

LA PERSONNALITÉ BORDERLINE : clinique d'une psychopathologie «sans limites»

C. DEBABÈCHE (1), M. LEBAS (2), J.M. TRIFFAUX (3)

RÉSUMÉ : Le trouble de personnalité borderline, qui est l'objet d'un intérêt croissant à l'heure actuelle, est une entité psychiatrique fréquente caractérisée par une symptomatologie variée et une importante comorbidité. Son étiologie semble être hétérogène, comportant aussi bien des facteurs psychosociaux que biologiques et génétiques. La meilleure approche du trouble de personnalité borderline serait donc une approche bio-psycho-sociale multidisciplinaire, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique. Au travers d'un cas clinique, nous illustrons cette entité clinique importante et sa prise en charge en hôpital de jour.

Mots-clés : *Trouble de personnalité borderline - Facteurs psychosociaux - Facteurs biologiques - Hôpital de jour*

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER : CLINIC APPROACH OF A PSYCHOPATHOLOGY "WITHOUT LIMITS"

SUMMARY : The borderline personality disorder is a common psychiatric entity, which is characterized by a varied symptomatology and a significant comorbidity. It seems that its etiologic is heterogeneous, comprising psychosocial factors as much as biological and genetic. So the best approach of the borderline personality disorder would be a multidisciplinary bio-psycho-social one. Through a clinical case, we illustrate this disorder and its treatment in outpatient clinic.

Keywords : *Borderline personality disorder - Psychosocial factors - Biological factors - Outpatient clinic*

INTRODUCTION

Les différentes théories (psychosociales, psychanalytiques, cognitives, comportementales, biologiques, génétiques) des troubles de la personnalité ne sont pas encore arrivées à un consensus commun en matière d'étiologie, de classification, de diagnostic et de traitement. A l'heure actuelle, le trouble de personnalité borderline est l'objet d'un intérêt grandissant, notamment en ce qui concerne le rôle étiologique respectif des facteurs environnementaux et héréditaires, et les conséquences thérapeutiques que cela entraîne.

CAS CLINIQUE

Une patiente (Mlle A.) âgée de 34 ans est admise à l'hôpital de jour dans le cadre d'une post-cure suite à une hospitalisation à temps plein pour troubles du comportement alimentaire et dépendance alcoolique.

ANTÉCÉDENTS

La patiente est issue d'un milieu socio-économique favorisé mais a toujours souffert d'un manque de communication avec ses parents. Lors de l'adolescence, elle a commencé à avoir des idées négatives, un mal-être existentiel et une faible estime d'elle-même. C'est ensuite au début de l'âge adulte que sont apparus les troubles du comportement alimentaire, d'abord sur un mode restrictif puis évoluant vers des crises

de boulimie, suivies d'automutilations et de consommation excessive d'alcool.

Sur le plan sentimental, elle n'a jamais su avoir de relation amoureuse stable dans laquelle elle se sentait en harmonie totale. Juste avant son admission, elle a rompu avec son compagnon avec lequel elle était depuis deux ans. Pour elle, la relation était vide au niveau affectif et elle nous explique qu'elle se réfugiait dans l'alcool chaque fois qu'il y avait un conflit au sein du couple.

SITUATION PROFESSIONNELLE

Licenciée en arts et sciences de la communication, Mlle A. nous dit être épanouie dans son travail, seul point stable dans sa vie.

SYMPTOMATOLOGIE À L'ADMISSION

La symptomatologie est diffuse et se caractérise essentiellement par une dépressivité de fond, un trouble de l'identité, un manque de verbalisation des émotions, une impulsivité marquée, une instabilité des relations interpersonnelles et de l'humeur, et enfin une incapacité à être seule.

Mlle A. se plaint d'une sensation de vide et de l'impression de ne pas exister, d'être spectatrice de sa propre vie et de n'y jouer qu'un rôle passif. A côté de cela existe un trouble de l'image corporelle : il y a peu de temps, lorsqu'on lui demandait de se dessiner, elle ne représentait que des parties clivées d'elle-même comme la bouche et les membres ; et c'est suite à des séances de massage, au cours desquelles elle apprend les contours de son corps, qu'elle arrive maintenant à se représenter entièrement.

Mlle A. nous explique que les comportements autodestructeurs sont le moyen d'exprimer ses émotions mais aussi de combler le sentiment de

(1) Assistante en Psychiatrie, Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, Liège.

(2) Assistante en Psychiatrie, Clinique ND des anges, Liège.

(3) Chargé de cours adjoint, Chef de Clinique, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart Tilman, Liège. Médecin Directeur de l'Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Liège.

vide. En parlant des automutilations, elle nous dit appliquer le « cutting », terme employé par la patiente pour désigner les scarifications qu'elle se fait au cutter. Elle nous explique aimer jouer avec les limites de la vie au travers de ces comportements. Il n'y a pas d'idées suicidaires franches, la patiente nous disant adorer frôler la mort mais ne pas y sombrer.

EVOLUTION À L'HÔPITAL DE JOUR

En plus de la psychothérapie individuelle et de la sociothérapie, au travers desquelles nous l'encourageons à verbaliser ses émotions, la patiente recevait un traitement médicamenteux composé d'un antidépresseur et d'un neuroleptique. Ce dernier ayant été instauré lors de l'hospitalisation à temps plein en raison de symptômes de dépersonnalisation présents à l'époque.

Dans un premier temps, Mlle A. semblait bien adaptée au fonctionnement de l'hôpital de jour et participait aux différentes activités proposées. Mais elle ne s'impliqua pas réellement dans son hospitalisation, restant très peu authentique lors des entretiens individuels. Son discours est resté très intellectualisé, avec peu d'émotions exprimées, donnant l'idée de ne pas être concernée par l'hospitalisation.

Au fil des semaines, nous avons remarqué des tremblements et une imprécision dans les gestes. Une prise de sang a été réalisée, montrant non seulement une altération des tests hépatiques et un taux d'éthanol élevé, mais aussi une perturbation des ions et du bicarbonate, preuve irréfutable de vomissements itératifs. La patiente nous a alors avoué qu'effectivement son régime alimentaire était perturbé et qu'elle reconsommait de l'alcool fréquemment. Elle a cependant minimisé la situation en l'intellectualisant, mettant cette rechute en lien avec la préparation de sa sortie et l'angoisse de la reprise de son travail. Nous avons alors établi, en accord avec son psychiatre traitant, un contrat strict : abstinence éthylique complète, régime alimentaire établi par une diététicienne.

Après plusieurs contrats stricts non respectés et vu le peu de mentalisation, de verbalisation et le déni de la patiente, nous l'avons réorientée vers une hospitalisation à temps plein.

Les tests psychologiques réalisés lors de l'hospitalisation montrent une tendance à l'évitement (se traduisant dans la fuite et l'intellectualisation qu'elle avait par rapport à son hospitalisation), une dépendance et un clivage sur le plan relationnel, le besoin de contrôle, la tendance à attribuer la faute à l'extérieur, une négligence face à ses frontières personnelles. Dans ses schémas

cognitifs, on retrouve une tendance à l'isolement social, une exigence élevée envers elle-même et une angoisse d'abandon.

L'hypothèse diagnostique en fin d'hospitalisation est un trouble du comportement alimentaire avec dépendance éthylique chez une patiente présentant une structure de personnalité de type borderline.

HISTORIQUE

Le trouble de personnalité borderline a été introduit dans la troisième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux parue en 1980 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-III), mais il a une filiation psychanalytique directe (1). Le terme «borderline», qui veut dire «limite», est en fait né de l'observation d'entités cliniques complexes qui ne pouvaient être rattachées aux névroses ou aux psychoses, et qui se situaient donc en marge de ces deux grandes classes de la psychopathologie (2).

A l'heure actuelle, le trouble de personnalité borderline est classé dans le groupe B des troubles de la personnalité de la quatrième édition révisée du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Text Reviewed, DSM-IV-TR) (3). Ce groupe B est celui des personnalités théâtrales, émotives et capricieuses.

PRÉVALENCE

Selon une revue métanalytique de Widiger et Weissmann (1991), la prévalence varierait de 0,2 à 1,8% dans la population générale et serait aux alentours des 15% parmi les patients ayant un suivi psychiatrique ambulatoire (4). Parmi les sujets hospitalisés en institution psychiatrique, elle atteindrait presque les 50%.

Le DSM-IV-TR mentionne que le diagnostic de trouble de personnalité borderline se fait dans 75% des cas chez la femme (5). Cependant, il semblerait que cette prévalence plus importante chez les femmes serait due à des biais en rapport avec les échantillons utilisés dans les études (6).

DIAGNOSTIC ET ÉVOLUTION

Selon le DSM-IV-TR (5), le trouble de personnalité borderline se caractérise par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec impulsivité marquée. Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont repris dans le tableau I.

TABLEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE DU DSM-IV-TR

1. Efforts éffrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Le trouble de personnalité borderline est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques, et particulièrement les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (7). Selon Fyer (1988), on relève des taux de 49% de tentatives de suicide graves et de 32% de comportements parasuicidaires (4). L'association avec les autres troubles de personnalité est fréquente : surtout les personnalités histriodiques, antisociales et schizotypiques (4, 7).

Les études prospectives les plus complètes montrent que les sujets borderline seraient généralement pris en charge à la fin de l'adolescence (7). Les symptômes s'aggravaient ensuite pendant plusieurs années pour atteindre un pic de mortalité vers la trentaine. Passé ce cap, il y aurait habituellement une amélioration clinique et une intégration socioprofessionnelle acceptable.

PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE

Il existe beaucoup de divergences entre les auteurs en ce qui concerne la personnalité borderline. Nous relatons ici les points de vue de Kernberg et de Bergeret.

Kernberg (8) postule qu'il existe trois grandes organisations structurales de la personnalité : névrotique, borderline et psychotique. Elles se distinguent notamment entre elles par ce qu'il a appelé les critères «structuraux» de la personnalité. Les critères structuraux de l'organisation borderline de la personnalité sont :

- Le syndrome de diffusion de l'identité.
- L'utilisation de mécanismes de défense archaïques centrés essentiellement autour du cli-

- Le maintien de l'épreuve de réalité.

Selon Bergeret (2), l'état-limite est une «a-structuration» car il constitue un équilibre trop fragile pour pouvoir parler de véritable structure de personnalité. Pour lui, les seules structures authentiques sont les structures névrotique et psychotique. L'état-limite demeure donc dans une situation «aménagée» mais non structurellement fixée, et dont l'angoisse prédominante est une angoisse de séparation centrée autour de la peur d'être abandonné. Ainsi les relations objectales sont-elles marquées par une dépendance anaclitique, ce qui veut dire une dépendance extrême vis-à-vis d'autrui (anaclitique veut dire se coucher sur, s'appuyer sur) (9).

ETIOLOGIE

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

On retrouve fréquemment chez les patients borderline un antécédent de traumatisme infantile : abus sexuel, violence physique, perte ou séparation précoce, échec du couple parental, négligence (7, 10, 11). De plus, le risque de comportement suicidaire ou parasuicidaire semble être plus important chez les sujets ayant une histoire de violence sexuelle pendant l'enfance (4).

L'abus sexuel serait donc un important facteur de risque de développement d'un trouble de personnalité borderline. Cependant, cette condition ne semble ni nécessaire, ni suffisante (7, 10). En effet, un certain nombre de patients n'auraient pas d'antécédents de ce genre et tous les enfants abusés ne développeront probablement pas de trouble de personnalité borderline.

FACTEURS GÉNÉTIQUES ET BIOLOGIQUES

Depuis plusieurs années, la psychiatrie génétique et biologique s'intéresse aux troubles de la personnalité. Les études de jumeaux montrent une héritabilité des traits de comportement sous-jacents aux troubles de la personnalité allant de 35 à 56% (12).

Une revue (12) réalisée par Skodol et al. résume l'ensemble des données trouvées par de multiples études concernant les origines génétiques et biologiques du trouble de personnalité borderline, et met notamment l'accent sur le métabolisme sérotoninergique.

L'agressivité impulsive que l'on retrouve chez les sujets borderline serait due en partie à une diminution de l'activité sérotoninergique de certaines régions du cerveau impliquées dans l'inhibition de l'agressivité. Cette diminution

d'activité serait elle-même sous-tendue par des polymorphismes de gènes impliqués dans le métabolisme sérotoninergique.

Cette revue relate également la possible implication des autres systèmes de neurotransmission dans les autres traits de comportement du sujet borderline. Par exemple, l'instabilité affective pourrait être associée à des anomalies des systèmes cholinergique et noradrénergique, tandis que les symptômes d'allure psychotique présents chez certains patients semblent être liés à une augmentation de l'activité dopaminergique.

Les études ultérieures devraient permettre de clarifier le rôle joué par ces facteurs génétiques et biologiques, en termes d'étiologie et de conséquences thérapeutiques, mais aussi de relation avec les autres troubles mentaux.

INTERACTIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

Les facteurs psychosociaux et biologiques, loin d'être indépendants, semblent interagir entre eux dans la genèse du trouble de personnalité borderline (Fig. 1).

D'une part, les vulnérabilités génétiques et biologiques s'exprimant par des traits de comportement pourraient influencer la façon qu'un individu a de réagir face à des événements de vie traumatisants; et d'autre part, il semblerait que les traumatismes infantiles aient un impact sur le développement et le fonctionnement du cerveau : diminution du volume de l'hippocampe, déficit d'intégration des deux hémisphères, hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénargique (11).

PRISE EN CHARGE

Selon les recommandations de l'Association américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA, 2001), la psychothérapie est le traitement de première ligne, permettant une amélioration à long terme de la personnalité, des problèmes interpersonnels et du fonctionnement global (13). Les médicaments seront ajoutés si nécessaire afin de diminuer certains symptômes comme l'impulsivité, l'instabilité affective, les comportements autodestructeurs et les symptômes d'allure psychotique.

PSYCHOTHÉRAPIES

La psychothérapie peut être d'orientation analytique ou cognitivo-comportementale, cela dépend des cas et de la formation du thérapeute (7). Elle se révèle souvent longue et difficile, et doit être adaptée à la personnalité borderline du sujet (4, 14). En effet, la relation thérapeutique risque souvent d'être jalonnée de transgressions des règles ainsi que de menaces de passage à l'acte suicidaire et autoagressif, et le thérapeute doit généralement fixer des limites claires au patient.

PSYCHOTHÉRAPIES D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

Le déroulement des psychothérapies d'inspiration psychanalytique chez le sujet borderline, que nous ne détaillerons pas ici, est différent de celui utilisé chez les patients névrosés (14).

Kernberg a d'ailleurs établi un modèle particulier basé sur l'établissement d'un contrat préalable afin de limiter les comportements suicidaires, autoagressifs, toxicomaniaques, et les appels téléphoniques intempestifs (4).

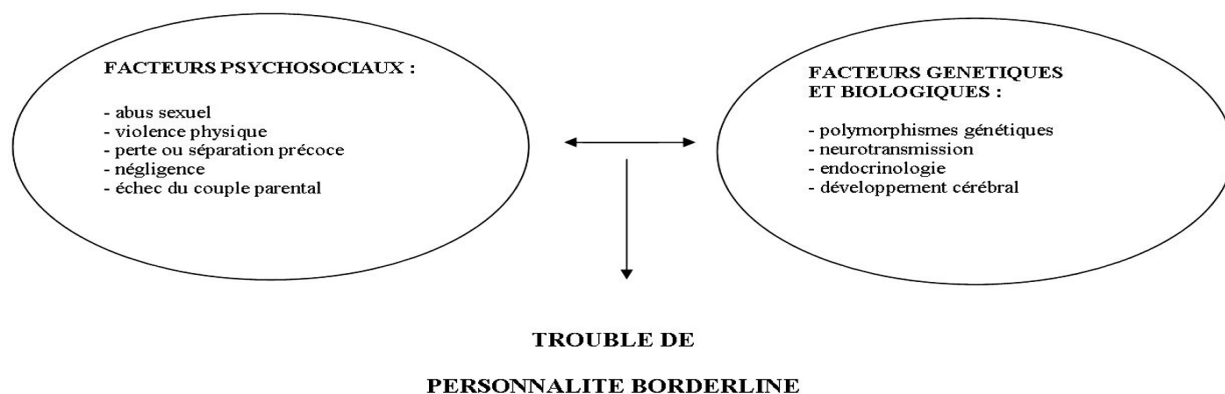


Figure 1. Etiopathogénie du trouble de la personnalité borderline.

PSYCHOTHÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Dans leur ouvrage sur l'approche cognitive et thérapeutique des personnalités pathologiques, Debray et Nollet (4) mentionnent que le déroulement des psychothérapies cognitives de la personnalité borderline varient selon les auteurs; et que seule la thérapie cognitivo-comportementale dialectique de Linehan (1993) satisfait à presque tous les critères standardisés des thérapies empiriquement validées.

PHARMACOTHÉRAPIE

Etant donné la dimension biologique du trouble de personnalité borderline, les médicaments ayant une action sur les systèmes de neurotransmission semblent particulièrement indiqués. Les médicaments efficaces dans le trouble de personnalité borderline seraient les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les thymorégulateurs et les neuroleptiques (13).

La pharmacothérapie est clairement indiquée dans les épisodes de décompensation aiguë, mais en ce qui concerne son utilisation au long cours, les données sont peu claires et il y aurait un épuisement de la réponse au cours du temps (7, 15). De toute façon, il semblerait que les patients arrêtent souvent d'eux-mêmes leur traitement.

INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE

Il semblerait que les agents inhibant la recapture de la sérotonine (IRS), et de surcroît les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI), soient efficaces dans le traitement du trouble de personnalité borderline, et cela indépendamment d'une dépression associée (12). Ils agiraient en diminuant l'impulsivité, l'instabilité de l'humeur, l'agressivité, les comportements automutilatoires et la colère (7, 16-18).

THYMORÉGULATEURS

Des thymorégulateurs comme la carbamazépine, le lithium et l'acide valproïque ont montré une certaine efficacité au niveau de l'impulsivité de sujets borderline (15).

NEUROLEPTIQUES

En ce qui concerne les neuroleptiques, l'APA recommande leur utilisation essentiellement lors de la présence d'épisodes d'allure psychotique. Cependant, les neuroleptiques atypiques (quetiapine, aripiprazole, olanzapine, risperidone, clozapine) semblent également améliorer

d'autres symptômes comme l'impulsivité ainsi que le fonctionnement global du sujet (13, 19).

Les neuroleptiques atypiques pourraient donc être utilisés en première ligne dans le trouble de personnalité borderline, mais des études supplémentaires sont nécessaires.

BENZODIAZÉPINES

Les benzodiazépines doivent être utilisées avec une grande prudence (7). Elles peuvent diminuer l'anxiété mais avec le risque d'une augmentation de l'agressivité et des idées suicidaires (15). De plus, la menace de dépendance et d'intoxication peut être importante chez le borderline.

SYNERGIE ENTRE PSYCHOTHÉRAPIE ET PHARMACOTHÉRAPIE

Il semblerait que la psychothérapie et la pharmacothérapie aient une action synergique au niveau du cerveau des sujets borderline, et notamment dans le sous-groupe de ceux ayant un antécédent de traumatisme infantile (11).

Les SSRI faciliteraient l'approche psychothérapeutique en diminuant la colère, l'anxiété et la dysphorie mais également en augmentant le volume de l'hippocampe par stimulation de la neurogenèse, ce qui conduirait à une amélioration de la mémoire déclarative verbale (11, 20).

De plus, il semblerait que les psychothérapies induisent des modifications anatomiques microcellulaires dans le cerveau et que les SSRI pourraient faciliter ces modifications en diminuant l'hyperréactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénergique (11, 21).

LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE

L'hospitalisation des sujets borderline (7, 22) est fréquente et se fait le plus souvent dans un contexte d'urgence, avec des symptômes d'entrée variés et aigus : tentative de suicide, agressivité, actes violents, dépendance à des substances, angoisse, crise dépressive, épisode d'allure psychotique. L'amélioration rapide de la situation de crise serait due non seulement à l'administration d'une pharmacothérapie, mais surtout à la fonction contenante de la structure hospitalière. Après la résolution du problème aigu, il serait important de mettre en continuité cette prise en charge hospitalière et la prise en charge ambulatoire. L'hôpital de jour (23), en développant un découpage temporel des soins hospitaliers (le sujet passe sa journée à l'hôpital avec retour au domicile tous les jours), favorise la prise en charge de ces patients difficiles.

Selon le modèle de notre cas clinique, l'hôpital de jour est une structure qui assure le relais des soins à moyen, voire à long terme. Il maintient un cadre thérapeutique et fixe des limites, éléments très importants dans la prise en charge des sujets borderline. Le patient participe à des activités de groupe, dont certaines sont obligatoires et d'autres au choix. La prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire constituée d'infirmiers, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un psychologue. Parallèlement, le patient est également suivi en psychothérapie individuelle par un psychiatre à raison de deux séances par semaine.

L'hôpital de jour organisé de cette manière présente l'avantage de permettre une certaine autonomie à des patients qui ne sont plus en situation de crise, mais qui ont cependant encore besoin d'une aide institutionnelle. L'hôpital de jour a pour finalité d'être une institution qui n'«institutionnalise» pas le patient.

CONCLUSION

Les résultats de ces dernières années ouvrent la voie vers une approche bio-psycho-sociale multidisciplinaire du trouble de personnalité borderline. Cette approche devrait intégrer les différents points de vue concernant cette problématique, tant au niveau de l'explication étiologique que de la prise en charge thérapeutique. Cependant, il reste encore beaucoup de zones d'ombre dans ce domaine, et celles-ci devraient s'éclaircir grâce à la recherche future.

BIBLIOGRAPHIE

- Pichot P.— Le concept de trouble de la personnalité, in Féline A, Guelfi J-D, Hardy P Ed., *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris, 2002, 18-31.
- Bergeret J.— Les états-limites et leurs aménagements, in Bergeret J Ed., *Psychologie pathologique*. Quatrième édition. Masson, Paris, 1986, 193-210.
- American Psychiatric Association.— DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux. Quatrième édition, Texte Révisé, Washington DC, 2000. Traduction française par J-D Guelfi et al., Masson, Paris, 2003, 1120, 790.
- Debray Q, Nollet D.— Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Quatrième édition. Masson, Paris, 2005, 85-92.
- American Psychiatric Association.— DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux. Quatrième édition, Texte Révisé, Washington DC, 2000. Traduction française par J-D Guelfi et al., Masson, Paris, 2003, 1120, 813-818.
- Skodol AE, Bender DS.— Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatric Quarterly*, 2003, **74**, 349-360.
- Darcourt G, Chaîne F, Guelfi JD.— La personnalité borderline, in Féline A, Guelfi J-D, Hardy P Ed., *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris, 2002, 185-197.
- Kernberg OF.— Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques. Deuxième édition. Presses Universitaires de France, Paris, 2004, 25-47. Traduction française de : Kernberg OF.- Severe Personality Disorders : Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, 1984.
- Houser M.— Aspect génétique, in Bergeret J Ed., *Psychologie pathologique*. Quatrième édition. Masson, Paris, 1986, 5-42.
- Debray Q, Nollet D.— Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Quatrième édition. Masson, Paris, 2005, 161-162.
- Gabbard GO.— Mind, Brain, and Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 2005, **162**, 648-655.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ et al.— The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry*, 2002, **51**, 951-963.
- Villeneuve E, Lemelin S.— Open-Label Study of Atypical Neuroleptic Quetiapine for Treatment of Borderline Personality Disorder : Impulsivity as Main Target. *J Clin Psychiatry*, 2005, **66**, 1298-1303.
- Darcourt G.— Psychanalyse et psychothérapies psychanalytiques des troubles de la personnalité, in Féline A, Guelfi J-D, Hardy P Ed., *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris, 2002, 393-403.
- Lôo H, Canceil O, Chauchot F, et al.— Pharmacothérapie dans les troubles de la personnalité, in Féline A, Guelfi J-D, Hardy P Ed., *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris, 2002, 419-429.
- Rinne T, van den Brink W, Wouters L, et al.— SSRI Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial for Female Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 2002, **159**, 2048-2054.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ.— Fluoxetine and Impulsive Aggressive Behavior in Personality-Disordered Subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, **54**, 1081-1088.
- Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, et al.— Effect of Fluoxetine on Anger in Symptomatic Volunteers With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 1995, **15**, 23-29.
- Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, et al.— Aripiprazole in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*, 2006, **163**, 833-838.
- Vermetten E, Vythilingam M, Southwick SM, et al.— Long-Term Treatment with Paroxetine Increases Verbal Declarative Memory and Hippocampal Volume in Post-traumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*, 2003, **54**, 693-702.
- Rinne T, de Kloet ER, Wouters L, et al.— Fluvoxamine Reduces Responsiveness of HPA Axis in Adult Female BPD Patients with a History of Sustained Childhood Abuse. *Neuropsychopharmacology*, 2003, **28**, 126-132.
- Vacheron M-N, Caroli F.— Prise en charge institutionnelle des troubles de personnalité, in Féline A, Guelfi J-D, Hardy P Ed., *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris, 2002, 381-392.
- Triffaux J-M.— Eloge de la folie en hôpital de jour : présent du passé et perspectives. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques*, 2003, **5**, 23-30.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.M. Triffaux, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sart Tilman, Liège, Belgique.