologie psychodynamique ainsi que la valeur que prend le terme « trouble de la personnalité » à l'intérieur du diagnostic clinique en psychiatrie, ne s'agirait-il pas d'une forme légère de psychose ? Psychose qui serait par exemple paranoïde, avec une exacerbation de l'utilisation de mécanismes dits obsessionnels (le besoin de contrôle par exemple, ou la peur d'être « souillé » par l'objet externe) ou encore d'une manifestation comportementale narcissique-limite, et donc de nature borderline, à « couleur » obsessionnelle, les symptômes manifestes exprimés servant à *annuler* l'angoisse dépressive sous-jacente ? Cette dernière constatation propose qu'un diagnostic de personnalité

obsessionnelle-compulsive issu du DSM-IV-TR pourrait faire état d'une astructuration de la personnalité dite état-limite.

Il en va de même pour le trouble de la personnalité limite. Il pourrait ainsi s'agir de manifestations comportementales psychotiques à « couleur » abandonnique. Il importe peut-être ici de considérer la personnalité borderline comme un syndrome complexe qu'il faut comprendre dans sa globalité et non en ciblant seulement certains aspects manifestes (Stone, 1980).

Symptomatologie

Outre la nomenclature, il est aussi possible de remarquer certaines convergences quant à la symptomatologie de la personnalité borderline. Ainsi, ces approches font référence à des symptômes similaires. Si on se positionne à partir des symptômes présentés par le DSM-IV-TR (APA, 2003) en comparaison avec la perspective psychodynamique de Bergeret (1975, 1996a, 2004), on note entre autres les efforts pour éviter les abandons réels ou imaginés (relatif à l'angoisse d'abandon, de perte d'objet), les relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation (immaturité affective, relation objectale anaclitique et clivage de l'objet). L'impulsivité est aussi un aspect important de la convergence symptomatologique (Bergeret, 1970).

Par ailleurs, les défuntes catégories *personnalité dépressive* et *passive-agressive* du DSM-IV-TR seraient peut-être à reconsidérées puisqu'elles sont à l'étude dans les recherches (Critères et axes proposés pour des études supplémentaires ; APA, 2003). Cette reconsidération se situerait principalement, non pas en ce qui a trait à leur position taxinomique, mais plutôt quant à la nomenclature associée à ces deux troubles de la personnalité et aux symptômes qui les caractérisent qui s'apparentent aussi aux principaux symptômes psychopathologiques parfois décrits par Bergeret dans ses études de cas cliniques limites (Bergeret, 1975, 1996a).

Donc tous les symptômes sont pertinents, mais ne sont pas essentiels au diagnostic et la symptomatologie dépressive ne peut être considérée que dans les comportements, le contenu manifeste. Or, il est aussi parfois possible de remarquer des formations réactionnelles (mécanisme de défense) qui proposent des manifestations comportementales non dysthymiques, réactions antidépressives d'annulation et de retournement en son contraire servant à fuir l'angoisse dépressive. Le Tableau 5 (p. 57) résume les principales disparités et convergences diagnostiques susmentionnées.

Tableau 5
Disparités et convergences du diagnostic borderline

	DSM-IV-TR	Jean Bergeret
<i>Disparités</i>		
Taxinomie / nosologie	Taxinomie (comment)	Nosologie (pourquoi)
Psychopathologie / normalité	Psychopathologie (trouble)	Psychopathologie et normalité (continuum)
Narcissisme	Aucune spécificité à ce niveau	Accent mis sur la pathologie du narcissisme
Dépression	Pas essentielle pour effectuer le diagnostic	Principal mode de décompensation
<i>Convergences</i>		
Chronicité et fixité	Notion de personnalité	Notion d'astructuration (relativement stable)
Nomenclature	Personnalité borderline ou limite	Aménagement borderline ou états-limites
Symptomatologie	Critères diagnostiques	Symptômes manifestes

Portée et limites

Ces différentes façons de concevoir la normalité et la pathologie psychologique pourraient être mises en relation dans un modèle intégré afin d'améliorer le

psychodiagnostic clinique dans la psychiatrie moderne. Il est toutefois possible de se questionner sur la portée réelle du modèle taxinomique du DSM-IV-TR qui, en écartant la vision dimensionnelle rattachée à la personnalité, se fige au niveau des comportements observables des individus, mais en s'éloignant de la taxinomie catégorielle, laisse place à de nombreuses interprétations subjectives.

Au niveau dimensionnel, le comportement manifeste prend souvent genèse à l'intérieur de manifestations latentes de la conscience, voire de l'inconscient (Freud, 2001a). Or, il serait avantageux de concevoir la psychopathologie de façon tout aussi holistique qu'idiosyncrasique. Cela dit, l'intégration de ces deux modèles diagnostiques et cliniques est essentielle à la compréhension holistique du phénomène pathologique communément appelé « personnalité limite ».

Ainsi, pour certains auteurs analytiques, la conception psychodynamique ajoute certaines dimensions essentielles pour ce qui est du processus diagnostique et les nombreuses limitations du modèle descriptif américain du DSM-IV-TR (APA, 2003) ne permettent pas d'explorer la pathologie dans sa globalité. Or, il semble que la perspective psychodynamique de la personnalité obtient un rôle significatif dans l'établissement du diagnostic de trouble de la personnalité borderline (Masterson, 2000 ; Waldinger, 1993).

Toutefois, la classification du DSM-IV-TR (APA, 2003) propose comme objectif une meilleure communication dans le domaine de la psychopathologie et l'incitation à l'application du modèle biopsychosocial. Cette classification ne fait par contre pas l'unanimité.

[...] Il faut se méfier du caractère réducteur de cette logique décisionnelle appliquée à la psychiatrie. Car, si en médecine générale le référent diagnostique reste relativement homogène quant à l'étiopathogénie des maladies somatiques, il en va différemment pour les troubles mentaux. Pour ceux-ci, les référents nosologiques reposent sur trop de modèles et de théories étiologiques différentes pour pouvoir garder une certaine homogénéité (Dictionnaire encyclopédique, 1991, p. 703).

En fait c'est la définition entière du trouble de la personnalité qui serait à reconsidérer car l'objectif ultime n'est pas de créer un modèle trop compliqué, voire un casse-tête quant au diagnostic différentiel, mais bien un outil servant à faciliter et à optimiser l'arbre décisionnel du clinicien en vue d'un traitement. Bergeret (1975) suggère d'ailleurs qu'en psychiatrie analytique, les professionnels compliquent trop un modèle qui a déjà suffisamment d'assises, de bases théoriques. Il est donc crucial d'opter pour la concision et la parcimonie dans la création d'un tel modèle.

[...] On pourrait d'ailleurs faire une analyse structurale de ces nombreuses modalités de connaissance sémiologique en psychiatrie, en fonction de ces référents hétérogènes. Les modalités deviendraient à leur tour les éléments d'une nouvelle sémiologie (au sens de Saussure) des pratiques et discours psychiatriques, susceptible de faire partie d'une psychopathologie générale qui en tirerait de grands profits (Dictionnaire encyclopédique, 1991, p. 703).

On retrouve d'ailleurs maintenant des tentatives de classification taxinomique d'orientation psychodynamique. Par exemple, le *Psychodynamic Diagnostic Manual*

(PDM Task Force, 2006) est un outil novateur permettant au clinicien d'approche analytique de s'appuyer sur un manuel diagnostique s'apparentant au DSM. Toutefois, il est aussi possible que ce type d'instrument nuise davantage que facilite le travail des psychologues. L'idéal ne serait-il pas de créer une convergence entre les diverses approches puisqu'elles tendent toutes vers le même objectif, soit de poser un diagnostic précis et complet afin d'orienter la démarche thérapeutique, voire pharmacothérapeutique, plutôt que de générer de nouveaux outils qui renforcent l'hétérogénéité des diagnostics.

Pourquoi créer de nouveaux modèles quand il existe déjà des instruments qui ne demandent qu'à être optimisés et qui sont déjà grandement utilisés par un large éventail de professionnels ? L'avenir du DSM est principalement ciblé ici. Or, il s'agit que ce modèle se trouve une voie intégrative permettant de mieux définir et ainsi délimiter les troubles de la personnalité de façon holistique. Les théories les plus répandues devraient peut-être ainsi être prises en considération. Les troubles de la personnalité non spécifiés sont aussi sujets à être considérés en ce qui a trait au polymorphisme psychopathologique caractérisant la personnalité borderline. S'agirait-il d'une nouvelle catégorie « poubelle » pour les troubles difficiles à circonscrire précisément ?

Voici la présentation d'un modèle qui permettrait d'intégrer les deux approches présentées dans cet essai. Il s'agit bien sûr d'un schéma hypothétique provisoire et exploratoire qui devrait être approfondi davantage.

Vers un modèle intégratif

Le présent modèle qui pourrait éventuellement être intégré (voir Appendice B) propose deux voies concernant la personnalité borderline. D'une part, le modèle taxinomique du DSM-IV-TR (APA, 2003) et les différents troubles de la personnalité, soit les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique (groupe A), borderline, narcissique, histrionique et antisociale (groupe B), dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive (groupe C). On pourrait également y inclure les troubles non spécifiés ainsi que les troubles à l'étude pour le DSM-V, soit les troubles de personnalité dépressive et passive-agressive (négativiste).

D'autre part, l'approche nosologique de Jean Bergeret (Bergeret, 1975, 1996a, 2004) suggérant les différentes structures de personnalité, soit schizophrénique, mélancolique et paranoïaque (structures psychotiques) et obsessionnelle, hystérique d'angoisse *ou* hystérophobique et hystérique de conversion (structures névrotiques). Ensuite, les astructurations de la personnalité, soit le tronc commun des états-limites, les aménagements spontanés (aménagements pervers et aménagements caractériels, soit « névrose » de caractère, « psychose » de caractère et perversion de caractère). [Noter que les mots psychose et névrose sont entre guillemets puisqu'ils n'appartiennent pas aux lignées structurelles psychotique et névrotique], les évolutions aiguës (décompensation de la sénescence et éclatement du tronc commun selon trois voies principales, soit psychotique, névrotique et psychosomatique).

L'originalité d'un tel modèle à intégrer serait de proposer les deux approches côte à côte afin d'avoir une vue d'ensemble et ainsi faciliter la compréhension holistique du phénomène étudié, une convergence psychopathologique. Ce modèle se veut autant une piste de recherche en ce qui a trait aux points de vue taxinomique et nosologique (au niveau de la nomenclature descriptive) ainsi que symptomatologique et étiopathogénique (au niveau pratique). Il est ainsi probable qu'une intégration de ces deux modèles, d'abord en pédagogie puis en expertise clinique, puisse favoriser une meilleure formation universitaire, holistique et éclectique, ainsi qu'un meilleur outillage psychodiagnostique favorisant l'accord entre les cliniciens. Ce dit modèle proposerait de conjuguer, dans une future démarche de recherche, certaines approches à l'intérieur d'un modèle intégré.

Domaines clinique et pédagogique

L'opérationnalisation plus précise de ce concept serait particulièrement bénéfique pour l'expertise psychodiagnostique et la convergence des différents modèles psychodiagnostiques permettrait sans doute une meilleure organisation thérapeutique dans le système de santé privé et public. Outre le DSM-IV-TR (APA, 2003), plusieurs autres modèles permettraient sans doute une meilleure compréhension du diagnostic de personnalité borderline. Par exemple, les études de Jean Bergeret (1975, 1996a, 1996c, 2004) regroupent la majorité des conceptions psychodynamiques classiques et modernes et proposent un schème gestalt pouvant circonscrire plus précisément l'aménagement limite de la personnalité.

En considérant que le décès par suicide survient chez 8 à 10 % des individus ayant un trouble de la personnalité borderline (APA, 2003), il semble intéressant de s'interroger sur la valeur thérapeutique des différentes approches utilisées en psychopathologie clinique. De fait, l'orientation psychothérapeutique dépend souvent du modèle théorique privilégié, tel un continuum théorique/clinique.

Or, les méthodes psychanalytiques, telles que les méthodes projectives, semblent aussi déterminantes dans la compréhension de l'origine de la dépression (Bergeret, 1992). Certains auteurs proposent également une certaine efficacité pour ce qui est de la thérapie comportementale dialectique (TCD) (Adams et al., 2001 ; Barlow & Durand, 2007) et la thérapie psychodynamique (Kernberg, 1995) quant à une amélioration symptomatique chez l'individu présentant un trouble de la personnalité borderline. Ainsi, les deux modèles présentés dans cet ouvrage sont ciblés comme étant des outils diagnostiques importants.

Étant donné que la dépression constitue l'avenue pathologique principale du trouble de la personnalité limite, il est crucial de considérer le diagnostic de celle-ci dans une optique préventive. De plus, la dépression vécue par une personne avec un trouble de la personnalité dépendante, par exemple, diffère largement du vécu dépressif d'un individu présentant un trouble de la personnalité antisociale (Bockian, 2006). Or, il est convenable de se questionner à propos de la manifestation thymique dépressive propre au trouble de la personnalité borderline et ses caractéristiques fondamentales. En effet, il

semble qu'il serait davantage possible de prévenir ce type de pathologie en circonscrivant celle-ci à travers un cadre psychodiagnostique moins dualiste et favorisant la convergence des différents modèles.

Conclusion

L'étude du concept nosologique d'état-limite et les problématiques qui lui sont propres (c'est-à-dire la relation objectale anaclitique, l'angoisse dépressive, les mécanismes de défense déficients et/ou inadéquats, etc.) ainsi que l'étude de la taxinomie descriptive du DSM-IV-TR (APA, 2003) (instabilité affective, impulsivité, émotivité, irritabilité, etc.) permettra sans doute de mieux organiser la démarche pédagogique en ce qui a trait à la psychopathologie diagnostique.

Les résultats de la présente démarche exploratoire proposent que les différentes approches étudiées possèdent des éléments complémentaires. Quelles sont les principales disparités et convergences diagnostiques entre l'approche taxinomique du DSM-IV-TR (APA, 2003) et l'approche nosologique psychodynamique de Jean Bergeret (Bergeret, 1975 ; 1996a ; 2004) quant au diagnostic de borderline ? Les distinctions étudiées se situent au niveau de la taxinomie et la nosologie, de la normalité et de la psychopathologie, du narcissisme et de la dépression. D'autre part, les convergences à l'étude se situent au niveau de la chronicité et de la fixité de la personnalité, de la nomenclature utilisée par les approches et de la symptomatologie.

Les recherches subséquentes à cette schématisation des principales approches fondamentales devraient prendre en compte *tous* les éléments qui doivent être mis en relation afin de mieux exprimer la complémentarité de ces modèles et ainsi faire bénéficier les

principaux concernés, soit les patients, d'une approche globale centrée sur l'empirisme médical et sur la convergence des meilleurs outils scientifiques caractérisant le vaste domaine de la psychologie ; où l'esprit scientifique devrait prévaloir par l'amélioration continue d'un champ d'expertise et l'ouverture aux différentes façons de concevoir des phénomènes psychologiques particuliers.

Ainsi, il serait intéressant de comparer, chez un même groupe de participant, la convergence du diagnostic de *trouble de la personnalité borderline* et d'*aménagement limite de la personnalité* par l'utilisation de techniques d'évaluation issues des deux approches mentionnées dans cet ouvrage. Il pourrait s'agir par exemple du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) en lien avec le modèle taxinomique et du *Thematic Apperception Test* (TAT) en référence à la nosologie psychodynamique. Il serait également intéressant de faire ensuite le même exercice avec d'autres modèles théoriques psychopathologiques psychodynamiques.

Les bénéfices seraient perçus autant par les professionnels que par la clientèle et les étudiants en psychologie. C'est donc dans le but de créer une meilleure prise en charge thérapeutique, afin de limiter l'impact au niveau des nombreuses définitions et améliorer le traitement spécifique, qu'un modèle intégré concis et parcimonieux serait favorable dans le domaine de la psychologie d'intervention professionnelle et didactique. Un modèle intégré, issu d'une démarche épistémologique, qui permettrait de concevoir un syndrome particulier selon des conditions tout aussi particulières. *Animae medica* soit.

Références

- Adams, H. E., Bernat, J. A., & Luscher, K. A. (2001). Borderline personality disorder : An overview. *Comprehensive handbook of psychopathology*, 18, 491-507.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM IV-TR : Manuel diagnostique des troubles mentaux* (4e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle*. Paris : Éditions de Boeck.
- Bergeret, J. (1970). Borderline states : Reflections and hypotheses on the theory of the analytic clinic. *Revue de psychanalyse*, 34(4), 601-633.
- Bergeret, J. (1972). Normality or pseudo-normality. *Revue de psychanalyse*, 36(3), 381-400.
- Bergeret, J. (1974). Character and structure : Reflection from psychoanalytic psychopathology. *Bulletin de psychologie*, 27(10-12), 656-661.
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites*. Paris : Éditions Payot.
- Bergeret, J. (1987). La dépression essentielle... et les autres. *Psychologie médicale*, 19(12), 2215-2216.
- Bergeret, J. (1992). Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 36, 5-23.
- Bergeret, J. (1996a). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1996b). L'incertaine subtilité des limites nosologiques : une écoute psychanalytique de la psychopathologie de l'adulte. *Revue française de psychanalyse*, 60(2), 289-316.
- Bergeret, J. (1996c). *Narcissisme et états-limites*. Paris : Éditions Dunod.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. Paris : Éditions Masson.

- Bleiberg, E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents : The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 169–196.
- Bourgeois, D. (2005). *Comprendre et soigner les états-limites*. Paris : Éditions Dunod.
- Bockian, N. R. (2005). Borderline personality disorder. Dans S. Strack (Éd.), *Handbook of personology and Psychopathologie* (pp. 292-314). New York : Wiley.
- Bockian, N. R. (2006). *Personality-guided therapy for depression*. Washington, D. C. : American psychological association.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C., Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder : A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- Darcourt, G. (1979). Les états limites graves. *Perspectives psychiatriques*, 1(70), 39-51.
- Dictionnaire encyclopédique (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Éditions Larousse.
- Ekstrom, S. (2007). Review of psychodynamic diagnostic manual. *Journal of analytical psychology*, 52(1). 111-114.
- Freud, S. (1951). *Essais de psychanalyse*. Paris : Éditions Payot.
- Freud, S. (2001a). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Éditions Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1923).
- Freud, S. (2001b). *Cinq leçons sur la psychanalyse [suivi de Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique]*. Paris : Éditions Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1966).
- Kernberg, O. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality : Focusing on object relations*. Washington DC : American Psychiatric Publishing Inc.
- Lewis, M. (1996). Borderline features in childhood disorders. Dans F. R. Volkmar (Éd.), *Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence* (pp. 89-105). Washington, DC : American Psychiatric Association.

- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorder : A new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix : Zeig, Tucker and Co.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Éditions Masson.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes*. New-York : McGraw-Hill.
- Waldinger, R. J. (1993). The role of psychodynamic concepts in the diagnosis of borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 1(3), 158-167.
- Widiger, T. A., & Rogers, J. H. (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals*, 19, 132-136.

Appendice A

Nomenclature associée au terme borderline

« [...] Formes atténuées de la démence précoce, héboïdophrénie, schizophrénies latentes, organisations psychotiques schizomorphes, schizophrenia simplex, schizothymie, schizoïdie, schizozes, schizomanies, formes bénignes de la schizophrénie, organisations schizoïdes de caractère, schizoasthénie, schizonoïa, les fausses schizophrénies à évolution favorable et toutes les schizophrénies dites pseudo-névrotiques, pseudo-psychotiques, pseudo-caractérielles, mitis, polymorphes, légères, mineures, chroniques, incipiens, frustes, affectives, apsychotiques, en puissance, larvées, ambulatoires ; de même que les états psychotiques intravertis, ou pseudo-schizophrénique, les processus psychotiques incipiens, les psychoses marginales (« rand-psychoses »), etc.

On peut ajouter à cette liste le groupe des appellations « prépsychotiques » diverses, des psychopathes et personnalité psychopathiques, des délires névrotiques de compulsion, des paranoïdes avortés, la paranoïa sensitive, les apathiques, les personnalités hébéphréniques, certaines personnalités perverses, les « rêveurs éveillés », les boudeurs, les réactions psychogènes, les personnalités « as if » ou « simili », les déséquilibres psychiques, les mythomanes, les déséquilibres caractériels, les caractériopathes, etc.

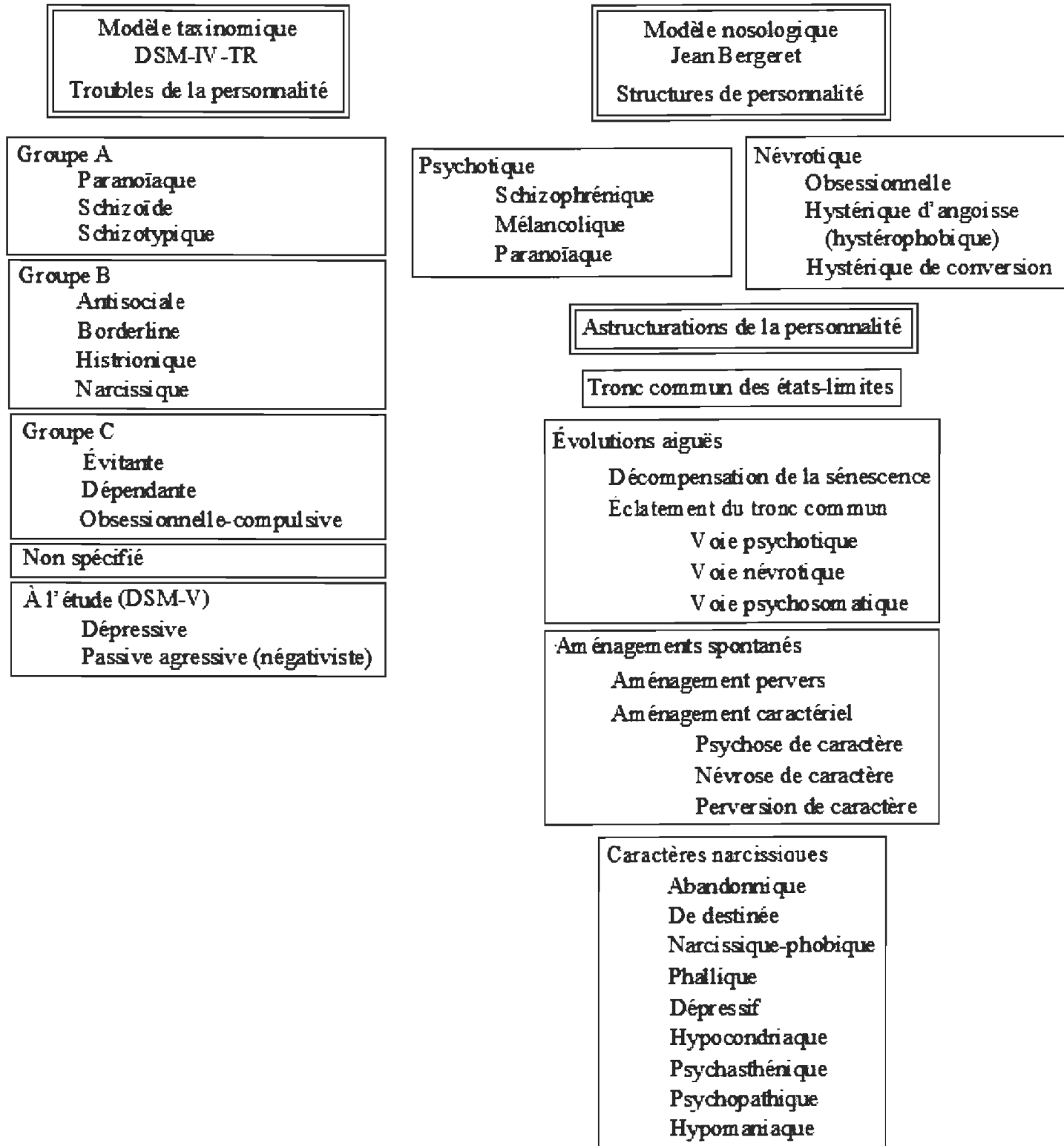
Nous pouvons comprendre aussi dans cette position nosologique incertaine nombre d'états dit « mixtes », ou « dépressifs », d'états d'angoisse diffuse de toute évidence non névrotique, un grand nombre des fameuses « névroses de caractère » et de situations d'apparence perverse, de toxicomanes ou de délinquants, d'alcooliques ou de pseudo-mélancoliques » (Bergeret, 1996a, pp. 135-136).

Appendice B

Modèles à intégrer

Modèles à intégrer

(APA, 2003) (Bergeret, 1975, 1996a, 2004)



Lexique

Ça : Instance psychique, dans la deuxième théorie de l'appareil psychique énoncée par S. Freud, qui est la plus ancienne, la plus importante et la plus inaccessible des trois. Le ça est en relation étroite et conflictuelle avec les deux autres instances, le moi et le surmoi, qui en sont des modifications et des différenciations. Selon S. Freud, le ça est inconnu et inconscient. Réservoir premier de l'énergie psychique, il représente l'arène où s'affrontent pulsions de vie et pulsion de mort. La nécessité impérieuse de la satisfaction pulsionnelle régit le cours de ses processus. Expression psychique des pulsions, ses contenus inconscients sont d'origines différentes ; pour partie, il s'agit de tendances héréditaires, de déterminations innées, d'exigences somatiques et, pour partie, des faits acquis, de ce qui provient du refoulement. La conquête du ça, ce noyau de notre être pour Freud, ce lieu d'être pour J. Lacan, est facilitée par la psychanalyse.^a

Clivage de l'objet : Voir *dédoublement des imagos*.

Conscient : Par analogie à l'inconscient et au préconscient, lieu de l'appareil psychique concerné par le fonctionnement du système perception-conscience. Se dit de certains phénomènes psychologiques partiellement connaissables par le sujet qui en est le siège.^a

Dédoublement des imagos : Aussi appelé *clivage de l'objet* ou *clivage de la réalité*, mécanisme typique des états-limites mis en évidence par l'école kleinienne principalement à propos de l'objet partiel de la phase schizo-paranoïde et à propos de l'objet total de la phase dépressive. Chez l'adulte, l'état limite pour lutter contre la dépression par perte d'objet n'opère ni un refoulement (trop élaboré génitalement) ni un dédoublement de son Moi (trop coûteux économiquement). Comme l'a montré S. Freud en 1924, pour ne pas avoir à se dédoubler, justement le Moi *se déforme*. Il va fonctionner en distinguant deux secteurs dans le monde extérieur : un secteur adaptatif avec lequel le Moi joue librement et un secteur anaclitique avec lequel le Moi se limite à des relations organisées selon la dialectique dépendance/maîtrise.^b

Forclusion : De même que le déni concerne sélectivement le sexe de la femme. J. Lacan a décrit sous le nom de forclusion une forme de rejet de la représentation, sans refoulement qui concernerait en particulier « le nom du père ». [...] Ce rejet hors du sujet serait lié également à l'impossibilité de symboliser et très voisin de certains processus psychotiques puisqu'une partie de la réalité se trouve ainsi désinvestie et rejetée vers l'extérieur. [...] La forclusion semble [...] s'associer davantage au *dédoublement des imagos* qu'au dédoublement du Moi.^b

Formation réactionnelle : Il s'agit d'un contre-investissement, dans une attitude autorisée, de l'énergie pulsionnelle retirée aux représentations interdites : par exemple

la sollicitude peut être une formation réactionnelle contre des représentations violentes ou agressives, de même que les exigences de propreté de l'obsessionnel constituent une formation réactionnelle contre son désir de souiller. C'est un mécanisme précoce mais fragile qui se développe avec prédilection pendant la période de latence au profit des valeurs mises en avant par les contextes historiques, sociaux et culturels, et au détriment des besoins pulsionnels frustes, agressifs ou sexuels directs, tout en cherchant à les drainer de façon indirecte. Cet aspect pulsionnel et utilitaire contribue à l'adaptation du sujet à sa réalité ambiante.^b

Idéal du Moi : *Instances psychique qui choisit parmi les valeurs morales et éthiques requises par le surmoi celles qui constituent un idéal auquel le sujet aspire. L'idéal du moi apparaît tout d'abord pour S. Freud [...] comme un substitut du moi idéal. Sous l'influence des critiques parentales et du milieu extérieur, les premières satisfactions narcissiques procurées par le moi idéal sont progressivement abandonnées et c'est sous forme de ce nouvel idéal du moi que le sujet cherche à les reconquérir. [...] Pour Freud, le fanatisme, l'hypnose ou l'état amoureux représentent trois cas où un objet extérieur : le chef, l'hypnotiseur, l'aimé, vient occuper la place de l'idéal du moi au point même où le sujet projette son moi idéal.^b*

Identification projective : *C'est un mécanisme décrit par M. Klein à la phase schizoparanoïde comme un fantasme de projection de l'enfant à l'intérieur du corps maternel (le non-Soi) pour le maîtriser, le posséder et éventuellement le détruire en voulant contrôler les mauvais objets qui s'y trouvent déjà eux-mêmes projetés. [...] Le rôle de la réponse maternelle serait essentiel : si la capacité de rêverie de la mère lui permet d'accepter de tels fantasmes (et de montrer qu'elle les accepte), il en résultera secondairement un besoin naturel chez l'enfant de réparation et de tendresse. Si la mère au contraire interdit ces fantasmes, on assiste à une réintrojection chez l'enfant, d'un sein menaçant et d'un vagin cloacal et avide. L'affectivité de l'enfant, au lieu de gagner en expériences d'échanges positifs, ira en s'appauvrissant vers les phénomènes de claustrophobie (peur d'être enfermé dans la mère), de dépersonnalisation (peur de perdre l'objet maternel), ou même de morcellement (psychose), le Soi narcissique se trouvant sans cesse projeté et de façon fragmentaire dans le corps de la mère.^b*

Inconscient : *Contenu absent à un moment donné de la conscience qui est au centre de la théorie psychanalytique. Selon la première topique de l'appareil psychique, S. Freud nomme inconscient l'instance constituée d'éléments refoulés qui se sont vu refuser l'accès à l'instance préconscient-conscient.^a*

Moi : *Selon S. Freud, siège de la conscience et aussi lieu de manifestations inconscientes ; le moi, élaboré par Freud lors de sa deuxième topique (le moi, le ça et le surmoi), est une différenciation du ça ; il est l'instance du registre imaginaire par excellence, donc des identifications et du narcissisme. [...] le moi englobe le conscient et le préconscient, et Freud décrira le moi comme en partie inconscient.^a*

Préconscient : *Instance psychique supposée par S. Freud après sa découverte de l'inconscient pour représenter dans l'appareil psychique un lieu intermédiaire entre le conscient et l'inconscient, lieu nécessaire pour assurer le fonctionnement dynamique de cet appareil.* Le préconscient fait écran entre l'inconscient et le conscient. Il maintient dans l'inconscient ce qui y est refoulé en imposant une censure dont la levée obéit à certaines forces et qui est un lieu de résistance dans la cure. De l'autre côté, les excitations qui lui parviennent s'écoulent sous le contrôle du processus secondaire [...]. Le terme préconscient souligne une séparation relative d'avec le conscient, dont il est « l'antichambre ».^a

Principe de plaisir : *Principe régissant le fonctionnement psychique, selon lequel l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir.* Pour S. Freud, le principe de plaisir, présenté parallèlement au principe de réalité, [...] peut être conçu sur le modèle de l'apaisement d'un besoin, lié à la satisfaction des pulsions [...].^a

Principe de réalité : *Principe régissant le fonctionnement psychique et corrigeant les conséquences du principe de plaisir* en fonction des conditions imposées par le monde extérieur.* Si, pour S. Freud, le principe de plaisir entraîne vers la recherche d'une satisfaction par les voies les plus courtes, fussent-elles hallucinatoires, le principe de réalité vient réguler cette recherche et l'engage dans des détours nécessités par les conditions effectives de l'existence du sujet.^a

Processus primaires : *Mode de fonctionnement caractérisé sur le plan économique par le libre écoulement de l'énergie et par le libre glissement des sens.* L'inconscient est par excellence le lieu de ce processus, dont les mécanismes spécifiques sont le déplacement et la condensation comme modes de passage d'une représentation à une autre. Les processus primaires correspondent à une pensée libre, imaginative, où le mouvement des signifiants ne subit pas le poids des concepts, comme c'est justement le cas dans le rêve.^a

Processus secondaires : *Caractérisé sur le plan économique par des liaisons et un contrôle de l'écoulement énergétique soumis au principe de réalité.* C'est le système préconscient-conscient qui est le lieu de ces processus secondaires, qui sont le véritable support de la pensée logique et du langage.^a

Surmoi : *Instance de notre personnalité psychique dont le rôle est de juger le moi.* [...] introduit par Freud en 1923 [...]. Le surmoi, qui inhibe nos actes ou qui produit le remords, est « l'instance judiciaire de notre psychisme ». Il est donc au centre de la question morale.^a

^a Dictionnaire encyclopédique (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Éditions Larousse.

^b Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Paris : Éditions Masson.