



# Le trouble de personnalité borderline

Les rencontres du CLSM Grenoble

27 avril 2021

Laure FAVRE REGUILLON – Docteur Benjamin GOUACHE

Ophélie, personne concernée

# Tout un vocable

- Trouble de personnalité borderline/trouble borderline – BDL
  - Trouble de personnalité limite – TPL
  - Etat limite
  - Personnalité émotionnellement labile
- 
- Thérapie cognitive et comportementale –TCC
  - Thérapie comportementale dialectique – TCD
  - Thérapie d'acceptation et d'engagement - ACT

# Définitions

- **Trouble de personnalité** : mode de fonctionnement général durable et rigide affectant le rapport à soi, aux autres et au monde, déviant significativement de ce qui est attendu dans la culture de la personne, et générant une souffrance, une détresse ou un handicap significatif.
- **Trouble de personnalité borderline** : mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers.

# Témoignage

Le début des  
troubles



# Critères diagnostiques

Il faut présenter au moins cinq des neuf critères présents pendant un laps de temps significatif :

(1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les 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 (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels; des changements soudains d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations)

# Critères diagnostiques (2)

- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (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 (ex. : 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 (ex. : 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.

# Témoignage

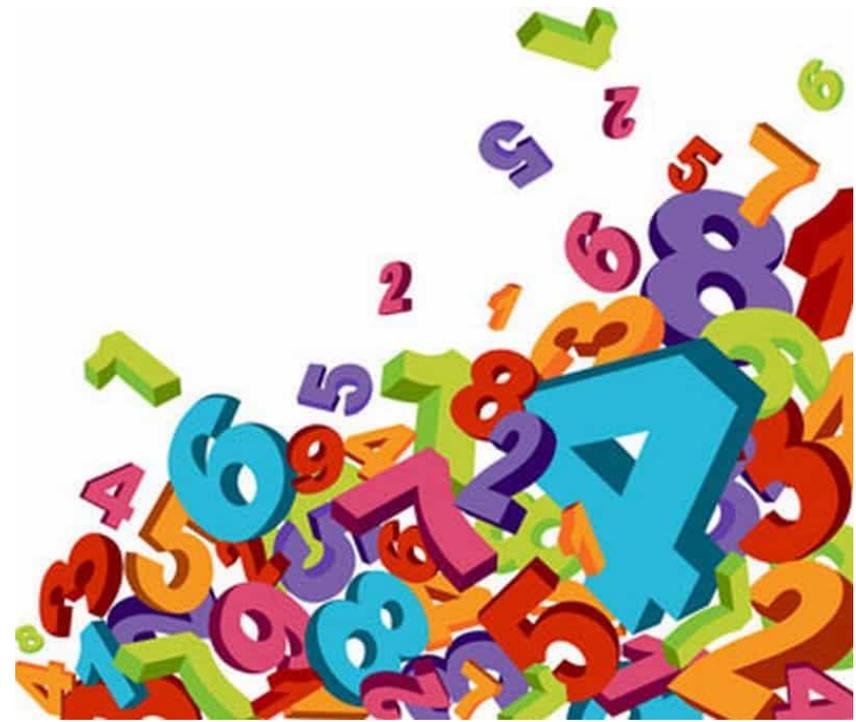
*L'annonce  
diagnostique*



# Quelques chiffres

(Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005)

- 2 à 6 % de la population générale
- 10 % en service ambulatoire
- 20 % en service hospitalisation
- 50 % dans service des crises suicidaires



- **L'âge, le sexe, et la culture ne sont pas associés avec le TPL** (Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, 2007).
- **Le taux de diagnostic TPB entre femmes et hommes est équivalent** (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Personality Disorder, 2012, US).
- Les personnes qui souffrent de TPL **risquent cinquante fois plus de décéder par suicide que la population générale** (Lieb, K. et al., 2004).
- En 2013-2014, **13 % des personnes ayant utilisé les services de l'AQPAMM** (équivalent québécois de l'UNAFAM) avaient un proche atteint d'un trouble de personnalité limite.

# Troubles associés

- 41-83 % un historique de dépression majeure,
- 64-66 % des problèmes d'abus de substance,
- 46-56 % un trouble de stress post-traumatique,
- 16-51 % un trouble de personnalité dépendant,
- 31-48 % un trouble panique,
- 43-47 % un trouble de personnalité évitant,
- 23-47 % de la phobie sociale,
- 12-39 % un trouble de dysthymie (variation de l'humeur),
- 29-35 % un trouble des conduites alimentaires,
- 14-30 % un trouble de personnalité paranoïaque,
- 16-25 % un trouble obsessionnel-compulsif,
- 10-20 % un trouble bipolaire.

# Diagnostic différentiel

- **Trouble bipolaire** (diagnostic erroné fréquent) : trouble de l'humeur : labilité émotionnelle et impulsivité
- **TDA/H** : impulsivité, dysrégulation attentionnelle et émotionnelle et troubles du comportement
- **Schizophrénie** (symptômes psychotiques)
- **TSA sans déficience intellectuelle** (dysrégulation émotionnelle ++)

# Quelle est la cause du trouble borderline ?

- **Résultat d'abus et de traumatismes ?**

Plus de 50 % des personnes ayant un trouble de la personnalité borderline ont subi des maltraitances sexuelles et/ou physiques.

Mais : 80 % des adultes avec une histoire d'abus ne développent pas de troubles psychologiques.

- **Génétique et dérèglements neurobiologiques ?**

Part génétique importante dans le développement d'un TPL puisque 35 % des jumeaux monozygotes comparativement à 7 % chez les dizygotes souffrent d'un TPL.

Certains dérèglements neurobiologiques pourraient participer à l'impulsivité et à l'instabilité affective. Mais : cause ou conséquence du trouble ?

- **Environnement invalidant**

**➡ En fait : combinaison complexe de facteurs**

Vulnérabilité génétique + événements stressants contribuant au déclenchement

# Tentatives de suicide

- 10 % se suicident
- « Qu'est-ce que le suicide, sinon une **action visant à mettre un terme à des émotions intolérables** ? » (Murray, 1938)
- Le but du suicide est d'**échapper** à l'expérience consciente d'une **insupportable souffrance** psychologique (Shneidman, 1999)

—————> Stratégie de régulation émotionnelle avant tout !

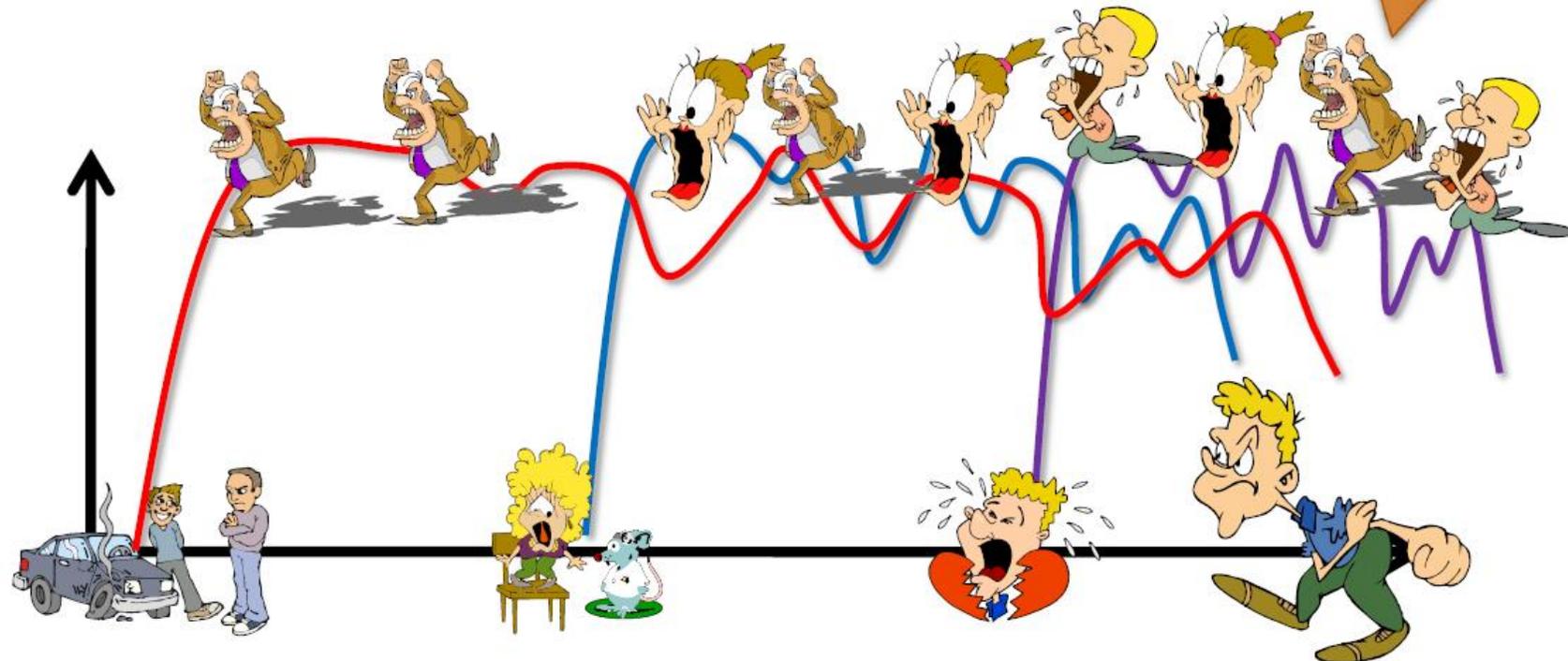
# Fonctionnement émotionnel BDL

- Hyperémotionnalité (intensité et durée) et intolérance aux émotions
- Conséquences : problème de cumul des émotions -> émotions secondaires et vécu chaotique

## Dysfonctionnement du système de régulation des émotions

- Forte réactivité aux stimuli émotionnels
- Réponse émotionnelle intense et durable
- Lent retour à un état d'apaisement émotionnel

J'ai peur, j'ai honte, je suis en colère d'être en dysrégulation émotionnelle !



- Anxiété
- Saturation
- Réponses chaotiques
- Externalisation émotionnelle ou comportementale
- Colère/Agressivité/Rage

## HYPER ACTIVATION

Réponse de fuite  
ou de contre-attaque

- Rigidité
- Obsessions – Compulsions
- Hyperphagie/ restrictions alimentaires
- Addictions
- Impulsivité

### CE QUI FAIT SORTIR DE LA FENETRE DE TOLERANCE EMOTIONNELLE :

- ✓ **Peur des ...**  
Pensées incontrôlables et des sensations physiques : contrôle, insécurité, abandon, rejet, ne pas exister
- ✓ **Croyances fondamentales en lien avec le trauma au sujet de soi** qui déclenchent :  
Dysrégulations émotionnelles et physiologiques

*Elargissement de la fenêtre de flexibilité psychologique*

## ZONE DE CONFORT

REGULATION EMOTIONNELLE

**Calme, Cool, Serein, Connecté**

## COMPETENCES D'AUTO-APAISEMENT

COMPETENCES DE REGULATION DE L'ETAT EMOTIONNEL

*Rester dans la fenêtre permettant de meilleures interactions sociales*

### POUR RESTER DANS LA FENETRE DE TOLERANCE :

- ✓ Pleine conscience : être présent dans l'ici et maintenant
- ✓ Techniques d'auto-apaisement, relaxation et régulation émotionnelle
- ✓ Respiration calme et profonde
- ✓ Identification des pensées limitantes, des états positifs concernant soi-même, des ressources, des perspectives

- Mort feinte
- Dissociation
- Pas de présence
- Indisponibilité/ arrêt
- Perte de mémoire

## HYPO ACTIVATION

Réponse de sidération

- Détachement
- Pilote automatique
- Pas d'exposition émotionnelle/ épuisement
- Séparation soi/émotions/ressentis

# Emotions et pièges de la relation thérapeutique

Les réactions émotives observées sont directement caractéristiques du trouble et se répètent dans la relation thérapeutique.

*Fenêtres ouvertes sur le monde intérieur du patient*  
(Beck et Freeman, 1990)

Bien qu'elles puissent être parfois menaçantes pour la construction de l'alliance thérapeutique, elles donnent aussi des indications sur le mode relationnel de la personne.

# Le TPL selon l'âge

- **Pendant l'adolescence:** processus identitaire : **l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle et relationnelle** chez les adolescents, comportements de mise en danger (toxicomanie, conduite automobile dangereuse, sexualité..) et suicidaire mais ce n'est qu'une **période de transition** et tend à disparaître.
- **Chez les personnes âgées:** de façon générale : **diminution des comportements liés à l'impulsivité** (colère, automutilation, tentative de suicide), une persistance des troubles de l'humeur (principalement la dépression) et certaines difficultés sociales, comme la peur de l'abandon, l'isolement et l'opposition envers les soignants.

# Rétablissement

*« Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles.*

*C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie.*

*Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure que l'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale... »*

Bill Anthony 1993

# Rétablissement (2)

Le traitement accélère le processus naturel du rétablissement :

Environ 75 % des personnes avec trouble BDL auront retrouvé un fonctionnement presque normal à l'âge de 35 à 40 ans et 90 % se seront rétablies à l'âge de 50 ans (Paris, 2005).

Certains des comportements les plus dommageables (l'automutilation et les comportements suicidaires) diminuent tandis que d'autres symptômes, comme le sentiment d'abandon et la difficulté d'être seul, semblent durer plus longtemps.

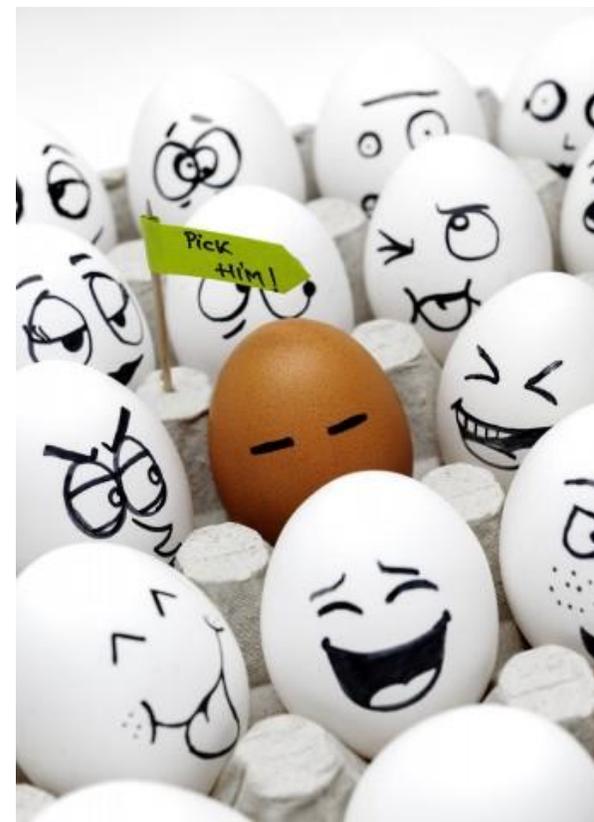
# Témoignage

Mon quotidien



# La stigmatisation

- Diagnostic psychiatrique le plus stigmatisé (Nehls, 1998)
- Affecte aussi les cliniciens → réticence à poser le diagnostic (Chanen, 2013)
- Principale raison qui pousse les jeunes à ne pas chercher de soins en santé mentale (Gulliver, 2013)
- L'étiquette « borderline » suscite des croyances et émotions négatives particulières chez les infirmiers en psychiatrie en ce qui concerne la sympathie, le rejet ou l'optimisme (Markham, 2003)
- Semble en lien avec des croyances infondées sur la stabilité et le caractère contrôlable des comportements, des causes du comportement et de la dangerosité des personnes ayant ce trouble



- Raisons suggérées : sentiments de frustration, impuissance, peur, incompetence ; chez des professionnels devant faire face à la colère intense, l'auto-agressivité, les idées suicidaires et tentatives de suicide
  - Dans la population générale : surtout stigmatisation des comportements associés et non de l'étiquette « borderline » (Furnham, 2015)
  - Le corollaire de la stigmatisation : l'auto-stigmatisation, un frein au rétablissement
  - Recommandation : éviter de poser le diagnostic de borderline peut paradoxalement perpétuer le stigma associé à cette étiquette.
- Une alternative préférable serait d'améliorer la compréhension de ce trouble chez les cliniciens ! (Orygen)

# Traitement médicamenteux

- Reconnu comme peu efficace dans son ensemble
- Traiter les troubles associés
- Associer traitement de fond et traitements ponctuels (en cas de crise)
- Certains symptômes peuvent répondre à un neuroleptique atypique (symptômes dissociatifs ou de persécution) ou à un thymorégulateur (colère, impulsivité)
- Prendre en compte le risque d'abus médicamenteux !



# Psychothérapies

Des approches multiples



# Bien choisir son psychothérapeute

- Ne **pas hésiter à questionner** sur l'expérience et la formation dans le domaine du trouble de la personnalité borderline.
- Question de la **relation avec le psychothérapeute** : s'ouvrir en toute confiance et se sentir compris.
- **Rencontrer plusieurs psychothérapeutes** avant de choisir celui avec lequel on se sent le mieux accompagné.

# Thérapie comportementale dialectique - TCD

Marsha Linehan



# Thérapie comportementale dialectique - TCD

Développée par Marsha Linehan, La TCD s'est imposée depuis la fin des années 1980.

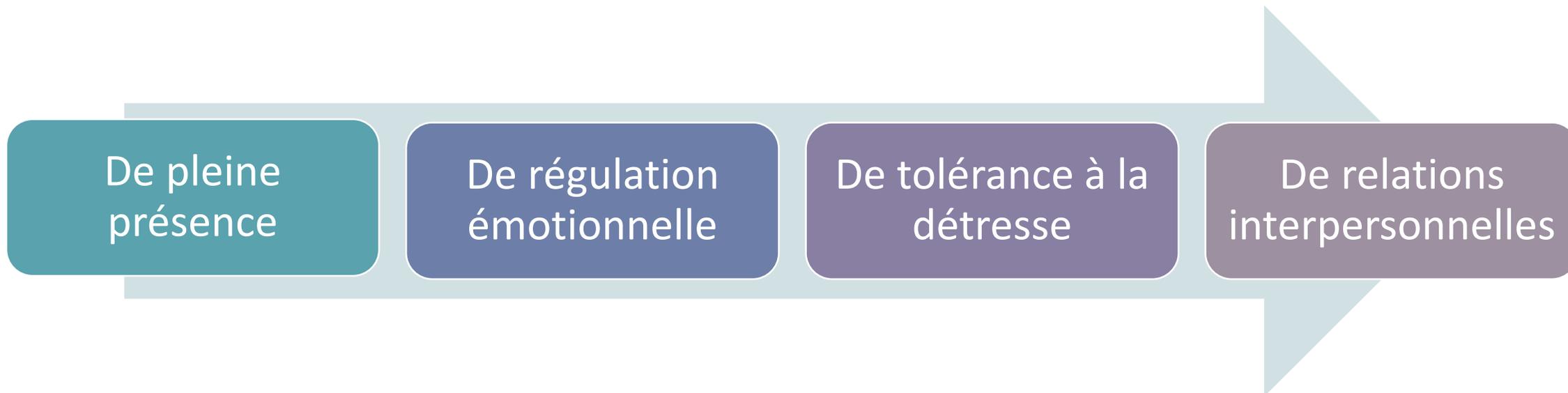
Le terme « dialectique » (résolution des contradictions) signifie que la thérapie apprend aux patients à dépasser le mode de pensée en noir et blanc et à accepter la validité de plusieurs points de vue simultanés.

Le terme « comportementale » indique qu'on se concentre sur les comportements concrètement vécus par les patients et ne vise pas en priorité une compréhension globale des liens entre les difficultés du patient et son histoire.

Cette approche thérapeutique, hautement structurée, combine différentes composantes :

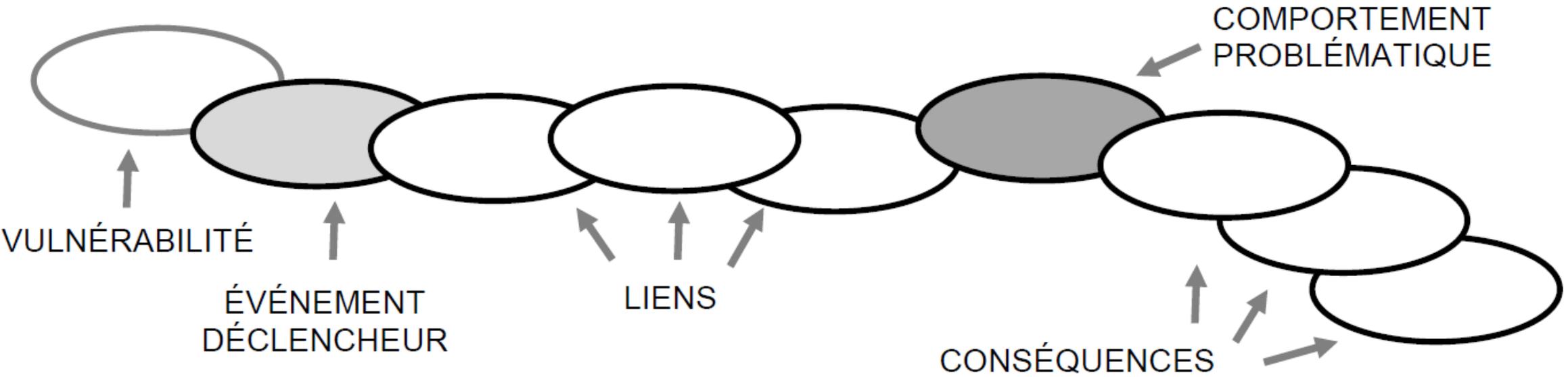
1. **La thérapie individuelle** : dans ce cadre, le patient peut discuter des crises affectant sa vie quotidienne ou des thèmes la concernant. Il arrive que dans certaines situations des contacts téléphoniques avec le thérapeute soient également inclus dans le traitement.

## 2. La thérapie de groupe pour le développement de compétences:

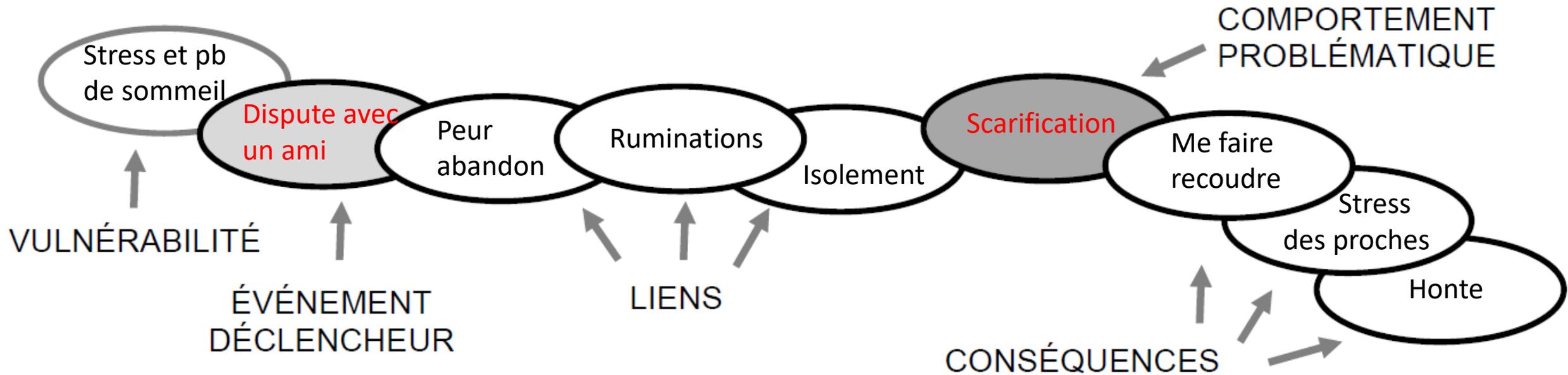


Lors de ces modules, le patient peut entraîner les compétences comportementales grâce auxquelles il pourra mieux faire face à son trouble.

# Analyse en chaine



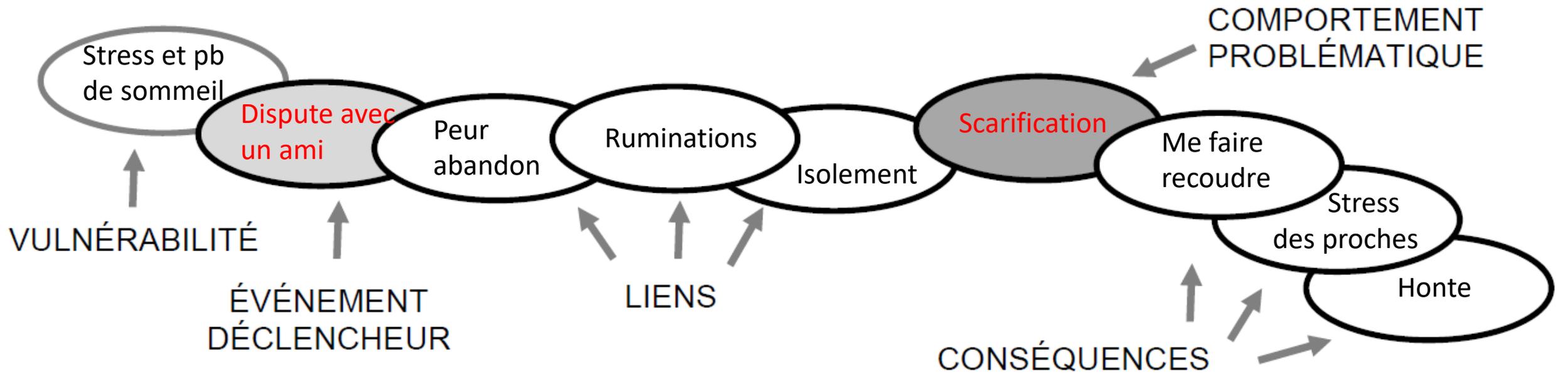
# Exemple



# Pour changer le comportement

- Décrivez des comportements **COMPÉTENTS** pour remplacer les liens problématiques dans la chaîne d'événements.
- Développez des **PLANS DE PRÉVENTION** pour réduire la vulnérabilité aux événements stressants.
- **RÉPAREZ** les conséquences importantes ou significatives du comportement problématique.

# Exemple



- ✓ Gestion du stress (quels stresseurs?)
- ✓ Hygiène de vie

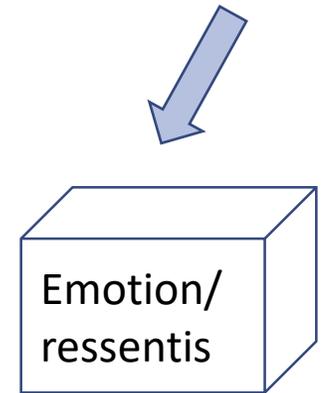
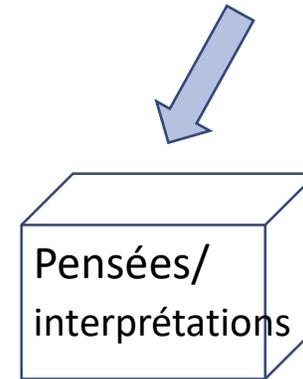
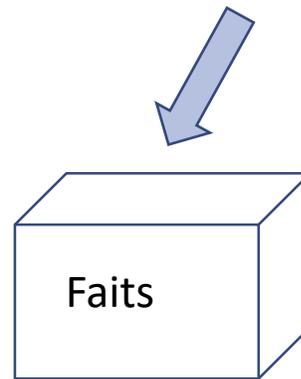
- ✓ Rompre l'isolement
- ✓ « Boite de tri »
- ✓ Compétences d'auto-apaisement

- ✓ Expliquer au proche
- ✓ Réparer la relation
- ✓ Compétences d'auto compassion

# Beaucoup de pratiques de pleine conscience

*« La pleine conscience consiste à porter son attention, délibérément, au moment présent et sans jugements de valeur, sur l'expérience qui se déploie moment après moment. » John Kabat-Zinn*

- Observer
- Décrire
  - Les boites
  - J'ai la pensée que...
- Participer



# Exemple de compétences à développer

- D'après le livre de D. Ducasse et V. Brand-Arpon: *Cahier pratique de thérapie à domicile- Odile Jacob, 2018*
- ACT + TCD
  - comment faire face à la détresse
    - 3 familles de stratégies

# 1<sup>ère</sup> famille : s'apaiser par les 5 sens

## OUÏE:

- Chanter
- Ecouter une playlist apaisante
- Ecouter les bruits de la nature
- Jouer d'un instrument de musique
- Regarder une vidéo d'un concert

## TOUCHER :

- Malaxer une balle en caoutchouc
- Me masser le corps
- Prendre un bain ou une douche
- Caresser un animal
- Avoir un contact physique avec quelqu'un

## GOÛT :

- Boire une boisson spécifiquement choisie pour ses qualités gustatives ou physiques (Chaud, froid, doux, acide, pétillant...)
- Manger un aliment choisi pour ses qualités gustatives.
- Manger un bonbon très acidulé

## VUE :

Regarder un diaporama  
Regarder des photos souvenirs  
Regarder un film  
Contempler le paysage de la nature

## ODORAT :

- Sentir une épice, un aliment, une fleur...
- Sentir les odeurs de la nature
- Vaporiser un parfum
- Allumer un bâtonnet d'encens

# 2<sup>ème</sup> famille : distraire le mental

Les activités plaisantes :

- Être avec mon animal de compagnie
- Regarder des vidéos humoristiques
- Faire du sport
- Aller chez le coiffeur
- Tirer des affaires
- Faire le ménage
- .....

**La contribution** : se tourner vers une personne, un proche ou qui que ce soit d'autre, afin de lui apporter votre aide ou votre présence.

**S'échapper** : physiquement, aller se promener, quitter l'endroit lié à la crise.

**Perspective** : est-ce que cette situation aura de l'importance dans 5 ans ?

**Se défouler** : aller courir, danser, chanter etc...

# 3<sup>ème</sup> : améliorer le moment présent

## L'imagerie mentale :

- Se projeter dans un autre décor, un lieu agréable, un lieu empreint de souvenirs...
- Se créer un espace de sécurité intérieur
- Se faire des films

## La relaxation :

Vous pouvez écouter une bande son sur YouTube pour vous relaxer, ou vous pouvez vous centrer sur votre respiration, contracter et décontracter vos muscles etc...

# Témoignage

Les soins

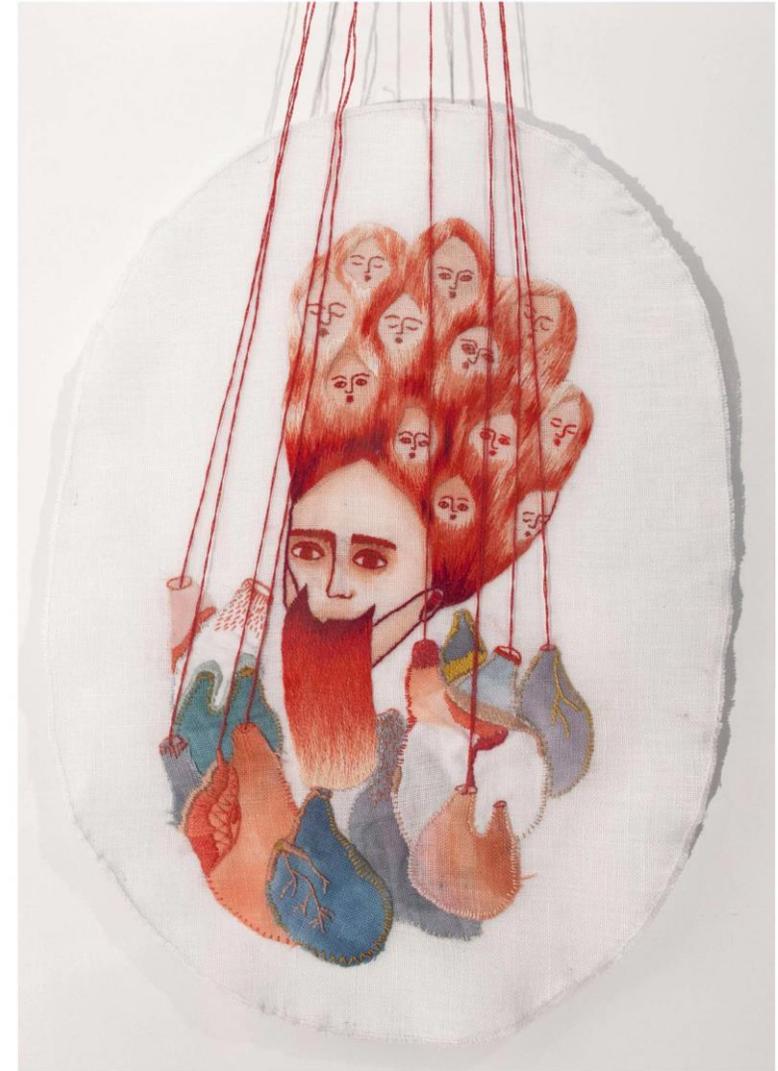


# Thérapie basée sur les schémas

Développée par Jeffrey Young et coll., c'est une approche centrée essentiellement sur les principes de la TCC.

Le patient questionne les **modes de fonctionnement** qu'il a développés dans son enfance et il réévalue les **stratégies d'adaptation** qui se sont révélées peu adéquates. La relation avec le thérapeute, qui prend un rôle de « parent de remplacement », permet alors d'adopter des stratégies conduisant à un meilleur équilibre.

Moyens thérapeutiques : exposition en imagination, visualisation...

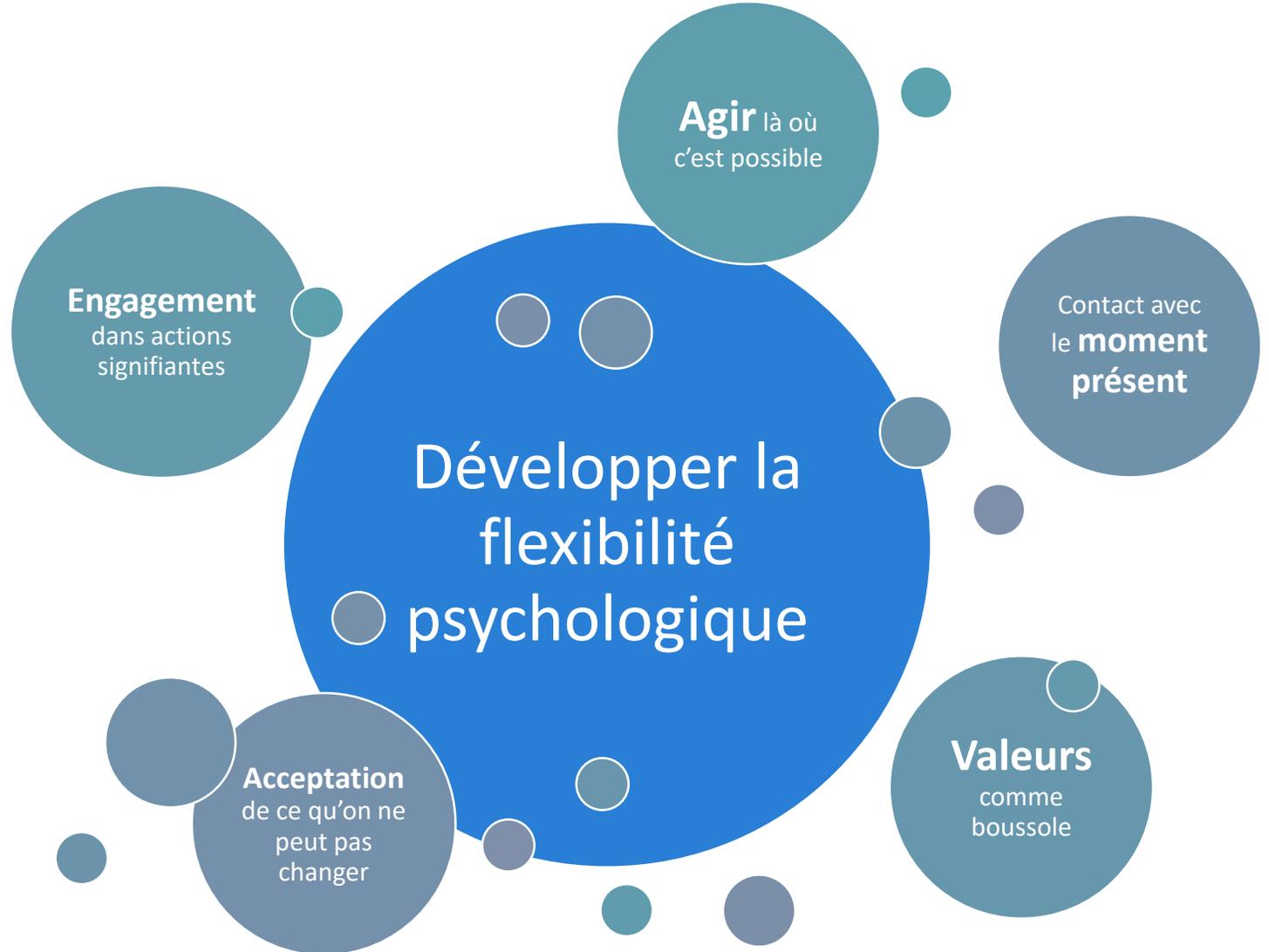


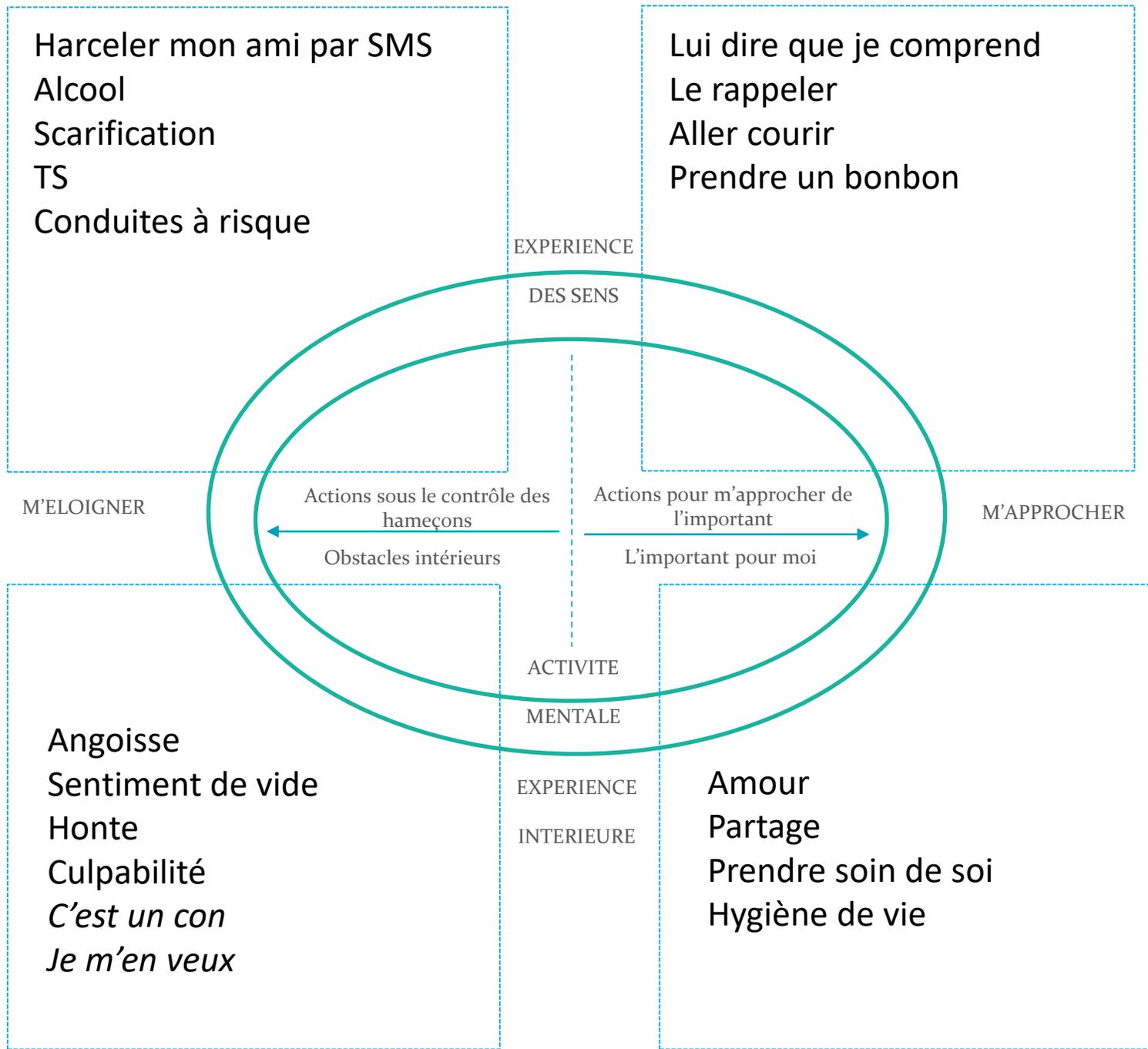
# Thérapie ACT: d'Acceptation et d'Engagement



« Les efforts pour éviter la souffrance inévitablement liée à la condition humaine jouent un rôle de premier plan dans le développement et le maintien d'un large spectre de psychopathologies. Le but premier de la thérapie est la *flexibilité psychologique* afin de favoriser l'engagement dans des actions contribuant à la construction d'une existence riche et pleine de sens... ».

Philippe Vuille





# Thérapie basée sur la mentalisation



Capacité que l'on a de penser que les comportements d'un individu sont reliés à des éléments psychiques tels que des pensées, des désirs ou des croyances **qui lui sont propres** et qui sont **partiellement opaques**.

Mentaliser, c'est faire preuve de curiosité pour l'état interne de l'autre, aller à sa découverte pour éviter les mésinterprétations.

TPB : capacité de mentalisation fragilisée

Ce traitement vise à développer et stabiliser les capacités de mentalisation, en particulier dans les situations chargées d'émotions et les relations d'attachement.

Montrant une efficacité proche de la TCD, il est aussi composé de:

- un suivi individuel et de groupe,
- un plan de traitement et de crise.

# Psychothérapie focalisée sur le transfert



- Développée par Kernberg il y a 30 ans
- Forme de thérapie proche de la psychanalyse (place de l'interprétation, attention particulière portée à la relation tranféro/contre-transférentielle) mais mise en place d'un cadre spécifiquement adapté aux difficultés posées par ces patients
- Deux séances hebdomadaires en face à face
- Négociation du cadre (contrat) pour maintenir la continuité de la thérapie elle-même
- Attention portée aux aspects réels et concrets de la vie du patient qui sont fréquemment le lieu d'expression des résistances aux progrès thérapeutiques.

# RECOMMANDATIONS À L'USAGE DES FAMILLES

(d'après Gunderson et Berkowitz)

## LES OBJECTIFS : AVANCEZ PAS À PAS

1. Changer : un processus difficile
2. Revoyez vos attentes à la baisse

## L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

3. Assurez un environnement tranquille et calme
4. Maintenez votre planning habituel
5. Trouvez du temps pour parler

## LA GESTION DES CRISE

***Soyez attentifs mais ne vous énervez pas***

6. Ne soyez pas sur la défensive
7. Les comportements autodestructeurs demandent de l'attention
8. L'écoute

## ABORDER LES PROBLÈMES

***Soyez coopératifs et persévérants***

9. Les trois «clés» pour résoudre les problèmes familiaux

10. Concertez-vous avant d'agir
11. Les contacts avec le thérapeute ou le psychiatre

## FIXER LES LIMITES

***Soyez directs mais prudents***

12. Fixez des limites : vos propres limites et votre seuil de tolérance
13. Ne surprotégez pas votre entourage
14. N'acceptez pas les insultes et autres abus
15. Menaces et ultimatums

# Témoignage

L'avenir



# Ressources

- C3R (CHAI) : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/c3r-43>
- Centre de thérapies des troubles de l'humeur et émotionnels : <https://www.santementale.fr/2021/03/nauguration-du-centre-de-therapies-des-troubles-de-l-humeur-et-emotionnels-borderline-du-chu-de-montpellier/>
- <https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/02/Borderline2014.pdf>
- Connexions familiales : <https://tpl-familles.org/>
- Recommandations pour les familles : <https://dev.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2011/08/Recommandations.pdf>



Merci de votre attention