

Quelles psychothérapies pour le trouble de la personnalité borderline? de l'approche spécialisée à l'approche généraliste/intégrée

Pr Mario Speranza, MD PhD

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier de Versailles
UFR Simone Veil Santé. Université de Versailles

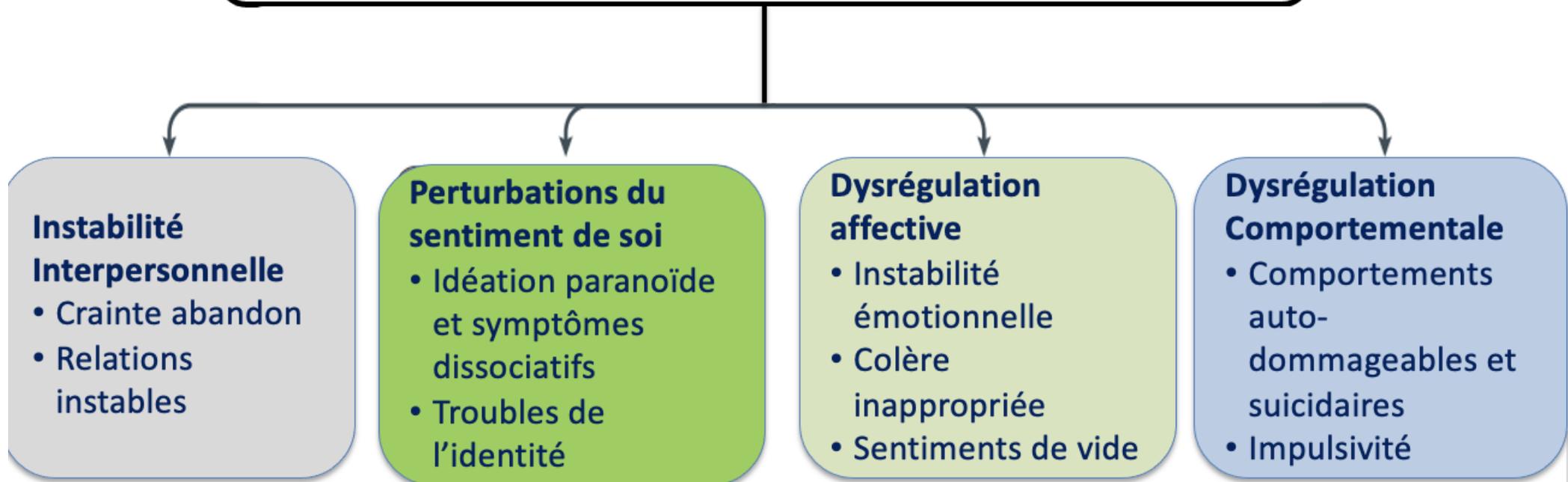


Brève histoire du traitement des TPB

Histoire du traitement du TPB

DÉCENNIE	ACTEURS	MOUVEMENT
1940 - 1950	Stern	Découverte
1950 - 1960	Knight	Description
1960 - 1970	Kernberg – Gunderson - Grinker	Construction du concept
1970 - 1980	Gunderson	Différentiation
1980 - 1990	DSM III	Reconnaissance diagnostique Critères opérationnels
1990 – 2000	Linehan (TCD), Fonagy & Bateman (TBM), Kernberg (PFT), Young (TdS)	Thérapies spécialisées
2000 - 2010	ISSPD (1988), NEABPD (2001), ESSPD (2010), NASSPD (2012)	Validation des psychothérapies Associations
2010 - 2020	Gunderson, Choi-Kain, Bateman, Fonagy, Paris	Intégration

Le phénotype borderline



Hétérogénéité clinique → dépendante de la situation relationnelle

Psychothérapies Evidence Based

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

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.

Les EBT sont sous tendus par une théorie

	Affects	Interpersonnel	Comportements	Self / Cognitif
TFP Agression Identité	Intégration de la perception de soi et des autres	Projections, clivages	Comportements défensifs, actifs, évitements des conflits internes	Le Self instable active et régule mal affects et symptômes
DBT Dysrégulation émotionnelle	L'incapacité à accepter et réguler les émotions déclenche les symptômes	Aliénation émotionnelles des autres	Les capacités d'adaptation régulent les émotions	Les émotions perturbent la cognition
MBT Mentalisation	L'incapacité à reconnaître et à communiquer les états émotionnels diminue la mentalisation	L'incapacité à percevoir les déclencheurs chez soi et les autres produit les symptômes	L'activation excessive perturbe les comportements	Self constitué par les interactions interpersonnelles (alien self, par les échecs)

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.

Ressources nécessaires pour une psychothérapie

	DBT	MBT	TFP
Contenu	Apprentissage de techniques de régulation émotionnelle	Soutenir les capacités de mentalisation (notamment en situation de sollicitation relationnelle)	Intégration des représentations et relations clivées et modulation de l'agressivité
Formation	2x5 jours, supervision et études personnelles	3 j	3x3j (9 jours), supervision
Clinique	1h hebdo individuel 2h hebdo groupe 24/7 disponibilité	1h hebdo individuel 2h hebdo groupe	2h hebdo
Supervision	2 h hebdo groupe	1h hebdo groupe	1h 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.*

Modalités de traitement en TCD

Renforcer la motivation à changer



Thérapie individuelle

Améliorer les compétences



Groupes de compétences TCD

Structurer l'environnement et généralisation



Coaching téléphonique

Soutenir les thérapeutes



Réunion d'équipe

Modules de compétence



Méditation de pleine conscience



Tolérance à la détresse



Marcher dans la voie du milieu



Régulation des émotions



Efficacité interpersonnelle

Formation : 2 fois 5 jours + supervision de cas cliniques (environ 2 ans)

Modalités de traitement en TBM

Identifier les ruptures de mentalisation



Thérapie individuelle

Entraînement à la mentalisation en situation de groupe

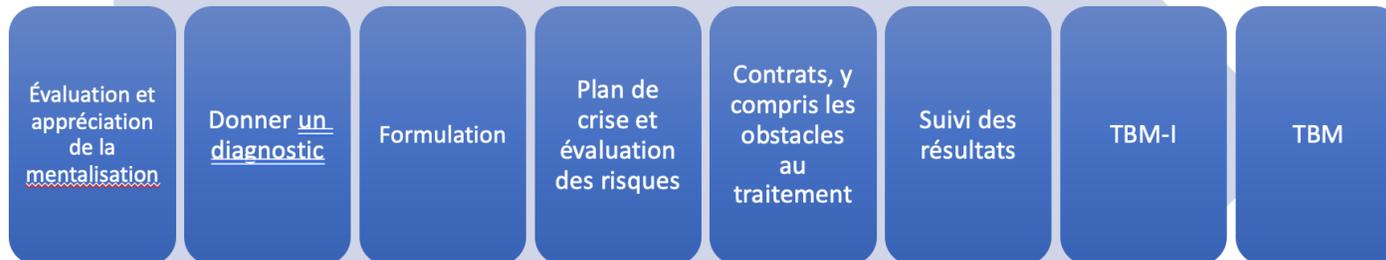


Groupe de psychoéducation
Psychothérapie de groupe

Soutien à la mentalisation

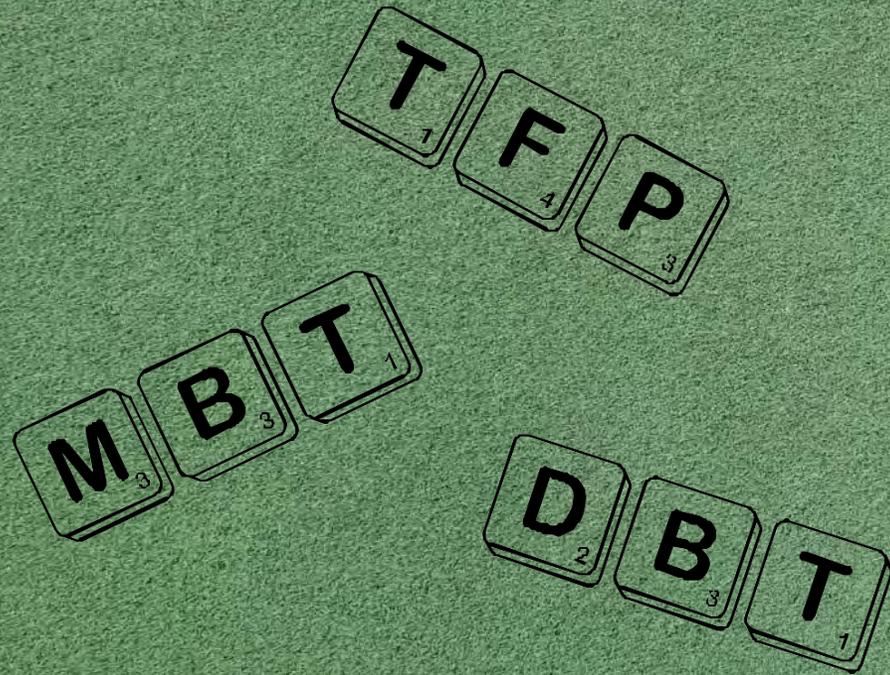


Réunion d'équipe



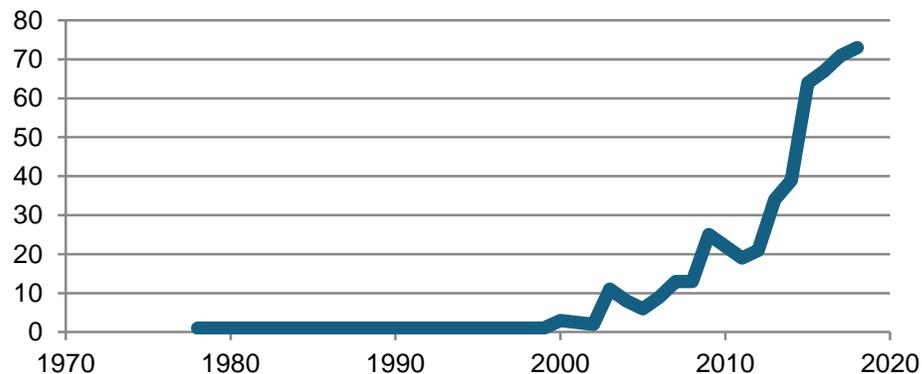
Formation : 3 jours +
supervision de cas
cliniques (environ 2 ans)

La concurrence entre les modèles se focalise sur les différences



Développement des thérapies spécialisées pour les TPB

- Thérapie comportementale dialectique
- Thérapie focalisée sur le transfert
- Thérapie basée sur la mentalisation



Effets

Diminution des taux abandon de thérapie (<30%)

Diminution des comportements suicidaires

Diminution des hospitalisations

Diminution du nombre de traitements médicamenteux



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review)

Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E

Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD012955.

DOI: [10.1002/14651858.CD012955.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2).

Métanalyse des psychothérapies dans les TPB

75 RCT
4507 participants



**19 modèles
de thérapie**

**1/3 des études
avec la TCD versus
TAU ou liste
d'attente**

**7 RCT avec
la TBM
versus TAU**

Indicateurs d'outcome:

- Sévérité des symptômes
- Dépression
- Suicidalité
- Auto-mutilations
- Problèmes interpersonnels
- Fonct psychosocial

A 6, 12 et 18 mois

Résultats de la métanalyse

Sévérité globale

Φ : SMD -0.52

TCD :
SMD -0.60

TBM: Non à 6
mois, oui à 12
et 18 mois

Fonctionnement psychosocial

Φ :
SMD -0.45

TCD:
SMD -0.36

TBM:
Oui à 6 mois

Dépression

Φ :
SMD -0.39

TCD: non
indiqué

TBM : Oui à
6, 12 et 18
mois

SMD -0.58

Suicidalité

Φ :
SMD -0.34

TCD:
SMD -0.54

TBM: Oui à 6,
12 et 18 mois

RR 0.10 (-
90%)

Automutilations

Φ :
SMD -0.32

TCD:
SMD -0.28

TBM: Oui à 6,
12 et 18 mois

RR 0.62 (-
38%)

SMD (*Standardized Mean Difference*) : <0.50 effet faible, > 0.50 effet modéré

RR= (*Risk Ratio*= réduction du risque de l'outcome= -X%)

Conclusions générales de la métanalyse



Comportements suicidaires et auto-dommageables :

- TCD et TBM montrent une diminution significative des TS et des automutilations.
La TCD semble avoir un effet plus important

Dysfonctionnements interpersonnels :

- TBM plus efficace, car elle cible directement la compréhension des motivations et des états émotionnels des autres, ce qui peut améliorer les relations et réduire les conflits

Impulsivité :

- TCD et TBM également efficaces même si par des mécanismes différents : la TCD agit par la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse, tandis que la TBM agit en renforçant la compréhension des déclencheurs internes et externes de l'impulsivité

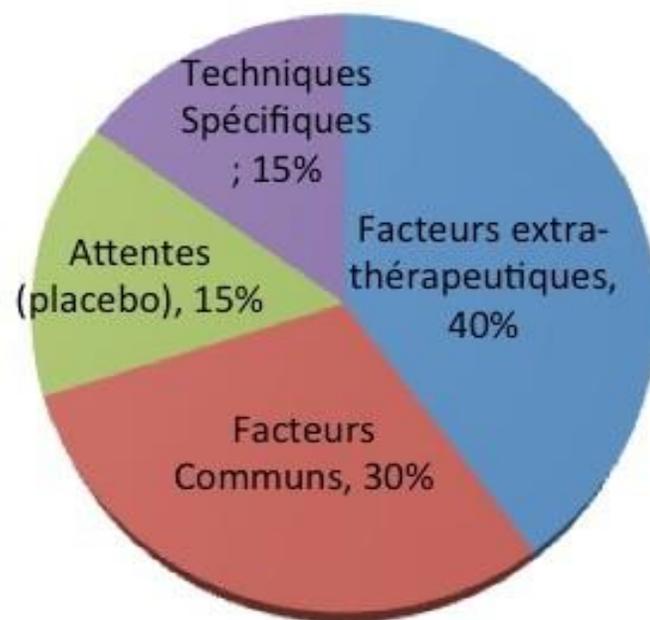
L'effet *Dodo* *Bird*



"Everybody has won, and
all must have prizes"

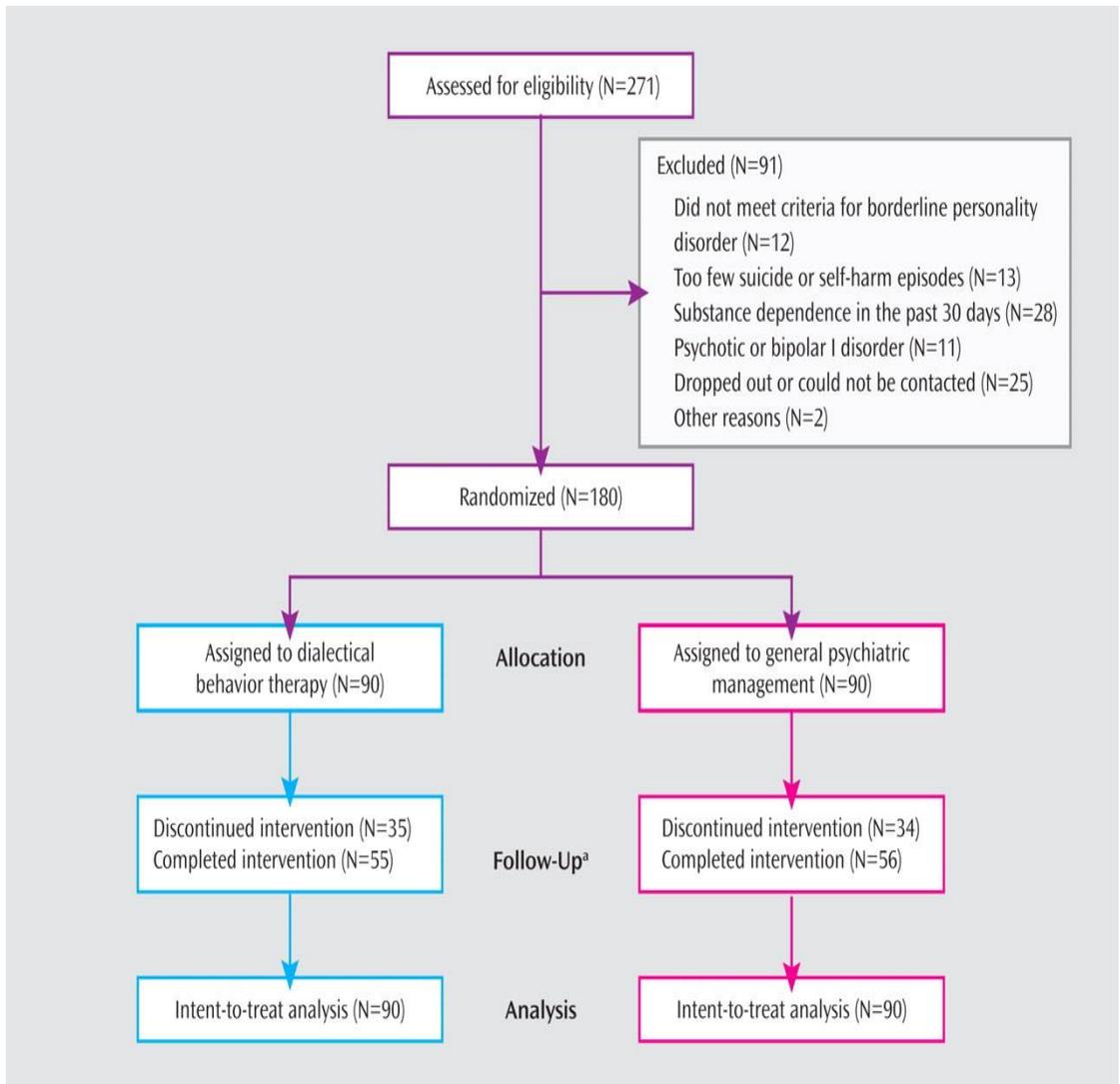
Lewis Carroll *Alice au pays des merveilles*

L'effet *Dodo Bird*



- Facteurs extra-thérapeutiques
- Facteurs communs
- Attentes (placebo)
- Techniques Spécifiques

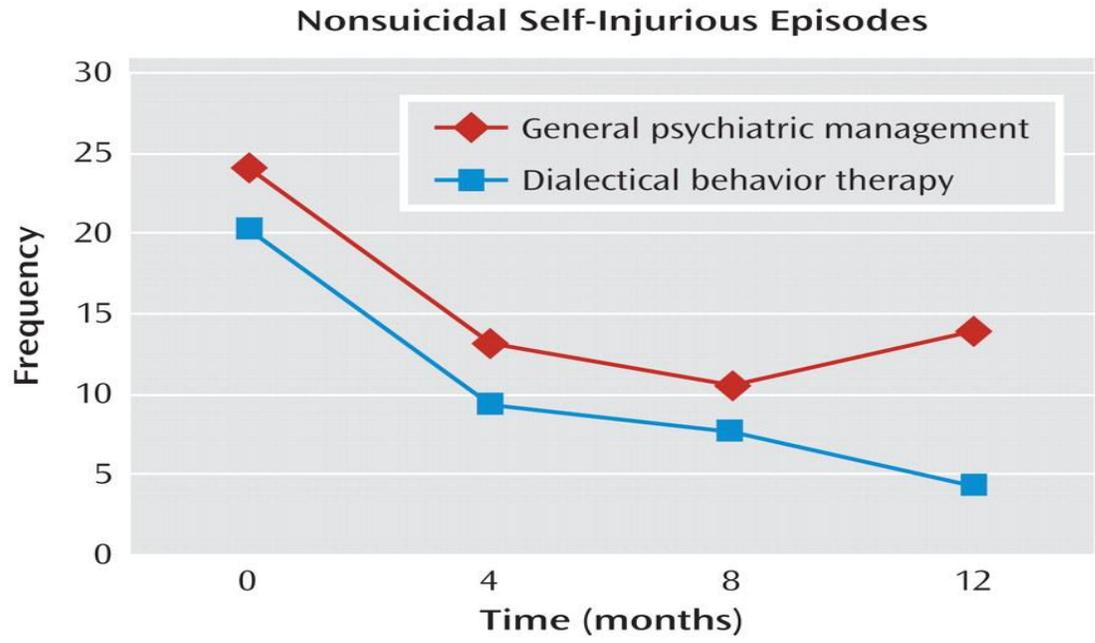
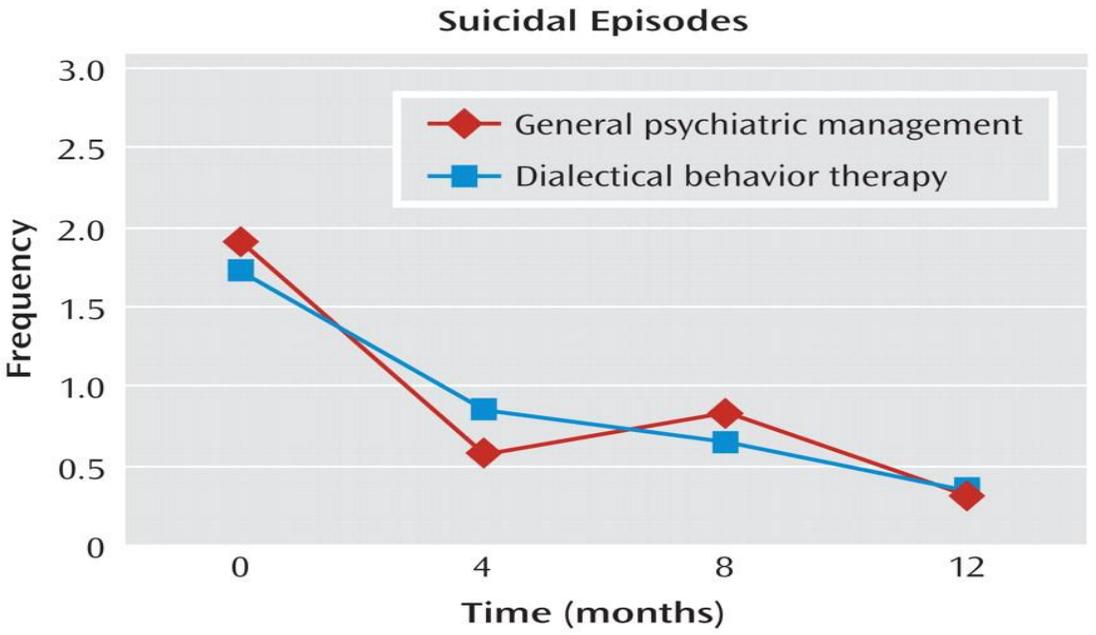
A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder, Shelley F. McMinn et al. Am J Psychiatry, 2009; 166: 1365-1374



	Dialectical Behavior Therapy	General Psychiatric Management
Theoretical basis	Learning theory, Zen philosophy, and dialectical philosophy. Pervasive emotion dysregulation is the primary deficit in borderline personality disorder.	Psychodynamic approach drawn from Gunderson (23); emphasized the relational aspects and early attachment relationships. Disturbed attachment relationships related to emotion dysregulation as a primary deficit.
Treatment structure	Multimodal: Individual sessions (1 hour weekly); skills group (2 hours weekly); phone coaching (2 hours weekly) Consultation team for therapists mandated (2 hours weekly) Organized according to a hierarchy of targets: suicidal, treatment-interfering, and quality-of-life-interfering behaviors Explicit focus on self-harm and suicidal behavior	One mode: Individual sessions (1 hour weekly) including medication management based on structured drug algorithm Therapist supervision meeting mandated (90 minutes weekly) Patient preference is given priority—no hierarchy of targets. Focus is expanded away from self-harm and suicidal behaviors.
Primary strategies	Psychoeducation about borderline personality disorder Helping relationship Here-and-now focus Validation and empathy Emotion focus Dialectical strategies Irreverent and reciprocal communication style Formal skills training Behavioral strategies: exposure, contingency management, diary cards, behavioral analysis	Psychoeducation about borderline personality disorder Helping relationship Here-and-now focus Validation and empathy Emotion focus Active attention to signs of negative transference
Crisis management protocols	Bias toward managing crises on an outpatient basis; phone coaching to assist in managing crises	Hospitalization seen as helpful if indicated
Psychotropic medications	Patients encouraged to rely on skills over pills where appropriate (e.g., anxiolytics). Tapering from medications was a treatment goal. Psychopharmacologic intervention was uncontrolled.	Patients were encouraged to use medications concurrently. Two medication algorithms, one related to mood lability and one related to impulsive-aggressiveness, were prioritized as symptom targets. Medication intervention was delivered according to the predominant symptom pattern.

Bold font indicates factors common to both treatments.

A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder, Shelley F. McMain et al. Am J Psychiatry, 2009; 166: 1365-1374



Results: Both groups showed improvement on the majority of clinical outcome measures after 1 year of treatment, including the frequency and severity of suicidal and nonsuicidal self-injurious episodes and significant improvements in most secondary clinical outcomes. Both groups had significant improvements in borderline personality disorder symptoms, symptom distress, depression, anger, and interpersonal functioning and a reduction in general health care utilization, including emergency visits and psychiatric hospital days. No significant differences were found across any outcomes.

Conclusions: These results suggest that individuals with borderline personality disorder benefited equally from dialectical behavior therapy and a well specified treatment delivered by psychiatrists with expertise in the treatment of BPD

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

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.

Les EBT sont sous tendus par une théorie

	Affects	Interpersonnel	Comportements	Self / Cognitif
TFP Agression Identité	Intégration de la perception de soi et des autres	Projections, clivages	Comportements défensifs, actifs, évitements des conflits internes	Le Self instable active et régule mal affects et symptômes
DBT Dysrégulation émotionnelle	L'incapacité à accepter et réguler les émotions déclenche les symptômes	Aliénation émotionnelles des autres	Les capacités d'adaptation régulent les émotions	Les émotions perturbent la cognition
MBT Mentalisation	L'incapacité à reconnaître et à communiquer les états émotionnels diminue la mentalisation	L'incapacité à percevoir les déclencheurs chez soi et les autres produit les symptômes	L'activation excessive perturbe les comportements	Self constitué par les interactions interpersonnelles (alien self, par les échecs)
GPM Hypersensibilité Interpersonnelle	Perception négative des événements interpersonnels	Le contexte interpersonnel active les symptômes	Les comportement convoquent la réponse des autres	Self marqué par le tempérament (inné)

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.



HANDBOOK OF
**Good Psychiatric
Management** for
**Borderline
Personality Disorder**

John G. Gunderson, M.D.

WITH
Paul Links, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

APPLICATIONS OF
**Good Psychiatric
Management** for
**Borderline
Personality Disorder**

A PRACTICAL GUIDE

Edited by

Lois W. Choi-Kain, M.D., M.Ed.
John G. Gunderson, M.D.

GPM: Une intégration éclectique

DBT

- ▶ Devoirs à domicile
- ▶ Résolution pratique des problèmes
- ▶ "Avoir une vie" comme objectif
- ▶ Dilemmes dialectiques

TFP

- ▶ Attention à la colère
- ▶ Utilisation de l'interprétation
- ▶ S'attaquer à la dévaluation

GPM

- ▶ Position de non-savoir
- ▶ Attention à l'attachement
- ▶ Confusion et doute

MBT

GPM: Une intégration éclectique

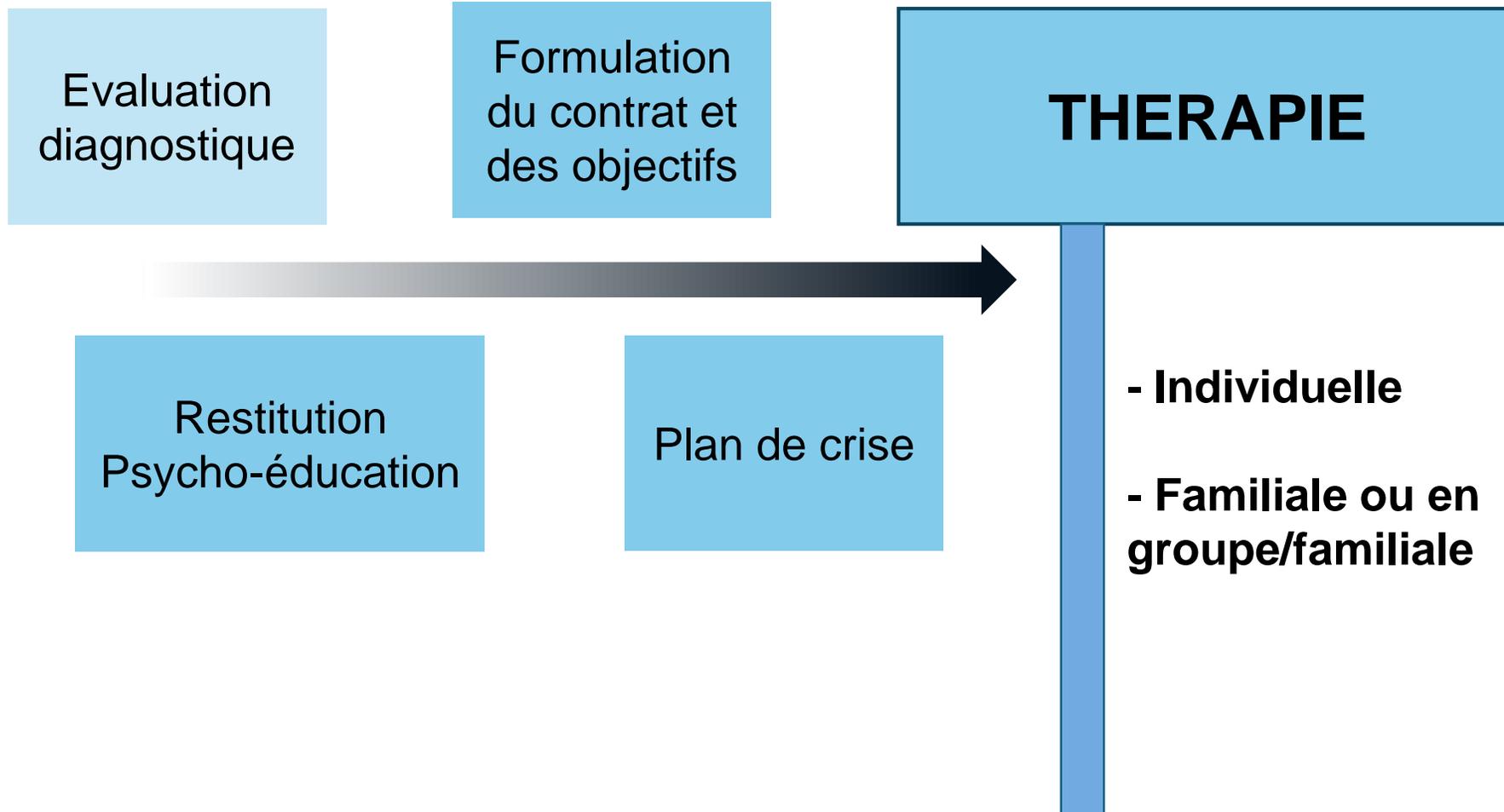


GPM

SPECIFICITES

- Hypersensibilité Interpersonnelle
- Partage du diagnostic et psychoéducation
- Case management (comorbidités et psychopharmacologie)
- Flexibilité
- Multimodalité (individuel/groupe)
- Implication de l'entourage
- Traitement (durée, intensité) selon les progrès cliniques et dans la vie réelle

Structure du traitement d'un TPB



Prendre soin des personnes TPB mais aussi de ceux qui prennent soin d'eux : le travail en réseau et la supervision



Mentaliser

Mentaliser dans des environnements invalidants

- Une partie très importante de l'effet thérapeutique est liée à ce qui se passe **au niveau du réseau social extérieur** (Friedlander et al., 2006)
- **Notion d'Alliance Systémique → travail avec le réseau multidisciplinaire**

Aujourd'hui, les obstacles aux traitements

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

Quel message diffuser ?

Il est **peu vraisemblable qu'un nombre suffisant d'intervenants** en santé mentale se forment dans une ou plusieurs des **psychothérapies evidence-based du TPB**

L'implantation dogmatique ou exclusive des méthodes thérapeutiques evidence based - ***le même traitement pour tous*** - n'est pas adaptée aux réalités cliniques et de santé publique

Il est plus indiqué de **mettre en place des interventions de première ligne «suffisamment bonnes» adaptées aux ressources cliniques réelles**, et dans un premier temps d'identifier les personnes avec un TPB dans les différents settings, et de leur proposer une première intervention qui vise à favoriser les changements positifs et à éviter la détérioration ou la chronicisation, ainsi qu'à éviter la iatrogénie

Kramer, U., Charbon, P., Despland, J.-N., & Kolly, S. (2017).
«Good enough» training in clinical practice for BPD?
Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy.

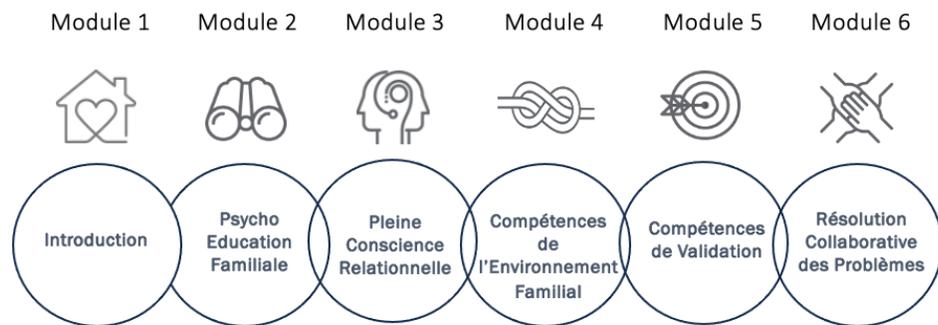
Session d'initiation et ateliers pratiques



RÉSEAU FRANCOPHONE

Pour la thérapie comportementale et dialectique





Site web: <https://proches-borderline.org/>



LE GOOD PSYCHIATRIC MANAGEMENT POUR LES ADOLESCENTS AVEC UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (GPM-A)

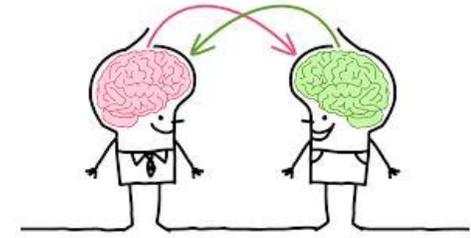


<https://home.mcleanhospital.org/gpdi-gpm>

Merci pour l'attention

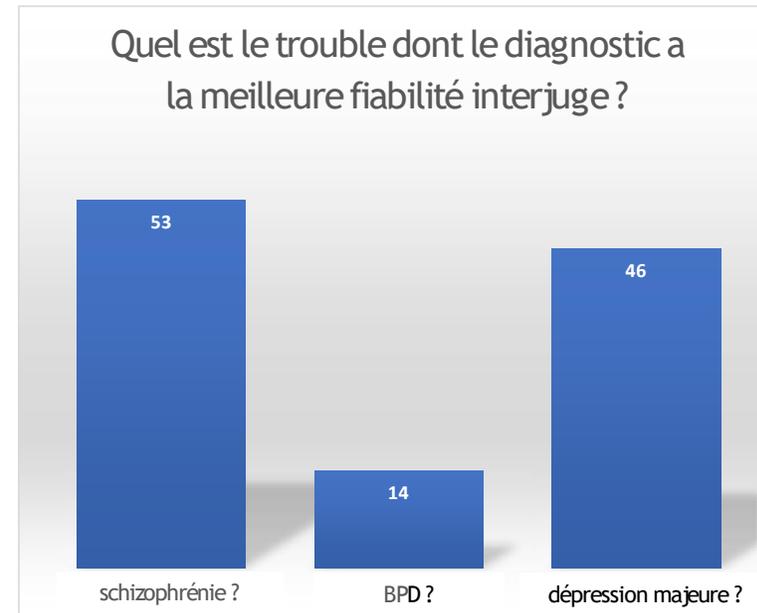
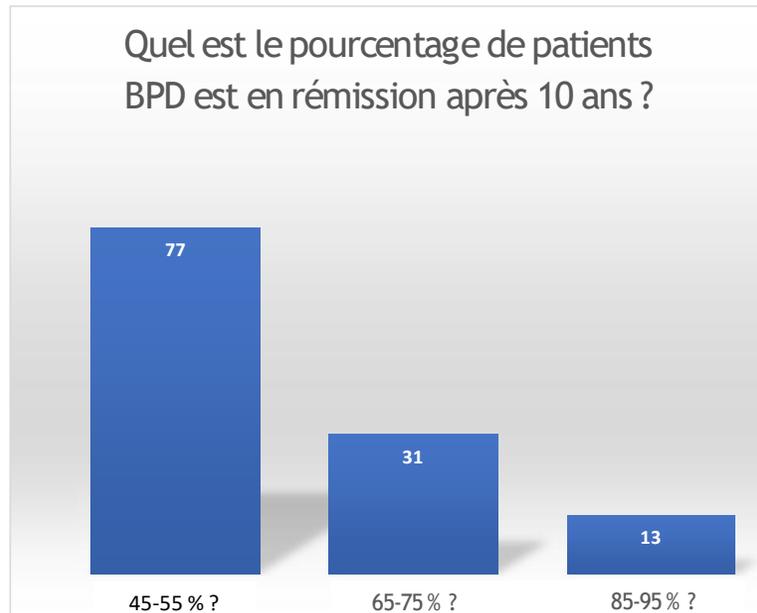


Les principes de bases de l'approche psychothérapique des TPB



- **Un modèle cohérent du TPB** (parle au patient et au thérapeute) **et une approche structurée**
- **Un thérapeute qui adopte une posture active** (non réactive) **empathique et réflexive** (curiosité, humilité) et qui transmet de l'espoir dans le changement
- **Travail sur l'engagement et la responsabilité** (validation/prise en compte des comportements interférents) / **et de la famille**
- **Travail sur les émotions et le lien entre émotions et comportements** (ex: idées suicidaires associées aux sentiments d'abandon) avec des **cibles thérapeutiques claires et explicitées**
- **Renforcer la confiance épistémique**: quelque chose de valable peut être appris en thérapie
- Inclut une composante de **psychoéducation** (patient et entourage)
- **Maintien un focus sur la vie en dehors du traitement**

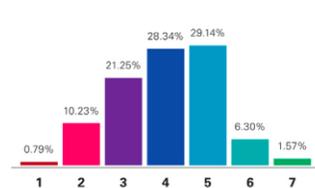
Les mythes persistent



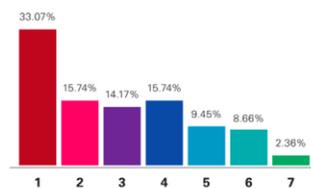
Greiner, C., et al. (2022). "Trouble de la personnalité borderline: état des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale." Encéphale.

Mais les attitudes changent

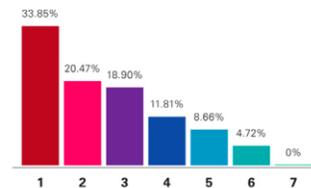
1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord 3 Plutôt pas d'accord 4 Indifférent 5 Plutôt d'accord 6 D'accord 7 Tout à fait d'accord



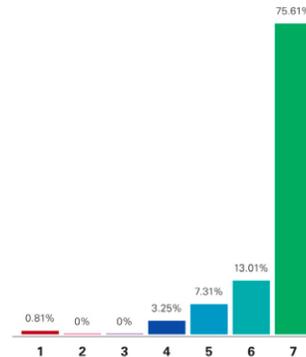
Je me sens professionnellement compétent pour m'occuper des patients borderline.



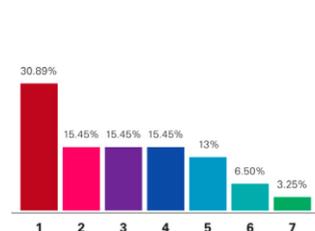
Si j'avais le choix, je préférerais éviter les patients borderline.



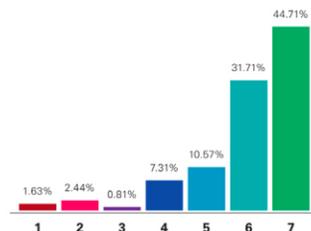
Je n'apprécie pas les patients borderline.



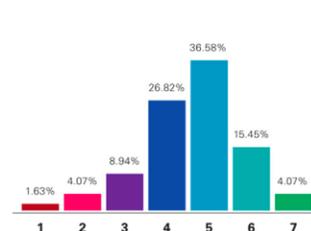
Le TPB est une maladie qui cause des symptômes entraînant de la détresse chez les patients.



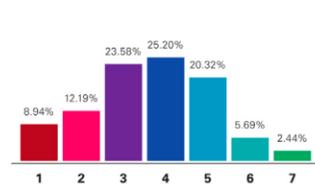
Les patients borderline sont manipulateurs.



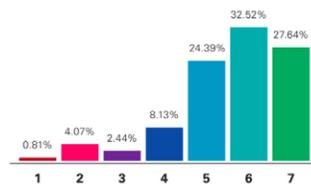
Je pense que les patients borderline ont une faible estime d'eux-mêmes.



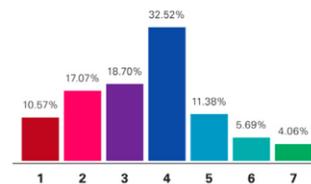
Je pense que je peux faire une différence positive dans la vie des patients borderline.



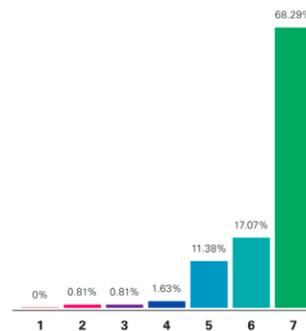
Le pronostic des patients borderline est mauvais.



Certaines psychothérapies sont très efficaces pour les patients borderline.



J'estime bien connaître le TPB.



Je souhaiterais avoir plus de formation sur la prise en charge des patients borderline.

Greiner, C., et al. (2022). "Trouble de la personnalité borderline: état des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale." Encéphale.