

# Trouble de personnalité borderline: difficultés et bonnes pratiques cliniques

Dr Paco Prada

Médecin adjoint agrégé

Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise

Jeudi 7 novembre 2019

Formation REMED

Forum Genève

# Take home message 1/3

1. A l'heure d'un médium personnalisée et algorithmée (bonne dans sa globalité) ainsi qu'à la relation humaine sera toujours d'actualité!



**GOOD  
NEWS!**

# Take home message 2/3

2. Les médecins de première ligne ont un rôle **CAPITAL** dans le traitement des patients souffrant de troubles



**Great Job!**



# Au programme!

- 1) Les difficultés liées au trouble de personnalité borderline
- 2) Principes généraux d'intervention thérapeutique

# 1) Les difficultés liées au trouble de personnalité borderline

2) Principes généraux d'intervention thérapeutique

# Critères diagnostiques

- Efforts désespérés pour éviter les abandons
  - Mode de relation instable et intense, idéalisation et dévalorisation
  - Labilité émotionnelle
  - Colère inappropriée et intense, difficulté à contrôler la colère
  - Sentiment chronique de vide
- Comportements impulsifs dans au moins deux domaines potentiellement dommageables
  - Comportements auto dommageables ou suicidaires récurrents
  - Perturbation de l'identité avec image de soi instable
  - Idéation paranoïde transitoire, symptômes dissociatifs

# Le trouble borderline: un défi thérapeutique

- Situations de crise à répétition
- Ruptures thérapeutiques
- Idéalisation et dévalorisation du thérapeute
- Forte intensité émotionnelle dans la relation
- Nombreux passages à l'acte (patient **et** thérapeute)
- Fréquentes hospitalisations et ruptures du cadre

# Le trouble borderline: un défi thérapeutique

– Situations de crise

2 et 4 % de la population

– Ruptures thérapeutiques

– Idéalisations

10% patients en ambulatoire

– Forte intensité

– Nombreux hospitalisations

15-25% des patients hospitalisés en psychiatrie

– Fréquentes hospitalisations

– Symptômes

Leichsenring et al. *Lancet* (2011)

# Le trouble borderline: un défi thérapeutique

- Situations de crise
  - Ruptures thérapeutiques
  - Idéalisations
  - Forte intensité des émotions
  - Nombreux hospitalisations
  - Fréquentes tentatives de suicide
  - Symptômes
- Taux de suicide avoisine 10% (50x population générale)
- 70 à 80% font au moins une tentative de suicide
- >70% comportements auto-dommageables
- Leichsenring et al. *Lancet* (2011)

# Le trouble borderline: un défi thérapeutique

- Situations de crise
- Ruptures thérapeutiques
- Idéalisations
- Forte intensité des émotions
- Nombreux hospitalisations
- Fréquentes hospitalisations
- Symptômes

Abandon de thérapie > 60%

Moyenne de 6 thérapeutes / patient

3 psychotropes différents par jour en moyenne

Gunderson JG, *N Engl J Med* (2011)

# En clinique

## **Jessica, 27 ans, premier entretien:**

- Elle sort de l'hôpital (idées suicidaires type accident de voiture).
- Ce n'est pas sa première hospitalisation (saut dans le Rhône).
- Ça lui arrive lors de ruptures.
- Elle est séparée du père de son enfant. Relations « trop cahotiques ».
- Travaille dans la santé. Multiplie les arrêts maladie.
- Elle a vu plein de psys, pris plein de traitements, elle ne sait pas s'ils ont jamais marché.
- Il faut vraiment qu'on l'aide car c'est sa dernière chance!



Programme  
TRE (HUG)



# Reconnaître le trouble: est-ce difficile?

Oui!

Les patients consultent en général pour un autre problème:

- Plaintes somatiques
- Dépression
- Comportements auto dommageables
- Insomnie
- Abus de substances...

# Reconnaître le trouble: est-ce difficile?

**Et non!** Le trouble devient évident quand...

- difficultés dans le traitement du patient
- Le patient se montre interprétatif concernant les intentions du thérapeute
- Utilise les prescriptions à mauvais escient
- Teste la disponibilité du thérapeute
- Ne va pas mieux avec le traitement

# Emergence du trouble dans le contact avec les soignants

- Régression (apparition de comportements immatures)
- Dépendance et idéalisation du soignant
- Déresponsabilisation
- Attentes idéalisées envers le soignant
- Stimule mécanismes de défense du moi

# Vécu du clinicien

- Émotions difficiles à réguler (forte intensité)
- Comportements difficiles à contrôler
- Envie de sauver le patient
- Envie de se débarrasser du patient, de l'adresser à un collègue...
- Proposer des réponses concrètes (changement de traitement, « énième » examen paraclinique )
- Dans les équipes: ceux qui pensent blanc et ceux qui pensent noir

# 1ère étape: Identifier le trouble borderline

Cela permet de:

- Fixer cap thérapeutique
- Adapter les attentes
- Distinguer les symptômes de comportements volontaires
- Anticiper les urgences et les crises
- Diminuer l'idéalisation et la dévalorisation
- Eviter les réactions négatives (compassion, colère rejet)

# Résistance à donner le diagnostic:

- Les psychiatres sont plus à l'aise à donner le diagnostic de trouble de l'humeur ou bipolaire que borderline (>90% vs 40%)
- 60% des psychiatres admettent ne pas avoir donné ce diagnostic
- 40% ne pas l'avoir documenté

# Et pourtant!

## Croyances!

- Cela va stigmatiser
  - Borderline ou manipulatrice
  - Il va se sentir
- Perception erronée volontaires
- L'incertitude de
- Je peux aider le
- Je ne crois pas

Les patients et leurs familles trouvent  
soulageant et utile d'être informés du  
diagnostic

Améliore la compliance et l'alliance

1) Les difficultés liées au trouble de personnalité  
borderline

2) Principes généraux  
d'intervention thérapeutique

# Psychothérapies Evidence Based

	DBT	TFP	MBT	GPM
Fondateur				
	Marsha Linehan	Otto Kernberg	Peter Fonagy Anthony Bateman	John Gunderson
Cadre théorique	Cognitivo-comportemental	Psychanalytique	Psychanalytique	Psychanalytique Cognitivo-comportemental
Références	Dialectique Validation Mindfulness	M. Klein E. Jacobson Relations d'objet	Attachement Mentalisation	Flexibilité Pragmatisme Accessibilité
Mécanismes psychopathologiques	Dysrégulation affective	Diffusion de l'identité	Mentalisation	Hypersensibilité Interpersonnelle

# Mécanismes partagés des psychothérapies BPD

1. Théorie explicite du trouble et de son traitement, structure explicite du traitement, patient informé.
2. Interlocuteur principal
3. Le traitement aide à construire les liens entre les événements et les réactions affectives et comportementales
4. Posture thérapeutique:
  - soutien, non jugement, actif, mais pas agissant, engagé, ici et maintenant
5. Posture du patient:
  - engagé, travail visant à l'engagement du patient
6. Attitude explicite à l'égard des risques suicidaires et para-suicidaires
7. Le thérapeute est attentif au enjeux du transfert et du contre-transfert. Il est disposé à parler à autrui.
8. Collaboration explicite et active avec les autres intervenants

Gunderson, J. G. (2011). Clinical Practice. Borderline Personality Disorder. *N Engl J Med*

Gunderson, J., G, Weinberg, I., & Choi-Kain, L., W. (2013). Borderline Personality Disorder. *Focus*

Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 13(1), 60-68. doi:10.1007/s11920-010-0167-x

Bateman, A. W. (2005). Psychological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatry*, 4(3), 15-18. doi:10.1383/psyt.4.3.15.62448

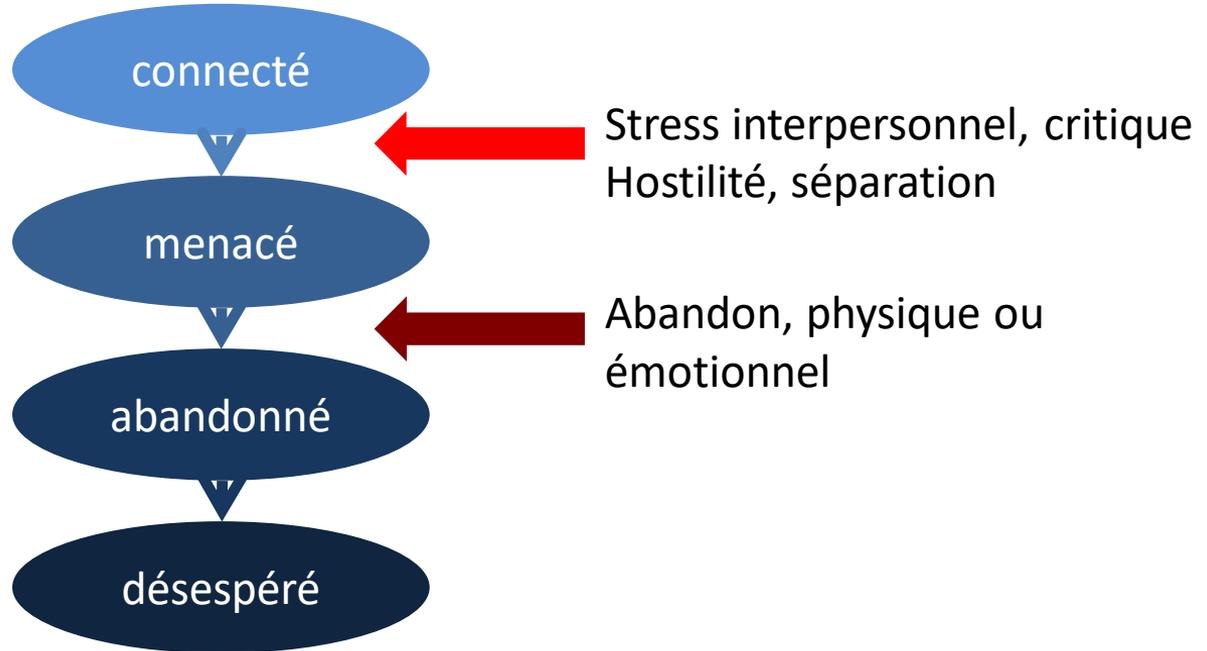
Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. *Rev Med Suisse*.

# 1. Vulnérabilité interpersonnelle

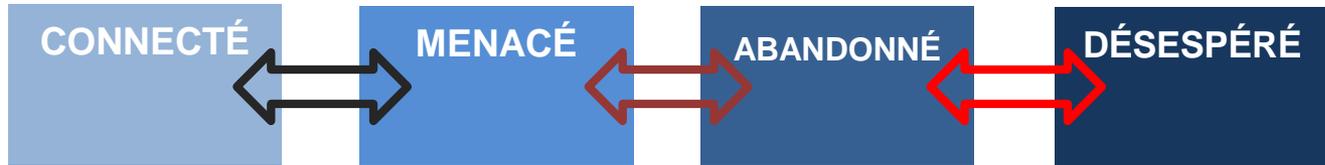
Dans le traitement, un patient borderline oscille entre:

- le sentiment d’être contenu ou connecté: compliant, accepte les proposition
- sentiment d’être menacé par l’hostilité ou rejeté: opposition, colère et comportements dommageables

# 1. Vulnérabilité interpersonnelle



# 1. Vulnérabilité interpersonnelle



## CE QUE CA ME FAIT

« Contenu »,  
Idéalise l'autre  
mais avec peur  
du rejet,  
sentiment de

« En colère »,  
Implorant mais avec  
rage, disqualifications,  
auto-destructivité,  
recherche d'aide.

« Dissocié »,  
paranoïa, alcool et  
drogues, rejet de l'aide.

« Suicide comme  
solution ».

## CE QUE CA FAIT A L'AUTRE

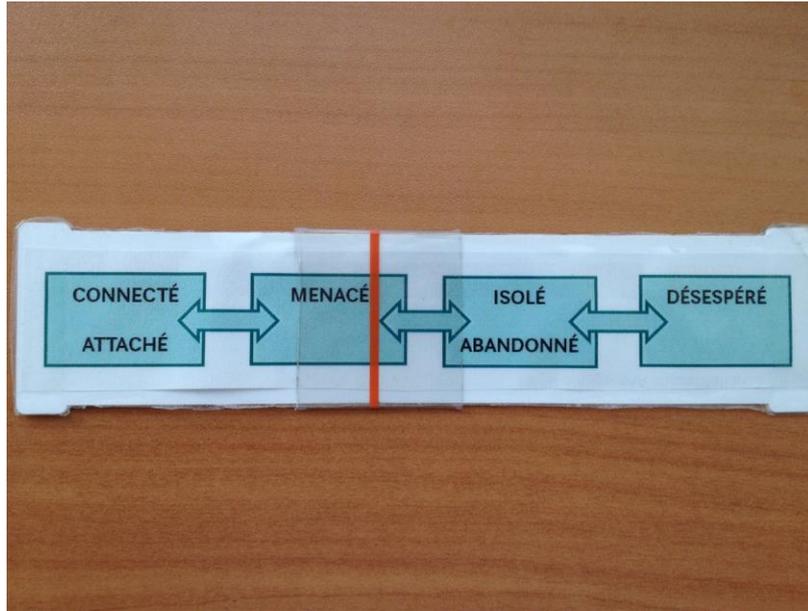
Suscite de la  
sympathie, idéalise  
la personne.

Suscite de la peur, de  
la culpabilité, de la  
rage, de  
l'inconsistance.

Suscite une envie  
idéalisée d'aider,  
d'être surprotecteur

Suscite le rejet  
indifférent,  
l'impuissance, la  
contention.

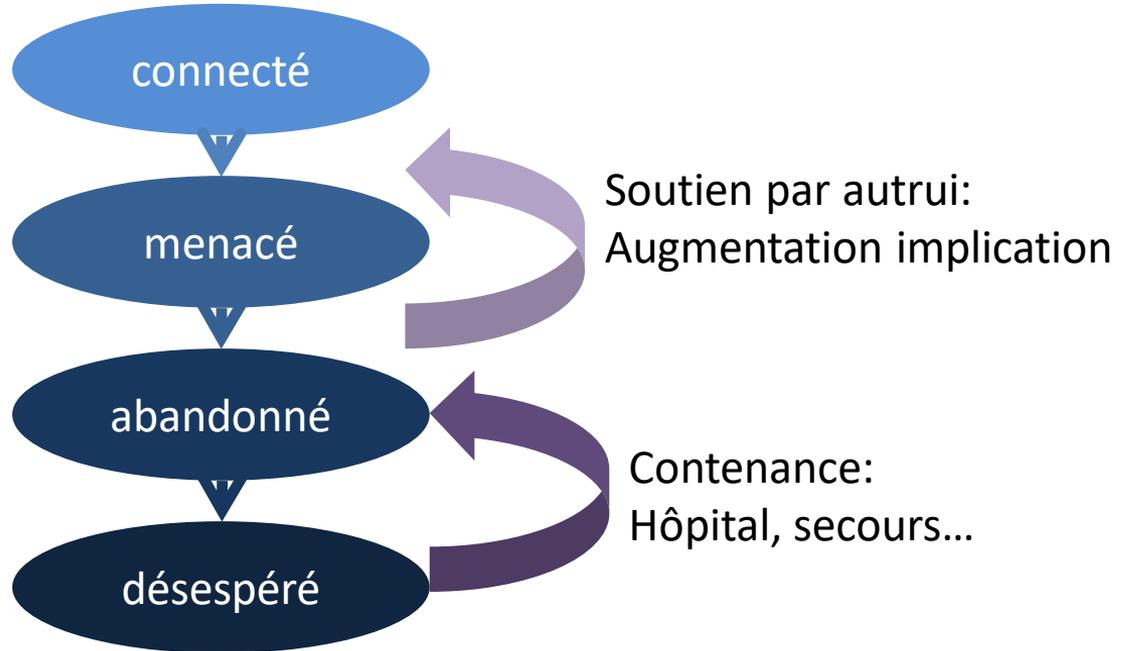
# Echelle visuelle analogique



The table provides detailed descriptions for each stage of the Visual Analog Scale. The third section, 'CE QU'ON PEUT FAIRE EN THÉRAPIE', is highlighted with a red border.

CE QUE CA FAIT À L'AUTRE			
Suscite le rejet indifférent, l'impuissance, la contention.	Suscite une envie idéalisée d'aider, d'être surprotecteur.	Suscite de la peur, de la culpabilité, de la rage, de l'inconsistance.	Suscite de la sympathie, idéalise la personne.
CE QUE CA ME FAIT			
« Suicide comme solution »	« Dissocié », paranoïa, alcool et drogues, rejet de l'aide.	« En colère », implorant mais avec rage, disqualifications, auto-destructivité.	« Contenu », idéalise l'autre mais avec peur du rejet, sentiment de vide, passif.
CE QU'ON PEUT FAIRE EN THÉRAPIE			
« Les mots sont inutiles », contenir.	« Les mots peuvent blesser », clarifier, soutenir, confronter.	« Les mots font comprendre » expliquer, interpréter, confronter.	

# 1. Vulnérabilité interpersonnelle



# 1. Vulnérabilité interpersonnelle

Dans le traitement

oscille entre

– le sentiment  
compliant,

– sentiment  
oppositif  
dommage

## Réponse du clinicien:

Soutenant, concerné, curieux, non punitif et incertain -> calme le patient et modèle la régulation, donne le sens du « suffisamment bien »

Colère ou rejet -> augmente détresse et réponses potentiellement dangereuses

*J. G. Gunderson, Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder, APPI (2014)*

# 4. Posture thérapeutique

## Etre actifs, pas réactifs

- Le patient doit savoir que vous êtes présents
  - Être passif, silencieux ou minimisant les plaintes est vécu comme rejetant ou hostile
  - Questionner activement, maintenir le cap thérapeutique
  - Ici et maintenant (lier comportements et affects)
- Ne pas sur réagir aux comportements du patients
  - Les commentaires sur les gestes dommageables peuvent être dommageables
  - Hospitalisation, changement de traitement ou ajout de consultation aussi!

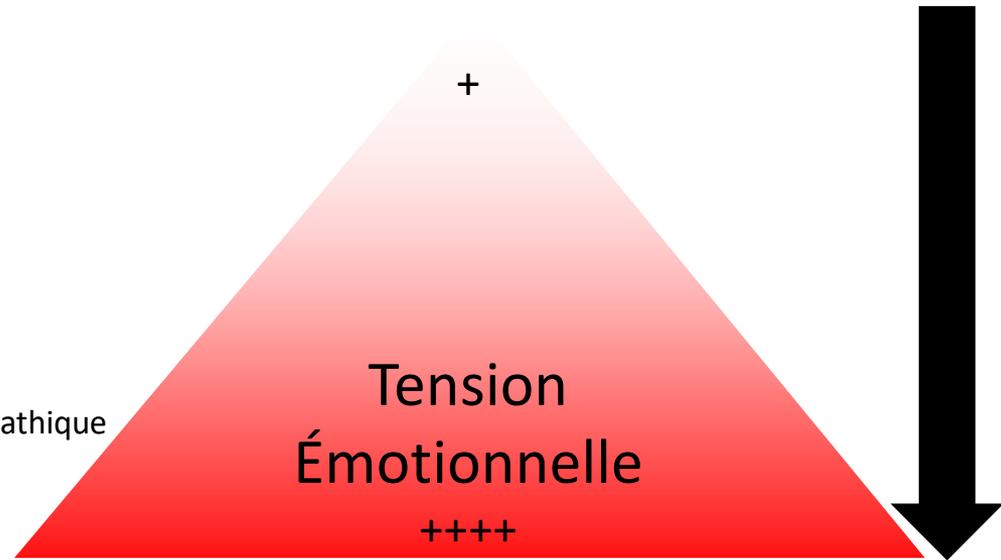
# 4. Posture thérapeutique

## Penser avant d'agir

- Adopter une posture marquée par la tendance à penser, exprimer son incertitude
  - Contraster avec le monde en noir et blanc du patient BDL
- Posture de non savoir au sujet de l'expérience du patient, curiosité
- Cela ne veut pas dire ne rien savoir ou ne pas être directif par ailleurs

## 4. Adapter les interventions au niveau de tension émotionnelle

- Penser la relation
- Penser les affects
- Confrontation
- Clarification
- Soutien / validation empathique
- Exploration



# 5. Le patient est responsable, le thérapeute aussi!

- Le patient est responsable pour ce qu'il dit ou fait **mais** ses erreurs, son hostilité ou les comportements offensants peuvent se comprendre
- Ne pas chercher à annuler la honte ou la culpabilité
- Travailler à l'engagement du patient qui est aussi sa responsabilité
- Le thérapeute accepte sa part de responsabilité et le fait savoir!

# 7. Relation réelle et professionnelle

## Enjeux transférentiels:

Faut-il parler de nous?

- Curiosité et appétence du patient
- Distorsion entre qui nous sommes, nos intentions et les perceptions du patient -  
> explorer et clarifier
- Nous contribuons à affecter la perception du patient -> l'admettre  
En quoi cela peut aider?
  - authenticité
  - normalise le vécu, diminue la honte associée
  - sert de modèle
  - autorise à dire, ressentir, agir...
- Demander de l'aide ou de la supervision

# Conséquences des troubles de personnalité :

- A « l'extérieur »
  - Réduction de la capacité à s'adapter à l'environnement psychosocial
  - Renforcement par réponses pathologiques de l'environnement
- A « l'intérieur »
  - Mauvaise capacité à satisfaire les besoins propres (par ex., affirmation de soi, sexualité, dépendance)

# Conséquences:

Détérioration de la qualité de vie

Diminution de l'espérance de vie: **-18 années de vie!**

Augmentation suicide jusqu'à 50x population générale

Augmentation homicide

Prévalence élevée tabac, OH, toxiques

Augmentation mortalité et morbidité (p.ex cardiovasculaire et respiratoire) -> importance perturbation relations

# Ressources:

Guidelines et recommandations thérapeutiques

<https://www.psychiatrie.ch/sspp/specialistes-et-commissions/recommandations-therapeutiques>

Urgences de Psychiatrie HUG

CAPPIs Jonction, Servette et Eaux-Vives (cf. site HUG)

Programme spécialisé pour les troubles de la régulation émotionnelle (TRE, HUG: 022 305 45 11)

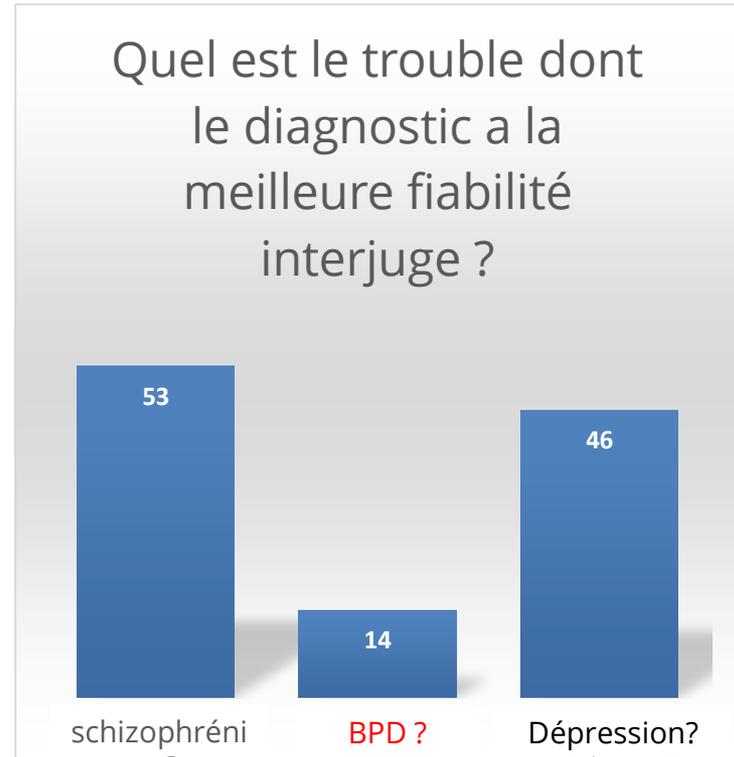
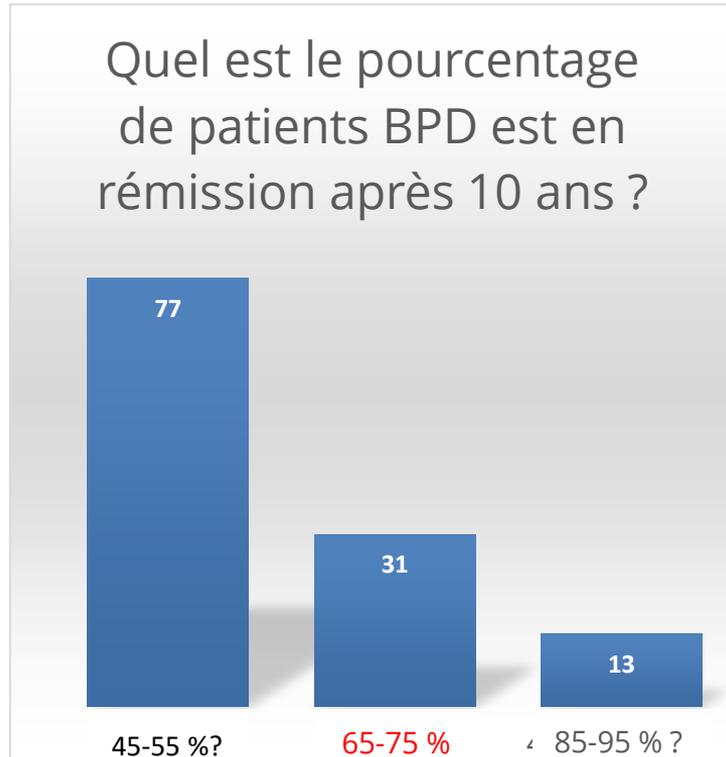
Unité Investigation et de Thérapie Brève (UITB, HUG)

# Merci de votre attention



paco.prada@hcuge.ch

# LES MYTHES PERSISTENT



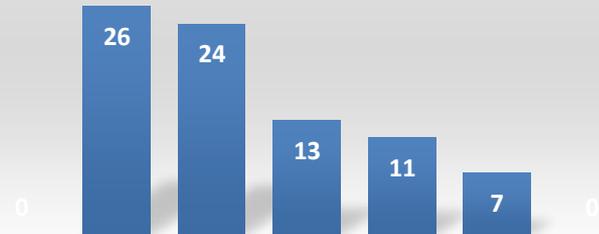
# LES SOIGNANTS NE REJÈTENT PLUS LES BPD

Si j'avais le choix, je préférerais éviter les patients borderline



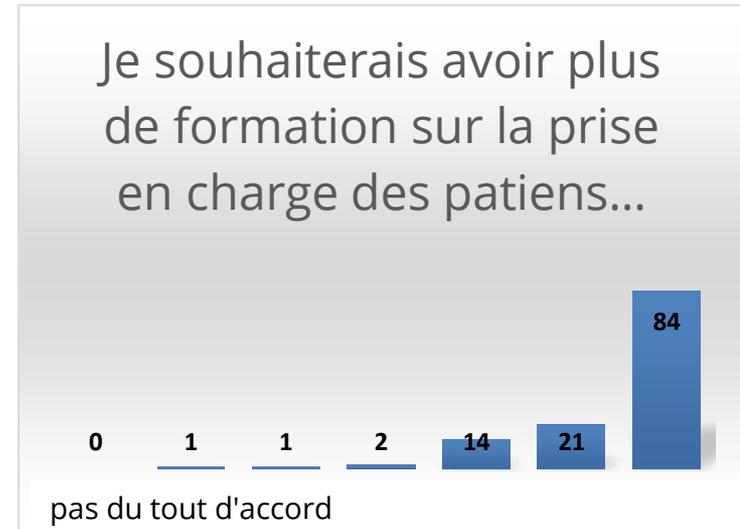
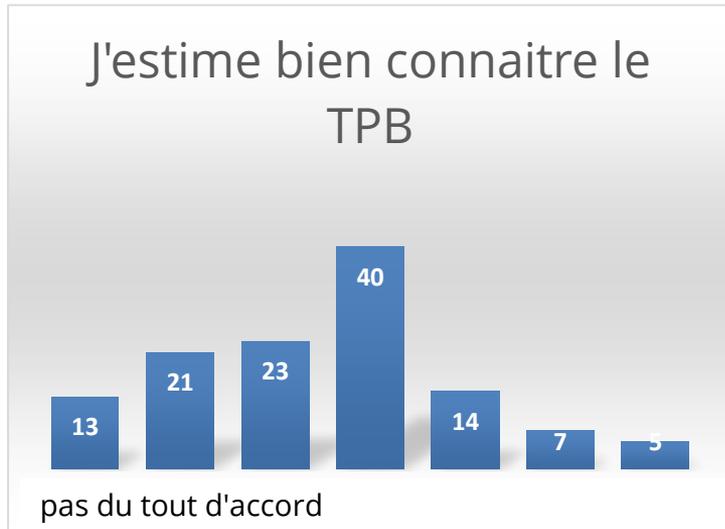
pas du tout d'accord

Je n'apprécie pas les patients borderline



pas du tout d'accord

# LES SOIGNANTS SOUHAITENT ÊTRE MIEUX FORMÉS



# OBSTACLES AUX TRAITEMENTS

- Manque de formation (diagnostic et thérapie)
- Culture de la stigmatisation à l'égard des BPD
- Manque de recherches (et de budgets)
- Coûts des thérapies et politique sanitaire
- Le BPD n'est pas considéré comme un problème de santé publique

# Ressources nécessaires pour une psychothérapie

	DBT	MBT	TFP	GPM
Contenu	Modèle cognitivo-comportemental, vision dialectique, emploi de validation. Entraînement de compétences (rég. émotions, tolérance à la détresse, compétences interpersonnelles, mindfulness)	Le thérapeute adopte une attitude « de ne pas savoir » et encourage une compréhension de soi et des autres en termes d'état psychique et de sens	Modèle psychanalytique modifié, encourage l'intégration de représentations clivées et la stabilité des relations interpersonnelles et de l'agression dirigée contre soi et contre l'objet	Case management, approche mêlant psychodynamique et cognitivo-comportemental, se focalisant sur les stressseurs interpersonnels
Formation	2x5 jours, supervision et études personnelles	3 j+2 j	2x3j (9 jours), supervision	1 jour
Clinique	1h hebdo individuel 2h hebdo groupe 24/7 disponibilité	1h hebdo individuel 2h hebdo groupe	2h hebdo	1h hebdo, souple
Supervision	2 h hebdo groupe	1h hebdo groupe	1h hebdo	1-2 h hebdo

Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harv Rev Psychiatry, 24(5), 342-356.*

# Publications de guidelines pour PD ou BPD

États-Unis	2001 - 2010	BPD
Suède	2006 - 2017	PD
WSFBP	2007	TP Medic
Pays-Bas	2008	PD
Royaume Uni	2009	BPD
Allemagne	2009	PD
Catalogne	2011	BPD
Australie	2013	BPD
Finlande	2015	BPD
Danemark	2016	BPD
Suisse	2018	BPD