

Sylvia Martin

Le programme ECCCLORE

Une nouvelle approche
du trouble borderline

Préface de **Jacques Van Rillaer**

Postface de **Pierre Philippot**

Avant-propos de **Jonathan Del-Monte**

+ EN LIGNE



- Des outils d'évaluation et de diagnostic pour le thérapeute
- 66 fiches d'exercices à destination du patient
- 29 méditations audio



Le programme ECCCLORE

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre des pratiques et de théories d'orientation très diversifiées.

Le programme ECCCLORE

**Une nouvelle approche du trouble
borderline**

Sylvia MARTIN

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2022
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : octobre 2022
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2022/13647/145

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-3439-7

Sommaire

Les compléments numériques	7
Table des abréviations	9
À propos de l'auteure	8
Préface de Jacques Van Rillaer	11
Avant-propos de l'auteure	15
Avant-propos de Jonathan Del Monte	19

PARTIE 1 Considérations théoriques

CHAPITRE 1	Qu'est-ce que le trouble de la personnalité borderline ?	23
CHAPITRE 2	Diagnostic et abord clinique	55
CHAPITRE 3	Le programme ECCCLORE	63

PARTIE 2 Mise en pratique

INTRODUCTION		81
PREMIER MODULE	La gestion des émotions	85
DEUXIÈME MODULE	La gestion de la crise	183
TROISIÈME MODULE	Les relations interpersonnelles	247

Conclusion	293
Remerciements	295
Postface de Pierre Philippot	297
Références bibliographiques	299
Liste des figures	323
Liste des tableaux	324
Liste des fiches patient	325
Liste des fiches thérapeute	327
Liste des pistes audio	328
Table des matières	329



Les compléments numériques

En vous rendant sur le site des éditions De Boeck Supérieur, à l'adresse www.deboecksuperieur.com/site/334397, vous trouverez de nombreux documents à télécharger utiles à la préparation de vos séances ainsi que du matériel à confier à vos patients.

- Pour consulter la liste des **fiches thérapeute**, rendez-vous à la page 327.
- Pour consulter la liste des **fiches patient**, rendez-vous à la page 325.

Ce guide pratique vous propose aussi des pistes audio de méditation ainsi qu'une vidéo. Pour y accéder :

Flashez le code avec votre
téléphone ou votre tablette



OU

Tapez l'URL
dans votre navigateur



Pour consulter la liste des **pistes audio**, rendez-vous à la page 328.

À propos de l'auteure

Sylvia Martin est docteur en Psychologie Clinique et Psychopathologie. Elle est spécialisée en thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. Psychologue clinicienne et psychothérapeute, elle a investi ses compétences et son savoir-être dans le suivi des patients en institution ainsi qu'en cabinet libéral. Chercheuse spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité, conférencière et maître de conférence qualifiée, elle est aujourd'hui reconnue pour le développement de pratiques de soin innovantes et pour son engagement face à l'amélioration des prises en charge en psychothérapie tant en France qu'à l'étranger.

Table des abréviations

ACT : *Acceptance and Comitment Therapy* / Thérapie d'acceptation et d'engagement

BPQ : *Borderline Personality Questionnaire* / Questionnaire de la personnalité borderline

BSL : *Borderline Symptom List*

CIM : Classification internationale des maladies

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual* / Manuel diagnostique et statistique

MAT : Méditation d'amour-tendresse

MBCT : *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* / Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

MBSR : *Mindfulness-Based Stress Reduction* / Réduction du stress basée sur la pleine conscience

SCID-II : Entretien clinique structuré pour les troubles de la personnalité de l'axe II du DSM-IV

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

SSPT-c : Syndrome de stress post-traumatique complexe

TB : Trouble bipolaire

TDA/H : Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité

TP : Trouble de la personnalité

TPAS : Trouble de la personnalité antisociale

TPB : Trouble de la personnalité borderline

TPH : Trouble de la personnalité histrionique

TPOC : Trouble de Personnalité Obsessionnelle Compulsive

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TCCE : Thérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle

TCD : Thérapie comportementale et dialectique

UPPS : *Urgency Premeditation Perseverance and Sensation Seeking Scale*

Préface de Jacques Van Rillaer

Le terme « *borderline* » a été avancé par Adolf Stern en 1937 lors d'une conférence à la Société psychanalytique de New York (Stern, 1938). Ce psychiatre-psychanalyste qualifiait ainsi des patients qui paraissaient névrosés, mais dont le mode de fonctionnement était proche de celui des psychotiques. Il les caractérisait par du narcissisme, de l'hypersensibilité, de la rigidité mentale et corporelle, un sentiment d'infériorité et surtout des « réactions thérapeutiques négatives ». Il déclarait : « J'ai essayé la thérapie analytique habituelle mais, dans la grande majorité des cas, après un traitement plus ou moins long, j'ai dû l'arrêter sans qu'il ait apporté beaucoup de bénéfices. »

La référence à la psychose justifiait le pessimisme thérapeutique. Freud s'était cassé les dents sur quelques cas de psychoses (Borch-Jacobsen, 2011) et avait fini par reconnaître clairement, dès 1917, que sa méthode était inopérante pour ces affections : « À ce jour, la thérapie psychiatrique n'est pas en mesure d'exercer une influence sur les idées délirantes. La psychanalyse le pourrait-elle, grâce à son intelligence du mécanisme de ces symptômes ? Non, elle ne le peut pas non plus. Face à ces souffrances, elle est – provisoirement du moins – tout aussi impuissante que n'importe quelle autre thérapie » (p. 262).

Le diagnostic « *borderline* » ou « état limite » a connu un succès grandissant à partir des années 1980, précisément quand le terme « *névrose hystérique* » a disparu du manuel diagnostique américain (DSM) et qu'il s'est vu de moins en moins utilisé, sauf par les freudiens orthodoxes. Comme autrefois le terme « *hystérique* », il est devenu un diagnostic commode, surtout s'agissant d'une femme et quand le patient ne progressait pas. Il convient donc d'être rigoureux dans l'usage de cet étiquetage. Certains cliniciens critiquent la catégorisation psychopathologique et en particulier le terme « *borderline* ». Nous pensons, comme Sylvia Martin, que les avantages de l'utilisation prudente de ce diagnostic l'emportent sur les inconvénients.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont petit à petit relevé le défi du traitement, fort difficile il est vrai, du trouble *borderline*. Cela a pris du temps, car les premières TCC, dans les années 1950, ont visé les phobies et d'autres troubles anxieux relativement faciles à traiter. Les troubles de la

personnalité n'ont été abordés avec un certain succès qu'à partir des années 1990 (voyez par exemple Beck & Freeman, 1990).

Contrairement à d'autres psychothérapies, les TCC n'ont pas un père fondateur dont les écrits servent de principes quasi définitifs pour la doctrine et la pratique. Elles sont nées à différents endroits de la planète (Afrique du Sud, Londres, Boston, etc.) lorsque des psychologues et des psychiatres ont cherché à développer des thérapies fondées sur les résultats de la psychologie scientifique.

Le souci de scientificité s'exerce à quatre niveaux :

1. Les praticiens s'appuient sur les résultats des recherches scientifiques. Cette base évolue et devient de plus en plus vaste et solide au fil du temps.
2. Les praticiens adoptent une approche qui s'apparente à celle du chercheur scientifique.
3. Sachant que leurs propres comportements sont fonction de plusieurs variables, les thérapeutes s'efforcent de les observer et de les modifier quand c'est souhaitable.
4. Les thérapeutes vérifient méthodiquement les effets de leurs pratiques. Ils comparent l'évolution de patients de même type traités par des méthodes différentes pour découvrir les ingrédients thérapeutiques les plus efficaces et ceux qui sont inutiles. Les études méthodiques sur les effets sont le travail d'équipes universitaires. Le praticien isolé ne peut réaliser des recherches bien contrôlées, mais il est censé se tenir au courant de publications qui en font état.

Tout comme en médecine, le souci de scientificité n'exclut pas une attitude respectueuse de la personne. Bien au contraire, les praticiens savent à quel point la qualité de la relation est déterminante pour l'adhérence à la thérapie et pour son succès.

Les comportements sont généralement déterminés par plusieurs facteurs : la situation présente, des expériences passées, la façon d'interpréter les événements et les sensations corporelles, les réactions affectives, le mode d'action et les conséquences qui s'ensuivent. Dès lors, la thérapie doit être le plus souvent « multimodale » ; elle doit « travailler » méthodiquement sur plusieurs variables.

Les premières thérapies de ce type étaient centrées sur l'action et la modification de l'environnement. Durant les années 1960 s'est développé un courant de « thérapie cognitive » dont le principal promoteur a été le psychologue new-yorkais Albert Ellis, suivi du psychiatre Aaron Beck (Université de Pennsylvanie). Au cours de la décennie suivante, les deux courants ont fusionné et l'on a parlé couramment des TCC. Dans certains pays (notamment

la Belgique néerlandophone et les Pays-Bas), nombre de thérapeutes se contentent de l'expression « thérapie comportementale », étant alors entendu que le mot « comportement » est compris au sens large, désignant toute activité signifiante, directement ou indirectement observable (percevoir, imaginer, résoudre un problème, etc.).

L'ouvrage de Sylvia Martin est tout à fait représentatif de la façon de travailler des comportementalistes convenablement formés¹. Il illustre particulièrement bien une caractéristique des TCC : la concrétisation soigneuse des conduites problématiques et des objectifs de modification. La « révolution behavioriste » se caractérise par le refus des explications par des entités mentales inférées. Si quelqu'un est agressif, on n'explique pas son comportement par un « instinct d'agression » ou une « pulsion de mort ». On examine les stimuli externes, les schémas de pensée, le répertoire des actions habituelles, l'expérience des conséquences de ce type de conduites, l'état de l'organisme (en particulier l'activation émotionnelle qui dépend de facteurs comme la consommation de substances psychoactives et le rythme de la respiration). Seules des analyses de ce type permettent des objectifs précis de changement et leur mise en œuvre.

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de Psychologie à l'Université catholique de Louvain

1. Rappelons que le label « comportementaliste » n'est pas davantage protégé légalement que celui de « psychanalyste », de « graphologue » ou de « coach ». Les patients ont tout intérêt à vérifier s'ils ont affaire à un praticien diplômé en psychiatrie ou en psychologie.

Avant-propos de l'auteure

Parmi les troubles psychiatriques, le trouble de la personnalité borderline est parmi les plus compliqués à traiter. La combinaison de comportements inadaptés, de démonstrations émotionnelles impressionnantes et d'impulsivité déroutent les professionnels de la santé, quelle que soit leur formation, tout comme les patients² et leur famille. Les études récentes sur son taux de prévalence rapportent qu'il concernerait approximativement 1 % de la population générale. En population psychiatrique, il concernerait 12 % des patients suivis dans les structures spécialisées et 22 % des patients hospitalisés (Ellison *et al.*, 2018).

Le patient qualifié de « borderline » est d'ailleurs bien souvent un patient vu comme « compliqué » par les équipes soignantes et dont la prise en charge thérapeutique leur semble *a priori* « pénible ». Le patient borderline a la réputation d'être « ingérable », « agressif », « ne respectant pas le cadre », « impulsif » et est renvoyé à son manque de responsabilité ou de maturité, comme s'il agissait « par caprice », sans conscience des conséquences de ses actes ou de ses réactions émotionnelles. Ce manque de compréhension peut conduire à un manque d'empathie et à une grande lassitude chez le personnel soignant, mais aussi chez les proches du patient qui, désarmés, l'abandonnent ou s'éloignent, augmentant de fait la souffrance du patient qui, lui, ne craint qu'une chose : qu'on l'abandonne ou le rejette.

Pour bien comprendre la dynamique, le rôle et la place de ces symptômes dans un tableau clinique, il est essentiel de retourner aux bases, c'est-à-dire à la classification des troubles mentaux du DSM. Cette classification internationale des troubles psychiatriques décrit précisément les différentes familles de pathologies psychiatriques recensées et divise l'ensemble des problématiques en cinq grands axes :

- **L'axe I** concerne les syndromes cliniques évolutifs motivant la prise en charge, soit les troubles psychopathologiques les plus connus et documentés. Il comprend, entre autres, les troubles liés à l'utilisation de

2. Par souci de simplicité, l'écriture inclusive n'a pas été adoptée dans cet ouvrage. Néanmoins, le terme « patient » se veut inclusif et les exemples donnés s'adressent à tout participant sans distinction de genre.

substances toxiques, la schizophrénie et les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Cet axe représente souvent la partie émergée de l'iceberg. Face à des rechutes récurrentes et des échecs thérapeutiques réguliers, le professionnel s'interroge sur la personnalité du patient, ce qui permet alors d'affiner le diagnostic.

- **L'axe II** rassemble les difficultés psychologiques liées aux troubles de la personnalité. Il ne s'agit pas de psychopathologie à proprement parler, mais de la souffrance associée à un fonctionnement inadapté et réducteur.
- **L'axe III** est utilisé pour coder les conditions médicales générales.
- **L'axe IV** sert à noter les problèmes psychosociaux et environnementaux (par exemple le logement, l'emploi).
- **L'axe V** est une évaluation du fonctionnement global.

Au sein de l'axe II, celui des troubles de la personnalité (TP), il existe différentes familles ou regroupements (« *clusters* » en anglais) :

Cluster A Personnalités excentriques et bizarres	– TP schizoïde : désintérêt envers les autres – TP schizotypique : idées et comportements excentriques et bizarres – TP paranoïde : méfiance et suspicion
Cluster B Personnalités dramatiques et émotionnelles	– TP antisociale : irresponsabilité sociale, mépris des autres, fourberie, manipulation à but personnel – TP borderline : peur du rejet et de l'abandon, dysrégulation émotionnelle, impulsivité – TP histrionique : recherche d'attention, superficialité – TP narcissique : estime de soi déréglée, mégalomanie manifeste
Cluster C Personnalités anxieuses et peureuses	– TP évitante : évitement des contacts interpersonnels par peur du jugement – TP dépendante : soumission et besoin d'être pris en charge par les autres – TP obsessionnelle compulsive : perfectionnisme, rigidité dans le contrôle émotionnel, obstination

Tableau 1. Les différents groupes de troubles de la personnalité (TP), issus du DSM-5³

De ces trois clusters, le cluster B, auquel appartient le trouble de la personnalité borderline (TPB), est celui qui comporte le risque de mortalité et de recours aux services de santé le plus élevé. Au cours de l'année 2017, par

3. Cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (1994) légèrement révisée en 2000.

exemple, 78 % des patients borderline ont consulté un médecin généraliste, 62 % un psychiatre, 44 % ont été admis aux urgences et 22 % ont été hospitalisés (Cailhol *et al.*, 2017). Des études récentes se sont intéressées aux taux de mortalité des patients souffrant de TPB et ont observé une différence criante avec les autres troubles de la personnalité (Temes *et al.*, 2019). Parmi l'échantillon concerné, 5,9 % des patients borderline étaient morts par suicide, soit près de quatre fois plus que les patients souffrant d'un autre trouble de la personnalité (1,4 %). Par ailleurs, 14 % des patients borderline étaient morts prématurément de causes non suicidaires, contre 5,5 % des patients souffrant d'un autre trouble de la personnalité.

Dans une étude longitudinale sur dix ans, le TPB s'est avéré être le facteur le plus fortement associé aux tentatives de suicide observées, même après contrôle des facteurs démographiques (genre, niveau de vie, niveau d'études) et cliniques (abus sexuels, traumatismes et addictions) (Yen *et al.*, 2021). Parmi les critères du TPB, la perturbation de l'identité, le sentiment chronique d'abandon et les efforts effrénés pour l'éviter apparaissaient comme des facteurs indépendants significatifs associés aux tentatives de suicide. Il semble donc impératif de comprendre et d'évaluer l'importance des différents signes et symptômes du TPB qui ont mené à la création de critères diagnostiques spécifiques.

S'il existait déjà de nombreuses théories, modèles thérapeutiques et propositions de prise en charge du TPB, mon expérience de terrain m'a permis de réaliser à quel point ces modèles épars étaient difficiles à mettre en œuvre par un psychologue et à adopter par un patient, quel qu'en soit le bénéfice annoncé. Je me souviens de l'aspect besogneux de la mise en place de protocoles sur douze mois – voire plus –, des absences récurrentes des participants, des abandons de thérapie, de la démotivation des professionnels. Il y avait là un vrai paradoxe : la seule proposition que l'on faisait à une population en souffrance en situation d'urgence était celle d'une thérapie longue exigeant des patients qu'ils soient deux fois plus persévérants que les autres !

Il m'a donc semblé essentiel de rassembler en un seul programme intégratif les différentes approches de thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles les plus efficaces à ce jour afin de permettre à chaque psychologue de maîtriser rapidement les techniques proposées. C'est cet objectif qui m'a encouragée à me battre pour la mise en place d'un programme de soins en six mois, pouvant se découper en modules plus courts et ainsi s'adapter à la vie des patients. En effet, s'il n'est pas possible pour un participant de faire les trois modules les uns après les autres, il peut en faire un ou deux et faire le troisième une autre année.

L'idée qui a guidé mes travaux était d'adapter les outils et les professionnels aux patients plutôt que l'inverse. Le programme ECCCLORE, acronyme d'Entraînement aux Compétences Cognitives Comportementales et en Lien

avec l'Observation et la Régulation des Émotions, est le résultat de ce travail. Il doit permettre à la fois :

- de venir en aide aux patients ;
- de réduire la difficulté d'accès des patients aux soins ;
- et de proposer une nouvelle méthodologie thérapeutique efficace pour réduire l'ensemble de la symptomatologie du trouble de la personnalité borderline.

L'ouvrage se divise en deux parties. Les aspects théoriques du trouble borderline seront tout d'abord présentés, ce qui nous permettra d'évoquer les recherches récentes menées dans ce domaine. Ainsi, nous aborderons l'histoire du trouble, sa définition et sa classification nosographique⁴, avant d'explorer les aspects de la pathologie ciblés par le traitement, de l'impulsivité à la dysrégulation des émotions en passant par l'augmentation de la conscience du trouble. Nous aborderons ensuite plus précisément les critères diagnostiques du TPB : ses enjeux actuels et passés et les controverses qui y sont parfois encore associées. L'objectif sera de mettre en lumière les difficultés qui font parfois obstacle au traitement et qui peuvent expliquer la complexité du maintien en soin des patients TPB. Ensuite viendra une partie pratique comprenant un programme de prise en charge, clé en main, de vingt-deux séances, adapté à toutes les structures de soin et cabinets de psychothérapie. Un matériel de base sera présenté permettant d'organiser des ateliers, mais aussi des contenus complémentaires (pistes audio adaptées, fiches d'exercices) ainsi que des possibilités d'évaluation et de diagnostic simples d'utilisation, tous disponibles en téléchargement à l'adresse www.deboecksuperieur.com/site/334397.

Le programme ECCCLORE doit permettre une prise en charge efficace de tout patient borderline pour l'aider à aller mieux. Plus nous serons nombreux dans l'aventure, moins il semblera difficile de traiter le trouble de la personnalité borderline. Bienvenue dans l'équipe !

4. La nosographie est la description et la classification méthodique des maladies.

Avant-propos de Jonathan Del Monte

C'est un grand plaisir pour moi d'écrire ces quelques lignes sur l'ouvrage de Sylvia Martin, dont l'optimisme se manifeste dès le titre, « Programme ECCCLORE ».

La personnalité borderline est un tableau clinique complexe qui, malgré les progrès de la recherche, n'a pas encore livré toutes les clefs pour sa compréhension.

Ce tableau clinique reste souvent un véritable mystère pour de nombreux conjoints, familles et proches de patients qui en souffrent. Les barrières à l'accès aux soins restent importantes, qu'elles tiennent à la stigmatisation de ces patients jugés comme « ingérables », ainsi qu'à la méfiance liée au trouble, voire à l'absence totale de proposition thérapeutique au sein des structures de soins.

Les conséquences sociales et relationnelles peuvent parfois être plus difficiles à gérer que le trouble lui-même. Les individus souffrant d'un trouble de personnalité borderline ont besoin d'un objectif de soin – l'augmentation de leur qualité de vie – et d'un guide bienveillant – le professionnel en première ligne. Ainsi, l'objectif thérapeutique et le professionnel contribuent à véhiculer l'espoir, à faciliter l'adhésion aux soins et permettent d'augmenter les capacités d'autodétermination des patients. Pour cela, patients et professionnels doivent sortir de l'auto-stigmatisation – cette capacité à endosser des défauts faussement attribués par un miroir social déformant.

Dans cette perspective, la connaissance et le savoir-faire qui nous ancrent dans la réalité d'actions concrètes sont essentiels. L'auteur de ce livre a ce talent merveilleux de nous prendre par la main pour arriver à nous faire comprendre des notions complexes, fondées scientifiquement, de façon à ce qu'elles nous apparaissent plus simples et aisément applicables avec les patients.

Les sceptiques diront : « Encore un groupe thérapeutique de plus... ». Il existe différentes propositions de prises en charge du trouble borderline mais beaucoup d'entre elles souffrent de pas avoir été validées scientifiquement. Le programme ECCCLORE a fait l'objet de cette validation scientifique. Le groupe s'appuie sur des outils TCCE qui ont largement démontré leur efficacité.

Et contrairement à la pensée dominante qui considère que les hommes ne peuvent pas être inclus dans les prises en charge en raison de leur « agressivité », Sylvia Martin revendique l'inclusion sans distinction de genre dans le processus de soin et a pensé les modules thérapeutiques en ce sens.

Le programme ECCCLORE donne un nouvel espoir d'amélioration de la qualité de vie pour *toute* personne souffrant d'un trouble de personnalité borderline que nous accompagnerons dorénavant.

Jonathan Del-Monte

Maître de Conférences HDR en Psychologie
et Psychopathologie clinique, Université de Nîmes

PARTIE 1

Considérations théoriques

CHAPITRE 1

Qu'est-ce que le trouble de la personnalité borderline ?

1. Historique

Ce que l'on désigne aujourd'hui par « trouble de la personnalité borderline » est parfois qualifié d'« état limite » par les professionnels d'obédience psychanalytique, pour désigner un état à la limite entre névrose et psychose (voir l'encadré ci-dessous). Si le terme « borderline » est issu du vocabulaire anglo-saxon, il est internationalement utilisé et sera donc repris ici. Il s'agit ici aussi de clarifier le positionnement théorique qui sera le nôtre dans cet ouvrage, celui des thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. N'étant pas moi-même psychanalyste, je ne me référerai pas à l'« état limite », mais sachez que son emploi est fréquent dans la littérature francophone.

Il me paraissait cependant éclairant de revenir sur l'histoire du nom donné au trouble pour comprendre comment, petit à petit, les éléments diagnostiques ont été conceptualisés, puis affinés pour finalement atteindre un consensus plus scientifique autour du diagnostic de TPB. Branchard (2015) nous propose une histoire des noms et des conceptualisations psychanalytiques du TPB. Il rapporte que dès 1935, Freud évoquait des malades « manifestement très proches des psychosés ». Du côté de la psychiatrie, les noms donnés à ces états « à la limite de la folie » sont nombreux mais les plus récents se rapportent à la notion de limite : « aménagement limite », « organisation limite », « fonctionnement limite ». Il était difficile pour les nosographes de comprendre ce trouble ; ainsi, dans le champ de la psychanalyse, les troubles borderline ont été, pendant un temps, rapprochés des pathologies narcissiques. Aux États-Unis, le psychiatre américain C. H. Hugues (1884) parlait de « frontières de

la folie » (*the borderland of insanity*), montrant par-là que ces patients ne pouvaient être classés parmi les « fous » ou les « malades ». C'est là qu'est apparu le terme « *borderline* », terme que Stern a repris en 1938 à propos de sujets présentant des troubles narcissiques (impulsivité, anxiété majeure, sensibilité exagérée, interprétatifs) et qui exposaient le thérapeute à de fréquentes réactions négatives. En 1952, Wolberg a fait une description fine de ce qui est ainsi devenu une entité psychopathologique mieux définie. Le trouble a alors été décrit comme une problématique de contact avec la réalité, s'accompagnant de difficultés relationnelles, d'angoisses, d'une attente compulsive de gratifications, d'idées mégalomaniaques, d'une hypersensibilité aux critiques, d'un sentiment de vide, d'une dissociation et d'évitement. En Angleterre, Schmideberg a réalisé d'importants travaux sur les personnalités *borderline*. Elle a signalé leur absence d'empathie et a mis en exergue les fluctuations de l'humeur, l'intolérance aux frustrations, l'intolérance à l'angoisse, les tendances antisociales, la susceptibilité pathologique, l'anhédonie, la mégalomanie, le défaut de régulation émotionnelle. On voit donc comme la compréhension de cette problématique *borderline* s'est au fil du temps et dès le début de son exploration orientée entre troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de l'impulsivité et difficultés relationnelles (pour une revue précise, voir Chaine & Guelfi, 1999 ; Branchard, 2015).



Entre névrose et psychose

Pour expliciter un tant soit peu cette conception du trouble comme étant situé à la limite entre névrose et psychose⁵, il faut savoir qu'on distingue en psychanalyse deux grandes problématiques psychologiques : la névrose et la psychose. Dans la névrose,

5. Pour la théorie psychanalytique, notre psychisme est censé être influencé par une partie enfouie, l'inconscient, qui contient nos pulsions et notre vie pulsionnelle refoulée. Ces conflits entre conscient et inconscient seraient à l'origine d'un certain nombre de troubles psychologiques. Selon ce modèle, une méthode capable de rendre conscient ce qui est inconscient permettrait de dénouer les nœuds internes. Cette ligne thérapeutique est basée sur la verbalisation libre, l'écoute des souvenirs, l'examen des rêves, les associations d'idées ou d'images qui viennent spontanément au patient. Les principaux fondateurs de la psychanalyse sont Freud (1856-1939), Jung (1875-1961) et Lacan (1901-1981). La psychanalyse considère que le sujet est assujéti, c'est-à-dire qu'il est l'esclave de son inconscient. Dans la névrose, seule une partie de la personnalité est affectée, mais la personne garde la conscience de la réalité, n'a pas d'hallucinations. La névrose est censée se déclencher comme une réponse à un stress ; ses symptômes sont une exagération du comportement normal et elle peut être traitée par des méthodes psychologiques. À l'inverse, la psychose est une affectation totale de la personnalité du patient qui n'a pas conscience de sa maladie ; on observe des hallucinations et une perte de contact avec la réalité. La psychose est pensée comme n'ayant pas de « cause » évidente pour son déclenchement ; elle s'accompagne d'une désorganisation marquée du discours et du comportement. Selon la psychanalyse, cette famille de troubles ne pourra être touchée que par des traitements physiologiques.

la personne peut avoir un fonctionnement quasi normal, elle se rend compte de ses problématiques ou de ses réactions inadaptées, elle est en contact avec la réalité, c'est simplement comme si certaines difficultés étaient exacerbées. Dans la psychose, la vie psychologique est marquée par une personnalité perturbée, la personne n'a pas conscience de ses dysfonctionnements, elle a des idées délirantes et parfois des signes de désorganisation psychique allant jusqu'aux hallucinations, à la perte de contact avec la réalité. Pour expliquer simplement ces différences aux patients, je recours volontiers aux images : dans la névrose, c'est comme si la vie psychologique était envahie par des champignons, des tumeurs, des entraves qui font que, certes, on arrive à fonctionner, on reconnaît qui l'on est, mais ce n'est pas facile, on ne se sent pas libre et épanoui. Dans la psychose, la vie psychologique est éclatée, cassée, éparpillée à la façon d'un puzzle, il est difficile de reconstituer, de restructurer qui l'on est. Même si l'on y arrive par moment, c'est comme s'il y avait toujours quelque chose qui clochait, quelque chose d'anormal. Selon la théorie psychanalytique, l'état limite ne serait ni vraiment une névrose ni vraiment une psychose, mais aurait des caractéristiques des deux. Recevant ce diagnostic, les patients pourraient avoir l'impression d'être classés dans une catégorie « fourre-tout », qui n'offre pas de compréhension claire des problématiques en jeu.



Figure 1. Névrose ou psychose

Nous allons donc tenter, grâce aux approches scientifiques de la psychologie et de la psychiatrie, de définir plus précisément ce qu'est un trouble de la personnalité borderline (TPB).

2. Le trouble de la personnalité borderline au sein des classifications actuelles

2.1. Le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM)

Les premières tentatives de classification des troubles mentaux datent des années 1950 et ont été publiées sous forme de manuel, le *Diagnostic and Statistical Manual* ou DSM en anglais (on utilise le même acronyme en

français). Le premier manuel de classification n'était cependant pas très précis, mélangeant des considérations psychologiques empiriques et des considérations fondées sur la démarche expérimentale. Il a fallu attendre sa troisième édition (1980) pour que des considérations clairement scientifiques et statistiques s'imposent. Depuis lors, la description des troubles de la personnalité est de plus en plus précise. Un reproche persiste cependant : le manuel faisant état des recherches précédentes, il est parfois en décalage avec la réalité du terrain.

En 2005, Zittel et Westen comparent et confrontent d'ailleurs les présentations « théorique[s] et clinique[s] » du TPB, celles tirées du DSM et issues de la réalité clinique, et abondent dans ce sens : selon eux, la description sémiologique du DSM-IV (1994) est en deçà de la réalité clinique. Toutefois, l'avantage du DSM est qu'il permet à tous de bénéficier d'une base commune de compréhension et de diagnostic, codifiée et uniformisée pour l'usage d'une terminologie adéquate lorsqu'il s'agit de parler de certaines réalités cliniques.

Selon le DSM-IV-TR et le DSM-5, le trouble de la personnalité borderline peut être diagnostiqué sur la base des critères suivants (cinq des neuf critères au moins doivent être présents pour que l'on puisse conclure à un trouble de la personnalité borderline) :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires ;
- relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie, par exemple) ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations ;
- 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, par exemple) ;
- sentiments chroniques de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, par exemple) ;
- survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

Pour le moment, l'approche du DSM prédomine, mais il existe d'autres pistes explorées par la recherche. En 2015, Livesley et ses collaborateurs ont proposé un modèle intégré de traitement pour les troubles de la personnalité. Selon eux, les difficultés des personnes présentant un TPB sont au cœur de toute problématique de personnalité, telle une métastructure, c'est-à-dire un trouble dont découleraient tous les autres. Une autre approche rassemble un nombre grandissant de chercheurs et de cliniciens qui commencent à défendre le passage à des considérations dites « dimensionnelles » des troubles de la personnalité (Hopwood *et al.*, 2018). Selon eux, il serait plus pertinent de remplacer le diagnostic catégoriel des troubles de la personnalité (catégorie A, B et C du DSM) par divers gradients de sévérité (allant de simples difficultés liées à la personnalité au trouble grave de la personnalité) basés sur cinq domaines de traits : affectivité négative, dyssocialité, désinhibition, anankastie et détachement. Waugh et ses collaborateurs, en 2021, ont proposé par exemple de repenser certains critères spécifiques des troubles de la personnalité, de les repositionner comme des dimensions, des continuums sur lesquels nous serions tous plus ou moins impulsifs, sujets à l'abandon, sensibles au sentiment de vide, etc. Il faut donc s'attendre à ce que les considérations diagnostiques d'un trouble de la personnalité borderline évoluent encore, mais cela ne devrait pas affecter la réalité clinique : les patients souffrent aux niveaux émotionnel, relationnel et identitaire de fortes dysrégulations. Les recherches récentes peuvent faire état de controverses et de pistes différentes de nosographie, mais au vu de l'existence de traitements psychothérapeutiques efficaces, il ne faut pas renoncer à poser ce diagnostic (Campbell *et al.*, 2020). La recherche continue donc encore aujourd'hui à explorer des grilles diagnostiques, des conceptualisations nouvelles pour que les patients comme les praticiens puissent se référer à un modèle de classification adéquat.

2.2. La *Classification internationale des maladies* (CIM)

Dans la catégorie des grandes classifications internationales, il existe un autre ouvrage de référence, produit par l'Organisation mondiale de la santé : la *Classification internationale des maladies* ou CIM. La dixième édition de la CIM⁶ (1993) propose une définition du TPB proche de celle du DSM, mais détaille des sous-types au sein même du trouble de la personnalité

6. La CIM-11 a été présentée à l'Assemblée mondiale de la santé et approuvée en mai 2019. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Les pays prendront leurs propres décisions concernant l'adoption et le calendrier de mise en œuvre de la classification. À ce jour, cet ouvrage ne peut donc intégrer ses éventuels nouveaux éléments dans son contenu.

borderline. Selon cette classification, le TPB est notamment marqué par « la tendance à agir de façon impulsive sans tenir compte des conséquences. Il se marque également par une instabilité affective. La capacité de planification peut être affectée, et les débordements comportementaux peuvent aller jusqu'à la colère intense. Celle-ci peut conduire à l'agressivité ou à des "explosions comportementales" difficiles à contenir (démonstration très intense de colère, violence physique, bris d'objets, etc.). Ces crises sont d'autant plus fortes lorsque les actes impulsifs sont critiqués ou contrariés par d'autres ».

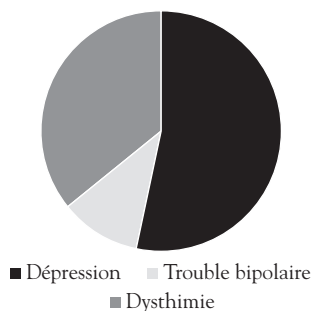
En cela, sur les thèmes de l'impulsivité et du manque de maîtrise de soi, DSM et CIM se rejoignent. La CIM-10 apporte toutefois une caractérisation plus fine en distinguant deux sous-types au cœur du trouble de la personnalité dite « émotionnellement labile » :

- le premier est le **type impulsif**. Ses caractéristiques prédominantes sont l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions. Des débordements de violence ou des comportements menaçants sont courants, en particulier en réponse aux critiques ;
- le second est le **type borderline**, davantage caractérisé par la prédominance de l'instabilité émotionnelle. En outre, l'image que le patient se fait de lui-même et ses préférences sont souvent floues ou perturbées. Il éprouve habituellement un sentiment de vide chronique. Le patient ne peut s'empêcher de s'engager dans des relations intenses et instables, ce qui peut entraîner des crises émotionnelles répétées qui peuvent par la suite être associées à des efforts excessifs pour éviter l'abandon et à une série de menaces suicidaires ou d'actes d'automutilation.

3. TPB et comorbidités

La population souffrant de TPB présente souvent également d'autres troubles qui viennent compliquer le diagnostic et donc le suivi du patient. C'est d'ailleurs souvent à cause de ces troubles « additionnels » ou « concomitants » que les patients viennent consulter.

D'après les données récentes, 96 % des patients TPB développent un **trouble de l'humeur** au cours de leur vie. Plus précisément, les personnes présentant un TPB souffrent de dépression majeure (de 3,1 à 61,4 %), de trouble bipolaire de type 2 (de 6,7 à 12 %) et de dysthymie (de 22 à 40,5 %) selon les études longitudinales considérées (Links *et al.*, 1998 ; Paris & Zweig-Frank, 2001 ; Zanarini *et al.*, 2011).



De plus, 60,2 % des patients TPB présentent un **trouble anxieux** : trouble panique (45,2 %), phobie sociale (49,7 %), trouble obsessionnel compulsif (14,5 %), trouble d'anxiété généralisée (11 %) ou syndrome de stress post-traumatique (58,3 %).

Quant aux addictions, leur taux varie entre 23 et 84 % selon les études.

Une étude de Trull et ses collaborateurs (2018) propose une actualisation de ces données avec une méta-analyse sur 70 revues et avec une évaluation du taux de **troubles addictifs** pour les patients TPB allant de 2 % à 86 % selon le type de consommation pris en compte. L'addiction à l'alcool est présente chez 0 à 30,2 % des personnes présentant un TPB ; l'addiction à la cocaïne chez 13,8 à 39 % et la dépendance aux opioïdes chez 11,5 à 51 %. La réflexion sur la comorbidité entre addiction et TPB pousse plutôt à les considérer comme cooccurrents, car les étiologies ne sont pas si simples à définir.

Pour les **troubles des conduites alimentaires**, entre 0 % et 21 % des patients TPB présentent une anorexie, 3 à 26 % une boulimie et 14 à 26 % un trouble des conduites alimentaires non spécifié.

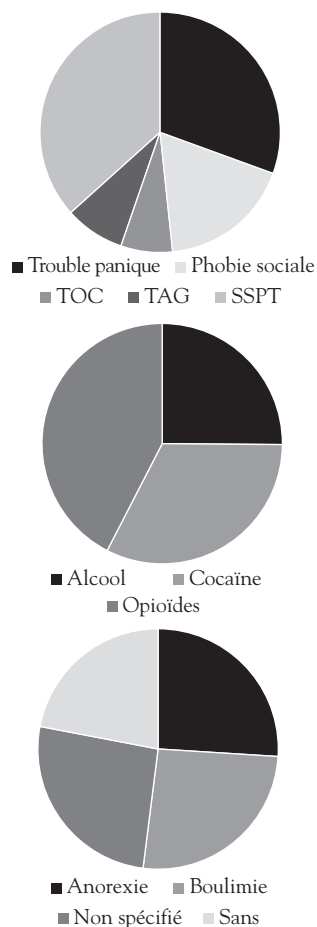


Figure 2. Camemberts des comorbidités



Psychose et troubles somatoformes : questions en suspens

L'association d'une psychose et du TPB a été jugée comme « impossible », car les caractéristiques de ces troubles n'étaient pas considérées comme pouvant être confondues. Cependant, la psychose étant prédictive de la mauvaise réponse au traitement et les patients TPB ayant aussi des difficultés d'engagement en soin, il était intéressant d'explorer la possibilité qu'ils soient également atteints de schizophrénie (SZ). Dans leur étude de 2018, Slotema et ses collaborateurs montrent que 38 % des patients TPB développent des troubles pouvant être qualifiés de psychotiques, la majorité des symptômes étant ceux de troubles psychotiques « non spécifiés », ce qui explique les mauvais résultats au niveau des traitements (West *et al.*, 2021). Cela peut d'ailleurs signer la présence d'un sous-groupe de patients TPB parmi les patients ayant un trouble schizophréniforme comorbide (West *et al.*, 2021).

Une autre piste rencontrée dans la clinique mais encore peu examinée dans la recherche consiste en l'association entre TPB et troubles somatoformes. En 2018, la revue systématique de Schmaling et Fales a montré que 14 % des patients souffrant de troubles somatoformes étaient atteints d'un TPB et que près de 30 % des patients TPB avaient des troubles somatoformes. Les études rapportent en particulier la cooccurrence de douleurs chroniques et du trouble de la personnalité borderline (Sansone & Sansone, 2012 ; Heath *et al.*, 2018). Même si la consommation de médicaments et les modalités thérapeutiques des patients douloureux chroniques avec ou sans TPB sont identiques, la présence de traits borderline serait associée à une augmentation du statut d'« invalide », ce qui tendrait à montrer que le TPB augmenterait la douleur invalidante, le handicap général des populations douloureuses chroniques (Reynolds *et al.*, 2018).

Les comorbidités les plus couramment rencontrées dans la clinique sont celles du TPB avec le trouble bipolaire (TB), avec le trouble de la personnalité antisociale (TPAS) et avec le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

3.1. Le trouble bipolaire (TB)

La comorbidité la plus marquée dans le TPB est le trouble bipolaire (voir la figure 2). Il y a quelques années, certaines études proposaient même une classification présentant le TPB comme étant un trouble bipolaire (Galione & Zimmerman, 2010 ; Parker, 2014), tant les facteurs d'instabilité émotionnelle se ressemblaient. Le TB comme le TPB présentent en effet une alternance d'états émotionnels positifs et négatifs.

Dans les années 2000, des études ont montré qu'il existait de possibles caractéristiques communes entre TPB et TB (Paris, Gunderson & Weinberg, 2007). Certaines d'entre elles proposaient même une étiologie génétique commune basée sur l'instabilité affective et le changement rapide d'humeur (Paris, 2004). D'autres études révèlent à l'inverse des résultats prêtant à confusion, notamment celle de Deltito et ses collaborateurs (2001) qui a montré qu'entre 13 et 81 % des patients TPB présentent des signes de bipolarité et que 44 % des cas de TPB appartiennent au spectre bipolaire, car leurs réactions aux traitements ressemblent à celles des bipolaires (réaction négative aux antidépresseurs avec agitation et hostilité mais réaction positive aux stabilisateurs de l'humeur). En 2001, Henry et ses collaborateurs différenciaient déjà le TPB du TB. Les patients TPB présentant un niveau moyen d'intensité affective supérieur, le TPB ne pouvait donc pas être considéré comme un TB atténué.

En 2010, le constat restait pourtant assez alarmant sur la possibilité de diagnostics erronés (Ruggero *et al.*, 2010). Zimmerman et Morgan (2013) ont exploré les relations entre TPB et TB et ont souligné que même si on semble être en présence d'une comorbidité, il reste que, dans 80 à 90 % des cas, les troubles sont indépendants. De plus, le TPB est bien plus souvent associé à d'autres troubles de la personnalité ou d'autres troubles de l'axe I (dépression

majeure, addictions et syndrome de stress post-traumatique ou SSPT) qu'au TB. En 2014, Bayes et ses collaborateurs ont enfin démontré qu'il existe des différences fondamentales entre TPB et TB : la distinction est claire, notamment au niveau de l'histoire familiale, de la période de déclaration du trouble, du parcours clinique, des états marqués de l'humeur, qu'ils soient positifs ou négatifs, et des symptômes de dysrégulation émotionnelle. De plus, les recherches montrent qu'il existe une bonne spécificité du diagnostic de TPB pour distinguer correctement ce trouble d'un TB, avec notamment le fait que les éléments spécifiques afférents aux traits de personnalité permettent de faire le tri (Fowler *et al.*, 2019). Par exemple, la peur de l'abandon et du rejet tout comme la « perturbation de l'identité » semblent bien être des éléments distinctifs du TPB (Bayes & Parker, 2019).

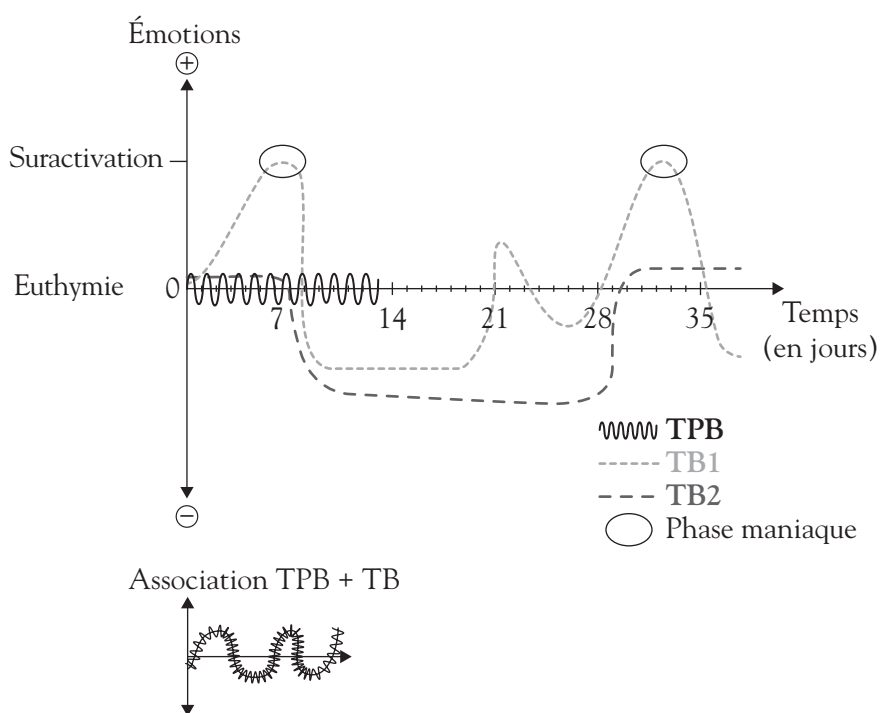


Figure 3. Alternance des émotions et de l'humeur chez le TB et TPB

3.2. Le trouble de la personnalité antisociale (TPAS)

Le DSM-5 décrit le trouble de la personnalité antisociale comme étant un « mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans accompagné d'au moins trois des manifestations suivantes : (1) incapacité de se conformer aux lois et normes sociales, (2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, (3) impulsivité ou incapacité à

planifier, (4) irritabilité ou agressivité, (5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui, (6) irresponsabilité persistante, (7) absence de remords ». La lecture de ces critères diagnostiques montre bien la différence entre ce trouble et le TPB, bien que l'on puisse observer certaines similarités dans les comportements impulsifs et agressifs parfois rencontrés.

Le TPB et le TPAS appartiennent tous les deux à la même catégorie, mais certains éléments les différencient (labilité émotionnelle, anxiété, peur de l'abandon, dépressivité pour le TPB ; manipulation, tromperie, irresponsabilité pour le TPAS, par exemple). Les zones ou les critères qui se chevauchent posent cependant parfois problème lorsqu'il s'agit de distinguer un trouble de l'autre (Anderson *et al.*, 2021). De plus, ces diagnostics sont largement influencés par des biais de genre, car historiquement, les patientes de sexe féminin étaient perçues comme étant non seulement plus émotives que les hommes, mais aussi plus agréables, tandis que les patients de sexe masculin étaient associés à un comportement plus affirmé. Les femmes étaient donc plus volontiers vues comme borderline et les hommes comme antisociaux. Certains troubles de la personnalité sont connus pour avoir été longtemps – à tort – considérés comme « typiquement féminins » (borderline, histrionique, dépendante) et d'autres comme plutôt « masculins » (antisociale, paranoïaque, narcissique) (Corbitt & Widiger, 1995). Les études les plus récentes sur le sexe-ratio des troubles de la personnalité rapportent encore ce genre de disproportion, mais il s'agit encore – comme précisé par les auteurs – d'un probable manque de précision des diagnostics de TPAS chez les femmes et de TPB chez les hommes (Holthausen & Habel, 2018 ; LaRue, 2021).

Pourtant, en regardant les spécificités propres au TPAS, l'hésitation diagnostique est beaucoup plus importante avec la psychopathie. Le TPAS se caractérise par un système de pensée dysfonctionnel profondément ancré et rigide qui se centre sur l'irresponsabilité sociale, avec un comportement d'abus des autres, de délinquance et de criminalité sans remords. Le mépris et la violation des droits d'autrui sont des manifestations courantes de ce trouble de la personnalité, dont les symptômes comprennent le non-respect de la loi, l'incapacité à conserver un emploi stable, la tromperie, la manipulation à des fins personnelles et l'incapacité à établir des relations stables (Fisher & Hany, 2021). Il y a souvent confusion entre TPAS et comportements délinquants ou psychopathiques. Or, la recherche a montré que le TPAS est une catégorie diagnostique, alors que la psychopathie est davantage un concept narratif/psychodynamique (Crego & Widiger, 2018). Si le TPAS correspond à la difficulté d'inhibition, il reste cependant à définir de manière différente la psychopathie et le TPB.

Averti de ces subtilités, le clinicien est donc mieux armé pour établir son diagnostic, mais la difficulté de prise en charge n'en est pas pour autant simplifiée, car l'une des problématiques souvent rencontrées en la matière est celle



Un programme psychothérapeutique unique basé sur les TCC pour prendre en charge le trouble borderline

Le trouble de personnalité borderline est le plus présent dans la population psychiatrique. Son traitement est particulièrement compliqué tant en termes de suivi et de mise en place que de contact avec le patient.

De nombreuses théories et différents modes de thérapies existent. L'auteure de ce guide recentre en un seul programme les approches de thérapies cognitives et comportementales (TCC, MBSR, TCD, ACT...) les plus efficaces à ce jour. Le programme ECCCLORE (Entraînement aux Compétences Cognitives et Comportementales et en Lien avec l'Observation et la Régulation des Émotions), scientifiquement validé, permettra au professionnel de rapidement prendre en main les techniques spécialisées.

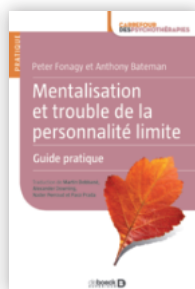
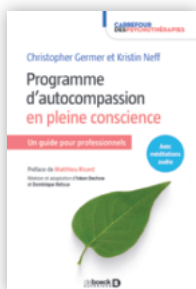
Le thérapeute dispose :

- d'un programme en 22 séances adaptables à toutes structures de soin et tous patients ;
- de 66 fiches d'exercices à fournir aux patients ;
- d'outils d'évaluation et de diagnostic simples d'utilisation ;
- de 29 méditations et exercices de respiration audio avec leur transcription.



Sylvia MARTIN est docteur en Psychologie Clinique et Psychopathologie, spécialisée en thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. Psychologue clinicienne et psychothérapeute, elle a investi ses compétences et son savoir-être dans le suivi des patients en institution ainsi qu'en cabinet libéral. Chercheuse spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité, conférencière et maître de conférence qualifiée, elle est aujourd'hui reconnue pour le développement de pratiques de soin innovantes.

DANS
LA MÊME
COLLECTION



ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-3439-7



9 782807 334397

de boeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com