ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/277598541

Trouble de la personnalité borderline à l'adolescence

Chapter · June 2015

CITATIONS
0

READS
468

3 authors, including:

Ludovic Gicquel
Centre Hospitalier Henri Laborit
24 PUBLICATIONS **36** CITATIONS

SEE PROFILE

Jean-Philippe Raynaud
Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
228 PUBLICATIONS **168** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Jean-Philippe Raynaud on 03 June 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE CHEZ L'ADOLESCENT

Lionel Cailhol, Ludovic Gicquel & Jean-Philippe Raynaud

Edition en français
Traduction : Alexis Revet
Sous la direction de : Jean-Philippe Raynaud
Avec le soutien de la SFPEADA

Janis Joplin

G A Faris & R M Faris (2001) Living in the Dead Zone: Janis Joplin and Jim Morrison: Understanding Borderline Personality Disorders; Slade Books.

Lionel Cailhol MD, PhD

Consultant psychiatrist, Adult Psychiatry, St Jerome Hospital, St Jerome & Personality Disorder Program, Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal, Québec, Canada

Conflict of interest: none reported.

Ludovic Gicquel MD, PhD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, Henri Laborit Hospital Center, Poitiers & Professor of child psychiatry, University of Poitiers, France

Conflict of interest: none reported.

Jean-Philippe Raynaud MD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, University Hospital Center, Toulouse & Professor of child psychiatry, Paul Sabatier University, Toulouse, France

Conflict of interest: none reported.

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la Creative Commons Attribution Non-commercial License. L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est caractérisé par un mode envahissant et persistant d'instabilité et d'impulsivité. Le TPB suscite beaucoup d'intérêt en termes de recherches depuis plusieurs décennies, autant pour ce qui concerne sa compréhension que sa prise en charge. Bien que l'étiquette de TPB soit fréquemment utilisée en clinique de l'adolescent, son utilisation chez le jeune reste sujette à controverse. Néanmoins, de nombreux auteurs pensent qu'un ensemble d'arguments convergents rend légitime son utilisation dans cette tranche d'âge (Miller et al, 2008).

Dans une perspective didactique, ce chapitre utilise le concept de TPB tel qu'il est défini dans le DSM-5. Mais les lecteurs doivent être avertis des limites de cette approche quelque peu réductionniste par rapport à d'autres conceptualisations de ce trouble. Dans ce chapitre nous mettons l'accent sur la fréquence élevée de ce trouble chez l'adulte et chez l'adolescent ainsi que sur ses conséquences psychologiques. Une section importante est dédiée au diagnostic et au diagnostic différentiel. Le chapitre se termine par une description des stratégies thérapeutiques efficaces.

« Les patients borderline ont longtemps été à la psychiatrie ce que la psychiatrie était à la médecine : un problème important de santé publique, mais sous-évalué, non pris en charge, sans moyens et stigmatisé par la majorité de la discipline. Comme pour la psychiatrie et la médecine, cela est en train de changer. De nouvelles connaissances, de nouvelles attitudes, et d'avantages de moyens offrent un nouvel espoir aux personnes souffrant de trouble de personnalité borderline. » (Kernberg & Michels, 2009

EPIDEMIOLOGIE

Prévalence

La prévalence du TPB est estimée entre 0,7% et 1,8% (Swartz et al, 1990 ; Torgersen, 2001). Une étude en population générale incluant environ 35000 participants a retrouvé pour le TPB une prévalence vie entière de 5,9% en utilisant la version du DSM-IV de l'« Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule » (Grant et al, 1995). Au sein des populations cliniques, les données américaines montrent une prévalence de 6,4% dans des échantillons de médecine générale (Gross et al, 2002), de 10 à 23% chez les patients vus ambulatoires pour troubles mentaux (Korzekwa et al, 2008 ; Swartz et al, 1990) et de 20% chez les patients psychiatriques hospitalisés.

Les données sont rares chez l'enfant et l'adolescent et les échantillons sont encore plus faibles. Une étude française a retrouvé une prévalence élevée du TBP chez les adolescents (10% chez les garçons et 18% chez les filles), en utilisant le DIB-R (« Diagnostic Interview for Borderlines – Revised ») adapté pour les adolescents (Chabrol et al, 2001a). Une étude chinoise a retrouvé une prévalence plus modeste de 2% (Leung & leung, 2009).

- Avez-vous des questions ?
- Des commentaires ?

Cliquez ici pour vous rendre sur la page Facebook du Manuel afin de partager vos vues sur la chapitre avec d'autres lecteurs, poser des questions aux auteurs ou à l'éditeur et faire des commentaires.

Genre et culture

Actuellement, on considère que la prévalence en population générale est la même dans les deux sexes (Leichsenring et al, 2011). En population clinique, les individus de sexe féminin représentent trois quarts de l'ensemble des patients. Certains experts font l'hypothèse que cela pourrait être dû aux difficultés que rencontrent les hommes pour accéder aux soins, et en particulier à la psychothérapie (Goodman et al, 2010). Cela se retrouve également chez les adolescents (Cailhol et al, 2013). Cette particularité n'est pas spécifique au TPB, mais est également retrouvé pour d'autres troubles mentaux (O'Loughlin et al, 2011).

Le concept de TPB est issu des classifications occidentales (européenne et nord-américaine). Pourtant, même dans sa définition, il existe des points de difficulté liés à la culture. Par exemple, le seuil de la labilité émotionnelle peut

être différent dans les pays latins et nordiques ; les symptômes dissociatifs ne sont pas interprétés de la même façon d'un continent à l'autre. Ainsi, les seuils proposés par les cliniciens pour chacun des critères peuvent différer selon leur culture d'origine ou celle de leurs patients. A notre connaissance, les variations d'expression symptomatique du TPB à l'adolescence en fonction de la culture ont peu été explorées.

A travers la Classification Internationale des Maladies, l'Organisation Mondiale de la Santé a encouragé l'utilisation de ce diagnostic à travers le monde, en complément de la validation d'un outil international pour son diagnostic (Loranger et al, 1994). C'est pourtant le modèle nord-américain (promu par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, DSM) qui domine dans les publications de recherche (Maffei, 2006). Les scientifiques de différentes régions du monde continuent à utiliser les critères diagnostiques du DSM, comme l'ont encore prouvé des publications récentes, mettant l'accent sur les difficultés diagnostiques liées à la culture (Rossier & Rigozzi, 2008 ; Wong et al, 2010). La migration ne semble pas augmenter le risque de TBP (Pascual et al, 2008).

Le concept de TPB fait désormais partie intégrante des représentations culturelles des populations occidentales : il s'est popularisé sur Facebook et dans le milieu artistique (par exemple, le livre « Borderline » de Marie-Sissi Labrèche, ou le film « Girl Interrupted » dirigé par James Mangold, basé sur le témoignage de Susanna Kaysen sur son séjour de 18 mois en hôpital psychiatrique.

Le fardeau de la maladie

Le coût annuel, direct et indirect, d'un patient souffrant de TPB a été estimé à 17000$ par an aux Pays-Bas (van Asselt et al, 2007). Cela inclut le traitement, et en particulier les hospitalisations, les arrêts maladies et la perte de productivité. Si l'on prend en compte la prévalence en population générale, les coûts sont substantiels. Néanmoins, ces données européennes ne peuvent être extrapolées au reste du monde, car elles sont le reflet du contexte médico-économique des pays de l'Ouest.

Les conséquences du TPB pour les proches des personnes atteintes dépendent de leur vulnérabilité aux comportements et aux demandes des individus souffrant de TPB. Les familles des adolescents, en particulier, doivent se confronter aux demandes d'autonomie de leur enfant tout en les protégeant et doivent apprendre à gérer les inquiétudes liées aux comportements de prise de risque. Cela peut entraîner un stress considérable (Fruzetti et al, 2005 ; Gerull et al, 2008 ; Hoffman et al, 2005).

En plus des complications physiques liées aux comportements auto-agressifs, les patients souffrant de TPB sont exposés à des risques en relation avec leur impulsivité, le plus souvent liés à des accidents, aux abus de toxiques et aux maladies sexuellement transmissibles (Sansone et al, 1996, 2000a, 2000b, 2001). De plus, l'instabilité dans les relations émotionnelles et interpersonnelles entraîne des problèmes de communication entre les parents et leurs enfants (Guedeney et al, 2008 ; Hobson et al, 2005, 2009 ; Newman et al, 2007). Les études prospectives de mères souffrant de TPB centrées sur les attitudes envers leurs nourrissons et leurs enfants en bas âge montrent une moins grande disponibilité, un niveau plus faible d'organisation de leurs comportements et de leur humeur, et un niveau d'attente plus faible en matière d'interactions positives. Ces mères sont plus souvent décrites comme surprotectrices/intrusives que comme démonstratives/sensitives (Abela et al, 2005 ; McClellan & Hamilton, 2006 ; Newman et al, 2007). Leurs enfants expérimentent des taux plus élevés de séparation parentale et de perte d'emploi comparé à ceux dont les mères souffrent de dépression ou d'autres troubles de la personnalité.

Le développement psychologique des enfants de mères atteintes de TPB est entravé et ils ont tendance à se mettre en retrait par rapport aux personnes qui les environnent (Abela et al, 2005 ; McClellan & Hamilton, 2006). Ces enfants sont moins attentifs, moins intéressés ou avides d'interactions avec leur mère, et font preuves d'un attachement plus désorganisé au cours du Test de la « Situation Étrange » (Abela et al, 2005). Les enfants de mères souffrant de TPB présentent des taux plus élevés d'idées suicidaires (25%) ; le risque pour ces enfants de présenter une dépression est 7 fois plus élevé si leur mère a reçu un double diagnostic de dépression et de TPB (Bradley et al, 2005).

AGE DE DEBUT ET EVOLUTION

Le DSM-5 recommande de ne pas poser le diagnostic de TPB avant l'âge de 18 ans. En pratique, le diagnostic est posé plus tôt lorsque les symptômes sont nets et persistants.

Les études de suivi montrent que la rémission est fréquente - 74% après 6 ans ; 88% après 10 ans (Zanarini et al, 2003a ; 2006) - ce qui interroge le caractère chronique et sans rémission de ce trouble. Il y aurait deux catégories de symptômes, l'une (caractérisée par la colère et le sentiment d'abandon) tend à être stable ou persistante, tandis que l'autre (caractérisée par l'auto-agressivité et les tentatives de suicide) est instable ou moins persistante. Précisons que dans la plupart des cas, « rémission » signifie en réalité une réduction du nombre de symptômes, qui passe sous le seuil diagnostique et pas nécessairement la disparition complète du trouble (Shea et al, 2002).

Le risque de mort par suicide chez les patients souffrant de TPB est estimé entre 4 et 10%. C'est l'un des taux les plus élevés parmi les troubles psychiatriques. Le risque de suicide est plus élevé en cas de cooccurrence d'un trouble de l'humeur ou d'un abus de substance et en cas d'antécédents de tentatives de suicide (paris, 2002). Le suicide semble survenir tardivement dans le cours du trouble, vers 30-37 ans, et rarement durant le traitement (Paris, 2002).

Le fonctionnement de ces sujets est significativement entravé (par exemple, des scores de 50 à l'échelle « Global Assessment of Functionning »), avec de fréquentes pertes d'emploi, des relations instables et des antécédents de viol (Zittel Conklin & Westen, 2005). Le fonctionnement est d'avantage entravé que dans les autres troubles de la personnalité ou que dans la dépression (Skodol et al, 2002 ; Zanarini et al, 2005).

Cliquez sur la photographie pour voir l'histoire d'Emily (10 :43)

Les taux de rémission sont également élevés lorsque le diagnostic est fait durant l'adolescence (Biskin et al, 2011) ; le pic de fréquence des symptômes du TPB se situerait à l'âge de 14 ans (Chabrol et al, 2001b). Pourtant, en dépit des taux de rémission élevés, la présence d'un TPB à l'adolescence est loin d'être anodine. En plus des complications inhérentes au trouble déjà mentionnées, le diagnostic augmente les risques de survenue d'autres événements négatifs. Par exemple, 80% des adolescents avec un TPB présenteront à l'âge adulte un trouble de la personnalité, même si le TPB ne sera présent que chez 16% d'entre eux (Deschamps & Vreugdenhil, 2008).

CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE

La cause du TPB est inconnue, bien que l'on trouve plusieurs hypothèses

Née en 1926 ; décédée en 1962 dans des circonstances tragiques. Elle fut une actrice américaine et devint un sex-symbol absolu. Elle fut élevée par une mère mentalement instable, incapable de s'occuper d'elle financièrement. Elle était en avance de deux ans sur l'âge légal lorsqu'elle épousa son premier mari. Elle fit de nombreuses overdoses et eut de nombreuses relations passionnées. Elle suivit plusieurs traitements psychologiques et fut plusieurs fois hospitalisée en psychiatrie.

explicatives dans la littérature médicale. Les théories les plus largement reconnues sont psychogénétiques, la plupart imprégnées de modèles psychanalytiques. Une des explications initiales était basée sur la théorie de la relation d'objet, défendue en particulier par Otto Kernberg (Clarkin et al, 2006). Plus récemment, la théorie de l'attachement de John Bowlby a apporté des éclairages supplémentaires sur les mécanismes pouvant être à l'origine du TPB (Bateman & Fonagy, 2004), tandis qu'une autre conception met en avant l'importance de la dysrégulation émotionnelle (Linehan, 1993). Enfin, les théories cognitives mettent au premier plan les schémas de pensées dysfonctionnelles appris durant l'enfance et maintenus à l'âge adulte (Young, 1999).

Toutes ces théories insistent sur l'importance du développement émotionnel des individus, marqué par les traumatismes et les carences émotionnelles, conséquences d'un échec d'adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant.

À une échelle épidémiologique, une étude rétrospective a montré une prévalence significative des traumatismes de l'enfance, abus sexuels, séparations prolongées et négligences chez les patients souffrant de TPB (Zanarini et al, 1997). Pourtant, ces expériences ne peuvent pas être interprétées comme des causes directes du TPB. Bien que les traumatismes de l'enfance soient fréquents dans cette population, ils ne sont pas présents systématiquement ; et quand ils existent, ils ne sont pas toujours la cause du TPB. Néanmoins, l'occurrence élevée des traumatismes précoces a permis d'étayer un modèle alternatif, à savoir un trouble post-traumatique résultant de traumatismes chroniques durant l'enfance (Golier et al, 2003). Sans expliquer complètement le trouble, les traumatismes répétés durant l'enfance semblent être un élément fréquent dans les populations de TPB et parmi les patients souffrant de TSPT. Il faut également souligner le fait qu'environ la

moitié des patients avec un TPB remplissent les critères du TSPT.

La séparation maternelle précoce est associée à la fois au TPB et à la persistance dans le temps des symptômes du TPB (Crawford et al, 200ç). Enfin, le TPB a également une composante génétique ; l'héritabilité a été estimée à 47% (Livesley, 1998). Comme dans la plupart des troubles psychiatriques, l'héritabilité du TPB est polygénique. De plus, l'interaction entre les gènes et l'environnement, décrite dans les chapitres précédents, rend difficile l'interprétation de ces données (Steele & Siever, 2010).

DIAGNOSTIC

Symptômes cliniques

Dans un effort pour améliorer la fiabilité diagnostique, le DSM-III (Association Américaine de Psychiatrie, 1981) a introduit un système multiaxial, en plaçant les troubles de la personnalité sur un axe différent, l'axe II – à côté des déficiences intellectuelles – et a décrit le TPB comme un diagnostic séparé. Le DSM-5 (Association Américaine de Psychiatrie, 2013) est revenu sur cette position, abandonnant l'approche multiaxiale. Pour le DSM-5, les caractéristiques principales du TPB sont l'instabilité et l'impulsivité, comme décrit dans le Tableau H.4.1. Pour poser un diagnostic de TPB selon le DSM-5, la présence d'au moins 5 des symptômes listés dans le Tableau H.4.1 est requise. De plus, les modalités

Tableau H.4.1 Critères diagnostiques et dimensions du trouble de la personnalité borderline

	CRITERES DSM-5	DIMENSION
6 -	Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)	Émotionnelle
7 -	Sentiment chronique de vide	
8 -	Colères intenses ou inappropriées, ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)	
3 -	Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi	Cognitive
9 -	Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères	
4 -	Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)	Impulsive
5 -	Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaire, ou d'automutilations	
1 -	Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires	Interpersonnelle
2 -	Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation	

de fonctionnement doivent être persistantes, inflexibles et envahissantes dans une large gamme de situations personnelles et sociales, et doivent entraîner une gêne ou une souffrance significative.

La Classification Internationale des Maladies, 10ème édition (CIM-10) (Organisation Mondiale de la Santé), situe le TPB parmi les « personnalités émotionnellement labiles » et inclut un sous-type impulsif (tableau H.4.2) Les deux classifications exigent que les modalités de fonctionnement soient envahissantes, débutent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et entraînent une gêne significative dans le fonctionnement.

Sous-types

Le DSM-5 ne distingue pas de sous-types dans le TPB. Les sous-types pourraient être définis par les comorbidités. Toutefois, certains chercheurs proposent deux sous-types : *dépendant* et *impulsif*. Le premier serait caractérisé par des relations ambivalentes et instables ; le second par des actes impulsifs dans de nombreux domaines, ce qui inclut le fait de violer la loi. La CIM-10, quant à elle, décrit un sous-type impulsif et un sous-type borderline (voir Tableau H.4.2).

Présentation des symptômes

Il est rare que les patients consultent leur médecin en se plaignant de TPB, même si la publicité sur le trouble dans les médias et sur internet commence à favoriser la prise de conscience de cette maladie dans le grand public. La consultation est souvent liée à un autre problème (par exemple : un abus de substance, des variations d'humeur), à un comportement problématique (par exemple : des troubles du comportement alimentaire, des automutilations) ou à des problèmes relationnels. Bien que les automutilations diminuent avec le temps, elles constituent un symptôme qui, à l'adolescence, oriente particulièrement vers ce diagnostic.

D'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle du TPB

Si l'on suivait les critères du DSM à la lettre, le TPB serait diagnostiqué uniquement chez l'adulte (Gicquel et al, 2011). Pourtant, certains cliniciens considèrent que ce diagnostic peut être posé chez les adolescents, à condition d'accepter une valeur prédictive plus faible que chez les adultes (Bondurant et al, 2004). Du fait des limites des classifications actuelles, il existe des tendances allant vers une conceptualisation dimensionnelle du trouble. Le Tableau H.4.1 montre les critères diagnostiques du DSM-5 et les quatre dimensions qui ont émergé à

L'automutilation est fréquente chez les personnes avec un TPB

Tableau H.4.2 Description selon la CIM-10 de la personnalité émotionnellement labile

F60.3 Trouble de personnalité émotionnellement instable (borderline)

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés.

Deux types peuvent être distingués :

- **Le type impulsif,** caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions.

- **Le type borderline**, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

partir de ces critères.

Dans ce modèle, les troubles de la personnalité seraient envisagés en dernière extrémité en termes de traits de personnalité, allant du normal au pathologique. Une étude de Zanarini et al (2007) met en évidence la stabilité du trouble, la durée moyenne des symptômes et le potentiel de rémission et de guérison ; ces données sont résumées dans le Tableau H.4.3.

Il reste à déterminer si certains adolescents expérimentent des « moments borderline » et si d'autres montrent un fonctionnement ou une organisation marginale. Cela soulève la question du futur des adolescents qui présentent un mode de fonctionnement marginal. Dans une étude, Bronovalova et al (2009) soulignent le risque des diagnostics « stigmatisants » de troubles de la personnalité chez les adolescents, population sujette à de nombreux changements développementaux.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Comorbidités

Une étude internationale en langue française chez des adolescents, menée par l'« European Research Network » sur le TPB (EURNET-BPD), a montré que le TPB est très souvent associé aux comorbidités suivantes : dépression (71,4%), anorexie (40,2%), boulimie (32,9%), abus d'alcool (23,5%) et abus de substance (8,2%). De plus, la présence d'un TDAH comorbide pourrait constituer un marqueur de sévérité (Speranza et al, 2011). Ces données sont similaires à celles rapportées chez les adultes (Zanarini et al, 1998a). Les données du groupe EURNET-BPD ont retrouvé les plus forts taux de comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité pour les personnalités antisociale (22,3%) et évitante (21,2%), résultats toujours similaires à ceux obtenus chez l'adulte (Zanarini et al, 1998b); il existe des différences entre les sexes, à la fois chez l'adolescent et chez l'adulte, avec une prédominance de la comorbidité personnalité antisociale chez les garçons.

Tableau H.4.3 Évolution dans le temps des symptômes du trouble de personnalité borderline.

SYMPTOMES	DUREE MOYENNE	
• Manifestations para-psychotiques • Comportement sexuel à risque • Régression liée au traitement • Problèmes de contre-transfert, relations thérapeutiques « particulières »	0 – 2 ans	Symptômes aigus
• Abus, dépendance à des substances psychoactives • Automutilation • Tentatives de suicide répétées • Exigence • Perturbation sévère de l'identité	2 – 4 ans	
• Relations conflictuelles • Manipulation, sadisme, dévaluation • Instabilité émotionnelle • Expériences de perception inhabituelle, pensées étranges • Sentiment d'abandon, d'annihilation, d'effondrement • Expériences paranoïdes sans hallucination	4 – 6 ans	Symptômes liés au tempérament
• Épisode dépressif majeur, dépression chronique • Sentiment chronique de désespoir, culpabilité • Anxiété chronique • Impulsivité globale • Ne supporte pas d'être seul • Conflit au sujet de la dépendance au soin • Dépendance, masochisme	6 – 8 ans	
• Colère chronique, fréquents accès de colère • Sentiment chronique de solitude, de vide	8 – 10 ans	

Évaluation psychométrique

Il existe de nombreux outils d'évaluation des troubles de la personnalité chez les adultes. Voici une liste des plus largement utilisés :

- SIDP-IV (Sructured Interview for the Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders) (Stangl et al, 1985). La version du DSM-IV est largement utilisée au plan international (Pföhl et al, 1995) et a été utilisée chez es adolescents (Chabrol et al, 2002)
- SCID-II (Structural Clinical Interview for DSM-IV) (First et al, 1997), qui complète le SCID-I, utilisé pour diagnostiquer les troubles de l'axe I
- IPDE (International Personality Disorders Examination) (Loranger et al, 1994) est un entretien semi-structuré qui permet des diagnostics de troubles de la personnalité compatibles à la fois avec la CIM-10 et le DSM-IV
- DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline-Revised) (Zanarini et al, 1990), entretien semi-structuré à 129 items. Bien qu'il ne diagnostique

pas le TPB selon le DSM-IV, il présente une validité et une convergence satisfaisante avec le DSM-IV

- CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessement) : il pourrait être également adapté pour le diagnostic de TPB (Renou et al, 2004)
- Il existe également des auto-questionnaires, qui peuvent être utiles en tant qu'instruments de dépistage, comme le MSI-BPD (McLean Screening Instrument for BPD) et le PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire) (Zanarini et al, 2003b, Hyler et al, 1989)

TRAITEMENT

Plusieurs recommandations sur le traitement du TPB sont disponibles, par exemple, celle de l'American Psychiatric Association (2001) et celle du Nationale Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009). La plupart donne peu de recommandations spécifiques concernant l'adolescent.

Objectifs

Déterminer un programme thérapeutique et des objectifs de traitement constitue la première étape de la prise en charge, qui sera influencée par le degré d'instabilité du patient. En pratique, cela va consister à évaluer les progrès du patient, en débutant par un travail de type gestion de crise afin de parvenir à mieux gérer les crises et les comportements néfastes, pour évoluer ensuite vers un travail sur le long terme, centré sur les aspects de la personnalité. À chaque étape, un contrat thérapeutique est mis en place après que les motivations et les raisons du changement aient été déterminées. Par exemple, réduire le risque de décès constituera un objectif prioritaire par rapport au traitement des symptômes ou à l'amélioration de la qualité de vie. De plus, les référents adultes doivent être impliqués et aider à la prise en charge (par exemple, en supprimant l'accès aux substances toxiques).

Cliquez sur l'image pour accéder aux recommandations de la NICE

Cadre du soin

La prise en charge des adolescents souffrant de TPB *devrait habituellement se faire en ambulatoire*. Une approche séquentielle et éclectique offre une solution pragmatique à la diversité clinique et à l'évolution naturelle du trouble (Gunderson, 2001). Déterminer le cadre du soin implique donc différents aspects :

- Évaluation du risque
- État mental
- Niveau de fonctionnement social
- Objectifs et motivations du patient
- Environnement social
- Comorbidité
- Symptômes prédominants.

En pratique, une *prise en charge hospitalière* peut être envisagée dans les cas avec comorbidités sévères (par exemple : addictions, dépression sévère) et lorsque la prise en charge de crise ou l'hospitalisation de jour ne suffisent pas à étayer le patient. La prise en charge à court terme du risque suicidaire par une hospitalisation est contredite par l'absence de données d'efficacité et par le risque de régression des patients.

En ambulatoire, la prise en charge peut être réalisée par un clinicien seul,

par un partenariat entre un psychiatre traitant et un psychothérapeute, ou encore en hôpital de jour, si cette modalité est accessible. Il est utile que la psychothérapie et la prescription médicamenteuse soient réalisées par des médecins différents. Enfin, le milieu scolaire peut également jouer un rôle dans la prise en charge des adolescents souffrant de TPB en leur offrant de la stabilité ainsi qu'un lieu dans lequel ils peuvent construire leur identité et leurs relations, ingrédients essentiels à l'amélioration de ces patients.

Cliquez sur l'image pour accéder au Recommandations de Pratique Clinique pour la Prise en Charge du Trouble de Personnalité Borderline de 2012 du « National Health and Medical Research Council of Australia ». Cette recommandation contient un nombre considérable d'informations sur les adolescents.

Traitements biologiques

Selon les recommandations de la NICE (2009), les médicaments ne devraient pas être utilisés de façon spécifique pour le trouble de la personnalité borderline ou pour les symptômes individuels ou les comportements associés à ce trouble (par exemple : les automutilations répétées, l'instabilité émotionnelle marquée, les comportements de prise de risque et les symptômes psychotiques transitoires). Toutefois, les troubles comorbides peuvent nécessiter l'utilisation de médicaments. Il faut néanmoins ajouter que les profils d'effets indésirables, la compliance et le risque de mésusage, limitent l'efficacité des médicaments. Enfin, aucun médicament n'a, à notre connaissance, été autorisé dans le traitement du TPB de l'adulte ou de l'adolescent. Cette prudence met en évidence le rôle limité des psychotropes dans la prise en charge globale des TPB.

En plus des opinions d'experts, plusieurs méta-analyses apportent des recommandations (Binks et al, 2006a ; Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011 ; Mercer, 2007 ; Nose et al, 2006 ; Rinne & Ingenhoven, 2007 ; Stoffers et al, 2010). Les substances étudiées comprennent les neuroleptiques, les antidépresseurs, les acides gras oméga-3 et les antiépileptiques. Toutefois, la courte durée des essais, le faible nombre d'études, le nombre important de perdus de vue au cours du suivi, l'absence d'études comparatives et les critères d'inclusion restrictifs dans la plupart des essais contrôlés limitent l'interprétation des résultats.

En ce qui concerne les benzodiazépines, elles peuvent être utilisées de façon ponctuelle, mais présentent chez ces patients des risques considérables d'addiction ou de désinhibition (Association Américaine de Psychiatrie, 2001). D'une façon générale, les traitements sédatifs ne devraient pas être prescrits pour plus d'une semaine dans la gestion d'une crise (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Cela explique la nécessité d'une surveillance intensive et d'un réajustement régulier du traitement, afin d'identifier les médicaments inutiles et de les arrêter progressivement et avec prudence. Les médicaments antipsychotiques, en particulier, ne doivent pas être utilisés en tant que traitement sur le moyen ou sur le long terme (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Néanmoins, sur le court terme, les antipsychotiques peuvent avoir un effet bénéfique sur la perception cognitive des symptômes, la colère et la labilité thymique (Ingenhiven & Duivenvoorden, 2011).

Psychothérapie

Les psychothérapies utilisées pour prendre en charge le TPB ont de nombreux points communs. Par exemple, la plupart met l'accent sur l'importance de poser un contrat de soin en début de thérapie, incluant les manières de gérer les situations à risque, en particulier les crises suicidaires et les contacts entre les sessions (par exemple, le téléphone), sur lequel un accord doit être établi.

Lorsqu'une prise en charge psychologique pour une personne souffrant de TPB est envisagée, les praticiens doivent prendre en compte (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) :

- Le choix et les préférences du patient
- Le degré de répercussion et de sévérité
- La volonté des patients de s'engager dans une thérapie et leur motivation au changement
- Les capacités du patient de tenir le cadre d'une relation thérapeutique
- La disponibilité des soutiens personnels et professionnels.

Différentes approches psychothérapeutiques ont été utilisées dans le TPB, incluant des prises en charge individuelles, de groupe et des traitements de crise. Il n'existe pas de preuve de l'efficacité supérieure d'un type particulier de psychothérapie par rapport à un autre (Binks et al, 2006b ; Leichsenring & Leibing, 2003 ; Leichrensing et al, 2011).

La ***thérapie centrée sur les schémas (SFT)*** cherche à étendre les principes des TCC au traitement des troubles de la personnalité, en insistant particulièrement sur la relation thérapeutique, les états affectifs et thymiques, les styles de coping tout au long de la vie (par exemple, l'évitement et la surcompensation), les thèmes centraux enracinés (c'est-à-dire les schémas mal adaptés qui se mettent en place lorsque des besoins centraux spécifiques pour l'enfant ne sont pas apportés) et sur la discussion approfondie des expériences de l'enfance et des processus développementaux. Une étude a montré, qu'après trois ans de traitement, la SFT était plus efficace que les psychothérapies psychodynamiques basées sur le transfert pour des patients avec TPB (Giesen-Bloo et al, 2006).

Parmi les thérapies de groupe, le ***Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS*** ; Blum et al, 2002, Blum et al, 2008) ou Entrainement des systèmes à la prévisibilité émotionnelle et à la résolution de problèmes, s'appuie sur une approche systémique. Le programme inclut deux phases : un groupe d'habilités de base pendant 20 semaines, et un programme de groupe avancé sur un an, deux fois par mois. Dans ce modèle, le TPB est envisagé comme un trouble de la régulation de l'émotion et du comportement. Le but est que les personnes souffrant de TPB, les autres professionnels qui les prennent en charge, les amis proches et la famille accèdent à un langage commun pour communiquer clairement sur le trouble et sur les techniques disponibles pour le gérer. Cela aide à éviter le « clivage » (un mécanisme de défense primitif dans lequel la personne externalise ses conflits internes en cherchant à forcer les gens qui l'entourent à prendre parti ou à être « bon » ou « mauvais »).

La ***Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT)*** est une thérapie psychodynamique développée par Bateman et Fonagy (1999, 2004). La « Mentalisation » dans ce modèle signifie la capacité à différencier et à séparer ses propres pensées et sentiments de ceux des personnes qui nous environnent. Les différents aspects de la mentalisation sont mis en avant et sont renforcés et mis en pratique dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Du fait de son caractère psychodynamique, cette thérapie tend à être moins directive que les TCC.

La ***Psychothérapie Basée sur le Transfert (TFP)*** est une autre approche psychodynamique. La TFP soutient qu'il existe une structure psychologique

Repères pour la prise en charge :

- **Soutien**. Étant données les demandes importantes de ces patients à l'égard des praticiens, le travail en équipe rend leur prise en charge plus facile. Si une équipe n'est pas disponible, une supervision régulière ou la possibilité de consulter des collègues pour des conseils est fortement recommandée.
- **Continuité**. La continuité des soins dans la durée est essentielle, car les prises en charges durent habituellement plusieurs années plutôt que quelques semaines ou quelques mois. La construction d'une relation thérapeutique nécessite de la fiabilité de la part des professionnels soignants.
- **Clarté du cadre.** Le praticien et le patient doivent tous les deux comprendre clairement le travail en cours, ses limites et la façon de le conduire.
- **Responsabilité**. Bien que le comportement du patient et même le diagnostic tendent à encourager les systèmes (famille, thérapeutes, institutions) à déresponsabiliser les patients, il est utile de se souvenir que l'augmentation de leur contrôle émotionnel implique le fait d'accepter progressivement d'avantage de responsabilité.

Traitement basé sur la mentalisation (MBT)

La MBT est un programme de thérapie psychodynamique qui s'appuie sur la théorie de l'attachement. Il postule que les attachements désorganisés entraînent un manque dans les capacités de mentalisation. La MBT a été la première psychothérapie élaborée spécifiquement pour les patients borderline. Elle est actuellement utilisée dans des indications plus larges telles que les troubles de la personnalité ou la dépression. Le traitement consiste en une thérapie de groupe associée à une thérapie individuelle, toutes deux sur une base hebdomadaire, habituellement dans le cadre d'un hôpital de jour. Le but est d'accroître les capacités du patient à représenter ses propres ressentis et ceux des autres, en particulier dans les situations difficiles sur le plan émotionnel. Les objectifs principaux de la MBT sont d'améliorer la gestion des affects et le contrôle comportemental. Cela permet aux patients d'atteindre leurs objectifs de vie et de développer des relations plus intimes et gratifiantes.

Contrairement aux autres approches psychodynamiques, on ne se centre pas sur le transfert ou sur les relations passées, le but n'est pas de développer l'insight biographique, mais de retrouver des capacités de mentalisation. Les thérapeutes cherchent à promouvoir un lien d'attachement sécure entre les membres du groupe ainsi qu'entre les patients et les thérapeutes. Cet attachement sécure permet un contexte relationnel dans lequel on peut explorer son esprit et celui des autres.

Cliquez sur l'image pour accéder à des informations sur la thérapie basée sur la mentalisation

Figure H.4.1 : Résumé comparatif des différentes psychothérapies dans le traitement des troubles de personnalité borderline.

Cliquez sur la photo pour accéder à un article du New York Times sur la lutte de Marcia Linehan contre son TPB et la naissance de la Thérapie Dialectique Comportementale

spécifique sous-jacente aux symptômes spécifiques du TPB. Dans ce type d'organisation psychologique, les pensées et les sentiments à propos de soi et des autres sont clivés en expériences dichotomiques bonnes ou mauvaises, noires ou blanches, en « tout ou rien ». Comme ces états de type « tout ou rien » déterminent la nature des perceptions des patients, le clivage entraîne des relations interpersonnelles chaotiques, des comportements impulsifs autodestructeurs, ainsi que d'autres symptômes du TPB. Le traitement - consistant en des sessions de psychothérapie individuelle bihebdomadaires - se centre sur le transfert car il est supposé que les patients revivent leur relation d'objet dyadique prédominante dans le transfert (Clarkin et al, 2007).

Chez les adolescents, la ***Thérapie Cognitive Analytique (CAT*** ; Ryle, 2004 ; Ryle & Beard, 1993) a démontré une efficacité similaire à un traitement « basé sur un manuel de bonne pratique clinique de soin » (Chanen et al, 200 !). La CAT est un traitement relativement bref, avec une durée de 16 à 24 semaines.

Il reste à évaluer si le fossé entre le nombre des possibilités de prise en charge et leur disponibilité dans la pratique clinique s'accroît ou diminue. Le manque de preuve pour ces traitements peut au premier abord décourager les praticiens et les conduire à ignorer ou à rejeter les options psychothérapeutiques. Il est alors important de se souvenir qu'une prise en charge délivrée de façon compétente - c'est-à-dire de façon conforme aux recommandations - semble donner des résultats aussi bons que ceux obtenus avec des procédures thérapeutiques plus complexes (McMain, 2007).

Cliquez sur la photo ci-dessus pour accéder au site du TARA, qui fournit des informations pour les patients et les familles (en anglais).
Cliquez sur la photo ci-dessous pour accéder au site qui fournit les mêmes informations en français.

Autres traitements

De nombreuses équipes travaillent à travers le monde pour essayer de développer des traitements de plus courte durée, coûtant moins cher et plus facilement acceptable par les patients que les psychothérapies traditionnelles de

longue durée (voir Figure H.4.1). Des formes condensées des traitements de longue durée pourraient apporter de l'aide à un maximum de patients. Dans le même ordre d'idée, la psycho-éducation et les groupes de consommateurs pourraient offrir des alternatives de qualité à un moindre coût. Mettre en place une hotline permanente pour offrir un soutien dans les moments difficiles, peut-être à un niveau régional voire même national, pourrait être efficace. Enfin, les services de prévention pourraient développer des stratégies pour aider les parents dans l'idée de diminuer l'incidence de ces troubles chez les enfants.

CONCLUSION

Le TPB est un trouble qui peut être présent chez les adolescents ; on retrouve la même gamme de symptômes et de complications que chez l'adulte. Pourtant, le TPB est encore davantage susceptible d'évolution dans cette tranche d'âge. Une prise en charge psychothérapique entraîne une diminution des symptômes dans la plupart des cas. Le défi est de détecter les patients qui sont le plus à risque de développer des troubles sévères et de leur offrir les soins les plus complets qui soient accessibles.

REFERENCES

Abela JR, Skitch SA, Auerbach RP et al (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders,* 19**:**68-83.

American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiary on Line.*

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Bateman A, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry,* 156**:**1563-1569.

Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder.* New York, NY: Oxford University Press.

Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG et al (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21:1335-1353.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews***,** CD005653.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006b). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews***,** CD005652.

Biskin R, Paris J, Renaud J et al. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry,* 20:168-174.

Blum N, Pföhl B, John DS et al (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry,* 43**:**301-310.

Blum N, St John D, Pföhl B et al (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry,* 165**:**468-478.

Bondurant H, Greenfield B, Tse T (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Canadian Child Adolescent Psychiatry Review,* 13**:**53-57.

Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 24-31.

Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R et al (in press). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*.

Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2001a). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale,* 27**:**120-127.

Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2002). [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale,* 28**:**520-524.

Chabrol H, Montovany A, Chouicha K et al (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry,* 46**:**847-849.

Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK et al (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry,* 193**:**477-484.

Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality.* Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry,* 164**:**922-928.

Crawford TN, Cohen PR, Chen H et al (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology,* 21**:**1013-1030.

Deschamps PK, Vreugdenhil C (2008). [Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review]. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 50**:**33-41.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology,* 17**:**1007-1030.

Furnham A, Milner R, Akhtar R et al (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology* 5:1646-1686.

Gerull F, Meares R, Stevenson J et al (2008). The beneficial effect on family life in treating borderline personality. *Psychiatry,* 71: 59-70.

Gicquel L, Pham-Scottez A, Robin M et al (2011). [*Etats limites à l'adolescence: diagnostic et clinique*]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 59:316-322.

Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P et al (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry,* 63**:**649-658.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry,* 160:2018-2024.

Goodman M, Patil U, Steffel L et al (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice,* 16:155-163.

Grant B, Harford T, Dawson D et al (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence,* 39**:**37-44.

Gross R, Olfson M, Gameroff M et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medecine,* 162**:**53-60.

Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V et al (2008). [Attachment process between an infant and his/her mother: the first year]. *Archives de Pediatrie,* 15 (sup 1):S12-S19.

Gunderson JG (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide,* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Hobson RP, Patrick M, Crandell L et al (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology,* 17**:**329-347.

Hobson RP, Patrick M, Hobson JA et al (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry,* 195:325-330.

Hoffman PD, Fruzetti A, Buteau E et al (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process,* 44**:**217-225.

Hyler SE, Rieder RO, Williams JB et al (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry,* 30**:**170-178.

Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31:489-496.

Kernberg OF, Michels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 166:505-508.

Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry,* 49**:**380-386.

Leischsenring F, Leibing E (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry,* 160**:**1223-1232.

Leischsenring F, Leibing E, Kruse J et al (2011). Borderline personality disorder. *Lancet,* 377**:**74-84.

Leung SW, Leung F (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders,* 23**:**494-513.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry,* 48:1060-1064.

Livesley WJ (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry,* 55**:**941-948.

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry,* 51**:**215-224.

Maffei C (2006). Personality disorders in Europe and USA: same diagnosis, different sights. *In:* VIIth European ISSPD Congress, June, Prague.

McClellan J, Hamilton JD (2006). An evidence-based approach to an adolescent with emotional and behavioral dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 45**:**489-493.

McMain S (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry,* 52 (sup):103S-114S.

Mercer D (2007). Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Current Psychiatry Report,* 9**:**53-62.

Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28:969-981.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Online]. Available: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf

Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR et al (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 41**:**598-605.

Nose M, Cipriani A, Bianscosino B et al (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology,* 21**:**345-353.

O'Loughlin RE, Duberstein PR, Veazie PJ et al (2011). Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatric Services*, 62:740-746.

Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services,* 53:738-742.

Pascual JC, Malagon A, Corcoles D et al. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *British Journal of Psychiatry,* 193**:**471-476.

Pföhl B, Blum H, Zimmerman EA (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV*). Iowa city: Department of Psychiatry, University of Iowa.

Renou S, Hergueta T, Flament M et al (2004). [Structured diagnostic interviews in child and adolescent psychiatry]. *Encephale,* 30**:**122-134.

Rinne T, Ingenhoven NT (2007). *Pharmacotherapy of Severe Personality Disorders: A Critical Review.* Cambridge: Cambridge University Press.

Rossier J, Rigozzi C (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:534-544.

Ryle A (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 18**:**3-35.

Ryle A, Beard H (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology,* 66:249-258.

Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *Southern Medical Journal*, 89:1162-1165.

Sansone RA, Gentile J, Markert R (2000a). Drug allergies among patients with borderline personality symptomatology. *General Hospital Psychiatry,* 22**:**289-290.

Sansone RA, Songer DA, Gaither GA (2000b). Medically self-harming behavior and its relationship to borderline personality among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 188**:**384-386.

Sansone RA, Whitecar P, Meier BP et al (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry,* 23**:**193-197.

Shea MT, Stout R, Gunderson J et al (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry,* 159**:**2036-2041.

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 159**:**276-283.

Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S et al (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry,* 11:158.

Stangl D, Pföhl B, Zimmerman M et al (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry,* 42**:**591-596.

Steele H, Siever L (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports,* 12**:**61-67.

Stoffers J, Vollm BA, Rucker G et al (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews***,** CD005653.

Swartz MBD, George L, Winfiel I (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders,* 4**:**257-272.

Torgersen S (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry,* 58**:**590-596.

Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A et al (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Journal of Psychiatry,* 22**:**354-361.

Wong HM, Leung HC, Chow LY et al (2010). Prevalence of borderline personality disorder and its clinical correlates in Chinese patients with recent deliberate self-harm. *Journal of Personality Disorders,* 24**:**800-811.

World Health Organization (2000). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.

Young JE (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:161-167.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154:1101-1116.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo E et al (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 155**:**1733-1739.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry,* 39 :296-302.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 160**:**274-283.

Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders,* 17**:**568-573.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders,* 19**:**19-29.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 163**:**827-832.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry,* 164**:**929-935.

Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry,* 162:867-875.

View publication stats