

Personnalités « Borderline » : pour que le passage à l'acte reste passager

Historique et diagnostic différentiel

9 décembre 2008

Dr. Michel Muscionico

Les états limites

- Pourquoi la pluralité « les »
 - Polymorphisme clinique et psychopathologique ?
- « Borderline » « frontière » avec quelles pathologies
 - Entre la névrose et la psychose ?
- « Limite » relative à quel repère
 - Existe-t-il une identité diagnostique propre?

Le trouble borderline : pluralité des symptômes

- Symptômes thymiques
 - labilité de l'humeur
 - dépression
 - sentiment de vide
- Symptômes d'allure névrotique
 - phobique
 - obsessionnelle
 - de conversion
 - hypocondriaque

Le trouble borderline : pluralité des symptômes

- Anxiété (tr. anxieux c/o 67%)¹
 - bas seuil de réactivité
- Symptômes psychotiques
 - dissociation
 - éléments paranoïaques
- Troubles du comportement
 - passages à l'acte (parasuicide, violence, colère)
 - abus de substances (51%)¹

Historique

- Homère, Hippocrate, Aretaeus : coexistence d'humeurs intenses et fluctuantes
- Notion de colère impulsive, de mélancolie et de manie alternant chez un même individu
- 1684 : Bonet : « folie maniaco-mélancolique » humeurs instables présentant des hauts et bas de manière irrégulière
- 1884 : Hughes « borderline » pour désigner des cas de symptômes physiques survenant au cours d'affections psychiatriques

Historique

- *1890* : Rosse « folie borderland »
- *1890* : Kahlbaum « héboïdophrénie »
- *1893* : Kraepelin : formes atténuées de démence précoce
- *1894* : Magnan : délires curables
- *1919* : Clark - psychanalyse des névroses et psychoses « borderland »
- *1921* : Kraepelin « personnalité excitable »
Notion d'intermédiaire entre la névrose et la psychose

Historique

- *1921-24* : Kretschmer (DD schizophrénie et PMD) et Minkowski « la schizoïdie », l'opposée de la « syntonie » de Bleuler
- *1936* : Stern « Investigation psychanalytique et abord thérapeutique dans un groupe borderline des névroses ». Patients présentant :
 - un sentiment d'insécurité diffus
 - une hyperesthésie affective
 - une défaillance de l'estime de soi
 - une carence narcissique

Historique

- 1937 : Freud - tout névrosé possède un moi en partie psychotique
- 1939 : Claude « schizoses » et « schizomanie », suivis de « schizonévrose »
- 1941 : Zilboorg « Schizophrénie ambulatoire »
- 1945 : Fenichel – troubles de nature psychotique dans d'autres troubles que la psychose elle-même
- 1949 : Hoch et Polatin « Schizophrénie pseudo-névrotique ». Triade pan-sexualité, pan-anxiété, pan-névrose
- 1953 : Knight « Etat borderline »

Historique

- 1958 : Palem « Etats mixtes et transitionnels schizophréniques »
- 1966 : Parkin - état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose
- 1967 : Kernberg – repérage clinique et physiopathologique des états limites.
« l'organisation limite »
Accent sur les aspects thymiques
- 1970 - : Bergeret, Green, Widlöcher

Analyse structurelle selon Kernberg

- Manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi
 - Manque de tolérance à l'angoisse
 - Manque de contrôle pulsionnel
 - Défaut de développement des voies de sublimation
- Retour aux processus primaires de pensée
- Mécanismes de défenses spécifiques
 - Le clivage
 - L'idéalisation primitive
 - L'identification projective
 - Le déni
 - L'omnipotence et la dévalorisation
 - La mise en acte

Bergeret

- État aux limites de la névrose et de la psychose
- Mode de fonctionnement fondamental de la personnalité « économie limite »
- Déni de la sexualité, pas d'organisation œdipienne
- Introduit la notion de traumatisme précoce dans la psychogénèse de l'état limite

De la multiplicité des termes...

**HEBOIDOPHRENIE SCHIZOPHRENIE
AMBULATOIRE PERSONNALITE SCHIZOIDE
TROUBLE SCHIZOTYPIQUE SCHIZOPHRENIE
BORDERLINE SCHIZOPHRENIE LATENTE
SCHIZOPHRENIE FRUSTE PERSONNALITE
SENSITIVE SCHIZOPHRENIE MINEURE
PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE
SCHIZOPHRENIE LARVEE SCHIZOSE
SCHIZOMANIE BORDERLAND REACTION
SCHIZOPHRENIQUE LATENTE
SCHIZOPHRENIE EN PUISSANCE SCHIZOIDIE
SCHIZOPHRENIE PREPSYCHOTIQUE
SCHIZONEVROSE SCHIZOPHRENIE
PRODROMIQUE SCHIZOPHRENIE PSEUDO-
NEVROTIQUE SCHIZOPHRENIE PSEUDO-
PSYCHOPATHIQUE PRESCHIZOPHRENIE
ETAT BORDERLINE (...)**

à la multiplicité des descriptifs !

**HYPERSENSIVITE MASOCHISME
INTOLERANCE A LA FRUSTRATION COLERE
IMPULSIVITE INTOLERANCE A LA ROUTINE
SENTIMENTS DE VIDE NARCISSISME VIE
CHAOTIQUE RELATIONS INTENSES LIENS
EMOTIONNELS DIFFICILES PEUR DE
L'ABANDON INSTABILITE DE L'HUMEUR
TRISTESSE DIFFICULTES D'AUTO-
REGULATION PERTE DE LA REALITE
FACADE SOCIALE SUPERFICIELLE
CAPACITES D'ANTICIPATION REDUITES
COMPORTEMENTS EXPLOSIFS RELATIONS
INSTABLES PERIODES DISSOCIATIVES
MENACES REPETEES DE SUICIDE GESTES
AUTO-DOMMAGEABLES DEPRESSION(...)**

Le tr. borderline est-il

- Une variante d'un trouble bipolaire ?
 - Un ensemble de troubles de la personnalité ?
 - Un trouble bipolaire + un trouble de la personnalité autre ?
 - Un état thymique mixte ?
 - Une forme atypique /atténuée d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-typique ?
- > Est-ce la quantité et non la qualité des symptômes qui prime ?

Association avec les autres troubles psychiatriques

- Forte association (OR > 4.3) avec tr. Bipolaire, tr. Schizotypique, et tr. personnalité narcissique
- Abus de substances fréquent
- Mais aussi
 - Autres troubles de la personnalité
 - Dépression

Distinction avec les autres troubles de la personnalité

Dyssociale

En commun : Réactions explosives, colère, hostilité
Difficulté à maintenir durablement des relations
Intolérance à la frustration
Faible seuil de décharge de l'agressivité
Comportement « manipulateur »

Borderline : Pas de recherche de profit, de pouvoir ou d'avantage matériel
Recherche de l'attention de l'entourage
Présence d'affects, pas d'indifférence

Distinction avec les autres troubles de la personnalité

Dépendante

En commun : Peur d'être abandonné

Sentiment de malaise quand le sujet est seul

Borderline : Réaction à l'abandon par un sentiment de vide affectif, de rage et par des revendications

Relations intenses et instables

Pas d'attitude de soumission

Distinction avec les autres troubles de la personnalité

Histrionique

En commun : Recherche d'attention
Hyperexpressivité émotionnelle
Comportement de séduction
inapproprié / superficiel
Affects labiles

Borderline : Comportement autodestructeur
Ruptures violentes
Sentiment de vide profond et solitude

Distinction avec les autres troubles de la personnalité

Paranoïaque

En commun : Réactions coléreuses à des stimuli mineurs

Sensibilité excessive aux critiques

Sentiments de persécution occasionnels

Borderline : Instabilité de l'image de soi

Aspect autodestructeur

Impulsivité et crainte de l'abandon

Distinction avec les autres troubles de la personnalité

Schitotypique

En commun : Affect inapproprié
Méfiance ou idéation persécutoire
Episodes quasi psychotiques
transitoires

Borderline : Réactivité interpersonnelle
Répondent à l'effet structurant de
l'environnement

Lien avec les troubles de l'axe I

■ Trouble bipolaire I

Bipolaire = la plus grande comorbidité sur l'axe I du tr. Borderline¹

Tr. Borderline = La plus grande comorbidité sur l'axe II du tr. Bipolaire¹ : au moins 44%² (50%)³

En commun :

- Instabilité de l'humeur
- Impulsivité
- Anxiété / tension
- Episodes de tristesse / dépression

1. Magill CA, Can J Psychiatry. 2004 (publications des 20 années ant.)
2. Deltito et al, J Affect Disord. 2001
3. Grant et al, J Clin Psychiatry, 2008

Lien avec les troubles de l'axe I

■ Dépression

EDM = Comorbidité du tr. Borderline : 26%¹

Borderline = Comorbidité d'un EDM ou d'une dysthymie : 42-56%^{1,2}

En commun : Affect dépressif

Faible estime de soi

Absence d'espoir

Dépendance

Borderline : Sentiment de vide

Pas de ralentissement psychomoteur

Gestes suicidaires répétés

1. Grant et al, J Clin Psychiatry, 2008

2. Gunderson, J Clin Psychiatry, 2004

Lien avec les troubles de l'axe I

- Abus de substances

Si 46% des abus de substances ont un tr. Borderline...

51% des tr. Borderline abusent de substances

Prévalence

- Moyenne¹ : 5.9 %
- Femmes : 6.2 %
- Hommes : 5.6 % (!)
- Selon les études 2-10% de la population générale²
- 11-15% des patients ambulatoire^{3,4}
- 20-50% des patients hospitalisés^{3,4}
- > chez les¹ :
 - jeunes
 - séparés, divorcés, veufs
 - bas revenus ou niveau d'éducation (surtout hommes)

1. Grant et al, J Clin Psychiatry, 2008 (34'653 adultes, USA)

2. Randy, 2008

3. M. Linehan, 2003

4. Zanarini et al, J Personal Disord, 2005

Prévalence

- Trouble chronique : depuis le diagnostic initial¹
 - 57-67 % persistance des critères après 4-7 ans
 - 44% persistance des critères après 15 ans

Prévalence

- Dans 75% des cas le diagnostic est posé chez les femmes¹
 - Gestes para-suicidaires plus explicites ?
 - Plus de menaces suicidaires ?
 - Recherche de soins plus systématique ?
 - Biais de dépistage ?

Comorbidité personnalités narcissique + antisociale > c/o hommes²

Comorbidité PTSD > c/o femmes (abus sexuels dans l'enfance ?)²

1. M. Linehan, 2003

2. Grant et al, J Clin Psychiatry, 2008

Trouble borderline et suicide

- 9 – 33% de tous les suicides¹⁻⁴
- Majorité des patients consultant les urgences ≥ 4 fois ⁵
- 12% des consultations en urgence²
- Le diagnostic intra-hospitalier le plus prédictif de suicide⁶

1. Kullgren, Renberg & Jacobsson, 1986

3. Oldham, Am J Psychiatry, 2006

5. Bongar, Peterson, Golann et al 1990

2. Runeson % Beskow, 1991

4. Stanley et al, Am J Psychiatry, 2001

6. Tidemalm et al., 2005

Trouble borderline et suicide

- Tentative multiples = prédictif du trouble borderline¹
- Risque de suicide : 3 – 10 %²
- 12 - 33 % de ceux qui meurent par suicide = tr. personnalité borderline
- Comportement suicidaire présent à un moment donné chez 60% - 78%⁴

1. Forman, Berk, Henriques et al., 2004

3. M. Linehan, 2003

2. Paris et Zweig-Frank, 2001

4. Gunderson, 1984; Kjellander, Bongar, & King, 1998

Evolution des symptômes du tr. BDL avec l'âge

- Persistance de la détresse psychique (symptômes anxieux et dépressifs) mais moins d'impulsivité et moins de comportements suicidaires¹
- La prévalence baisse continuellement (9% -> 2%)^{2,3}, surtout après l'âge de la quarantaine²

1. Stepp et Pilkonis, J Personal Disord., 2008
2. Grant et al, J Clin Psychiatry, 2008
3. Zanarini et al, Am J Psychiatry, 2003 et 2006

Traitements

- Psychothérapeutique
 - Analytique
 - Psychothérapie TFP (Transference-focused psychotherapy)
 - TCC classique
 - TCD (M. Linehan, 1993)
 - Thérapie des schémas (J. Young, 1990)
- Médicamenteux
 - Pas de traitements spécifiques
 - Traitements orientés sur les symptômes

TCD selon M. Linehan

- Variante de la TCC
- Développée à Seattle dès 1990
- Basée sur la dialectique de Marx et Hegel
- Approche globale bio-psycho-sociale
- Travaille sur la pensée dichotomique « clivage »

Revue de 262 cas sur 7 études¹

- Comparaison de 5 modèles avec la TCD :
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Thérapie comportementale
 - Thérapie psychodynamique
 - Thérapie de groupe
 - Divers (art-thérapie, musicothérapie)
 - Prise en charge standard

Revue de 262 cas sur 7 études

- Pas de différences
 - Sur les critères diagnostiques à 6 mois
 - Sur les hospitalisations à 3 mois
 - Sur l'anxiété et la dépression
- Différences (avantage TCD)
 - Moins de parasuicide à 6-12 mois
 - Moins d'idéation suicidaire à 6 mois (1 étude)
 - Tendence à plus faible consomm. d'alcool
 - Moins de sévérité des diag. psychiatriques
BPRS

TCD : suivi à 2 ans de 101 cas¹

- Comparé à une prise en charge de soutien
- 2x moins de tentatives de suicide (OR 2.66)
- Moins d'hospitalisations en raison d'idées suicidaires
- Moins de risques médicaux après une tentative de suicide
- Moins d'abandons de la thérapie (OR 3.2)
- Moins d'hospitalisations en général
- Moins de consultations aux services d'urgences