

Diagnostic différentiel du Trouble de la Personnalité Borderline

Tableau de contenu

1. Définition du Trouble de la Personnalité Borderline (TPB)	2
2. Diagnostic différentiel	4
2.1 TPB et Personnalité Narcissique	4
2.2 TPB et Personnalité Schizotypique	8
2.3 TPB et Personnalité Histrionique	10
2.4 TPB et Trouble Bipolaire	13
2.5 TPB et Etat de Stress Post-Traumatique	16
2.6 TPB et Haut Potentiel	19
2.7 TPB et Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité	23
3. Bibliographie	26

1. Définition du Trouble de la Personnalité Borderline

Dans le DSM, la description clinique de Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) se trouve dans le groupe B des troubles de la personnalité. Ces personnes sont caractérisées par leur comportement dramatique, émotionnel ou erratique. On y retrouve également le trouble de la personnalité antisociale, histrionique et narcissique. Il s'agit principalement de problèmes au niveau de *l'identité de soi* et du *fonctionnement interpersonnel*.

Critères et dimensions du TPB. DSM-IV-R (1994)

Il peut être diagnostiqué quand existent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels et imaginés
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes de déréalisation excessive et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistance de l'image ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie
5. Répétition de comportements, de gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilation
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur « dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours »
7. Sentiment chronique de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère « fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées »
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Évolution du tableau clinique du TPB :

Évolution de 0-2 ans: On peut constater des manifestations parapsychotiques, des conduites sexuelles à risque, des régressions liées aux traitements et des problèmes contre-transférentiels/reactions thérapeutiques « spéciales ».

Évolution de 2-4 ans: On peut observer des abus et des dépendances aux substances psychoactives, des automutilations et des tentatives de suicide répétées, de l'exigence et un trouble sévère de l'identité.

Évolution de 4-6 ans: Les relations peuvent devenir orageuses ; On peut observer de la manipulation, du sadisme et de la dévalorisation, de l'instabilité affective, des expériences perceptives inhabituelles et des pensées bizarres. On note également les sentiments d'abandon, d'annihilation et d'effondrement ainsi que des expériences paranoïaques non-hallucinatoires.

Évolution de 6-8 ans: On peut objectiver un épisode dépressif majeur ou de la dépression chronique, des sentiments chroniques de désespoir et de la culpabilité. La personne peut également souffrir d'anxiété chronique. On remarque éventuellement une impulsivité globale, une intolérance à la solitude et des conflits autour des soins ou de la dépendance aux soins.

Évolution de 8-10 ans: On peut observer de la dépendance ou du masochisme, de la colère chronique ou les crises de colères fréquents, ainsi qu'un sentiment chronique de solitude et de de vide.

L'organisation limite de la personnalité chez la personne avec un TPB

Intégration de l'identité: Syndrome d'identité diffuse: perceptions contradictoires de soi et d'autrui peu intégrées et maintenues séparées

Mécanismes de défense: Mécanismes de bas niveaux: clivage, déni, idéalisation primitive, identification projective, omnipotence, dévalorisation

Épreuve de réalité: Altération de l'épreuve de réalité dans les relations objectales proches: perceptions et réactions inappropriées, psychose de transfert

Dans le chapitre 'diagnostic différentiel', nous aborderons les différents troubles qui, par leur symptomatologie, peuvent 'frôler' le tableau clinique du TPB. On les retrouve également souvent en comorbidité. Selon Kernberg & Yeomans (2013), le diagnostic différentiel, essentiel pour un traitement rigoureux, se fait en étudiant la symptomatologie dépressive, la présence et la nature de suicidalité, la présence ou absence de réelles périodes maniaques et hypomaniaques, les fonctions cognitives, la qualité des relations interpersonnelles, les caractéristiques du trouble de la personnalité, le rôle d'abus de substances et finalement la présence ou absence ainsi que le type de comportement anti-social. Nous avons tenté d'intégrer ces paramètres dans des tableaux comparatifs en s'appuyant sur les différents niveaux proposés par Delbroeck (2019).

2. Diagnostic différentiel

2.1 TPB et Personnalité Narcissique

	TPB	Personnalité Narcissique
Ratio homme/femme	1/1	50-75% chez les hommes
Prévalence	<p>-1,6% – 5,9% de la population générale, 10% des patients psychiatriques ambulatoires et 20% des patients psychiatriques hospitalisés. (Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019)</p> <p>-TPB est le trouble de la personnalité le plus fréquent.</p> <p>Il représente 15 – 50% des patients hospitalisés en psychiatrie et 11% des patients psychiatriques ambulatoires (Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi & Rouillon, 2008).</p>	<p>-Delbrouck : 1% de la population générale et 2 à 6% de la population psychiatrique</p> <p>-Yrondi, Rouyre & Schmitt, 2015: 8 à 9 % chez les étudiants, 0,1 à 5 % en population générale</p> <p>-Guilé, Mbekou, Fortier, Cornez, Bergeron & Sayegh, 2002 : le trouble de la personnalité le plus sévère chez les jeunes de 9-18 ans</p>
Étiologie	<p>-Événements dévastateurs pendant l'enfance, divorce, abandon ou décès, alcoolisme familial ou violence</p> <p>-Kernberg : une incapacité innée de supporter l'anxiété associée à une conduite agressive héritée particulièrement forte</p> <p>-Linehan & Koerner : prédisposition biologique innée pour la dérégulation émotionnelle : une sensibilité accrue aux stimuli émotionnels</p> <p>-Études de jumeaux : gènes et environnement</p>	<p>-Les parents ont traité l'enfant de manière froide, sans empathie, malveillante, mais néanmoins 'spéciale'.</p> <p>- Guilé, Mbekou, Fortier, Cornez, Bergeron & Sayegh, 2002: le développement de l'enfant s'effectue en vue de satisfaire les besoins narcissiques parentaux au détriment des besoins de l'enfant.</p> <p>- Yrondi, Rouyre & Schmitt, 2015: l'égo-culture ? : une société qui tourne le dos aux intérêts communs...l'individu se replie sur un idéal de consommation, de possession et de séduction par l'immédiateté que suscitent les réseaux sociaux et la médiatisation...et aussi toutes les nouvelles formes de concours ou de compétition...</p>
Hérédité	Avis divergents	Luo, Cai & Song (2014): les deux dimensions du narcissisme, la grandiosité intrapersonnelle et le droit interpersonnel sont héréditaires et largement indépendants en ce qui concerne leur source génétique et environnementale.
Âge d'apparition	Pendant l'adolescence	Pas de diagnostic avant 18 ans

<p>Risque de suicide</p>	<p>Taux de 10% (Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi & Rouillon, 2008)</p>	<p>-Il s'agit d'une préparation dangereuse, chronique et méthodologique d'une tentative de suicide chez le syndrome de narcissisme maligne où le suicide peut être considéré comme le triomphe final sur les autres, motivé par une jalousie intense.</p> <p>-Le suicide peut aussi avoir lieu en absence de dépression, en protection du self grandiose (Ruth De Pau, 2008).</p>
<p>Symptomatologie</p>	<p>-manque d'identité intégrée, diffusion d'identité</p> <p>-La personne présente différents aspects de son monde interne d'un moment à l'autre.</p> <p>Un noyau d'omnipotence se cache derrière une représentation de soi manifeste dévaluée.</p> <p>-le 'self' est à risque de dissolution en un état psychotique pendant des moments de stress ou sous l'influence de substances psychoactives.</p> <p>-difficulté au niveau de la <i>mentalisation</i></p> <p>-impulsivité</p> <p>-tolère mal l'anxiété</p> <p>-relations interpersonnelles, professionnelles et intimes difficiles. Les relations sont compliquées, contradictoires mais emmêlées.</p> <p>-attitude très ambivalente mais relation dépendante</p> <p>-comportement parasuicidaire et automutilation</p> <p>-si comportement antisocial : facteur de pronostic négatif</p>	<p>Akhtar & Thomson (1982)</p> <p>-manque d'identité intégrée</p> <p>-masque la fragmentation et la faiblesse de son identité sous un 'self' grandiose ('inflated self-concept') fragile qu'il montre au monde et à soi-même</p> <p>-le 'self' est plus cohésif et moins en danger de fragmentation régressive</p> <p>-manque d'empathie à cause du déficit de <i>mentalisation</i> concernant l'Autre mais pas par rapport à soi-même</p> <p>-meilleur contrôle pulsionnel que PB</p> <p>-meilleure tolérance d'angoisse</p> <p>-meilleur ajustement social, adaptation professionnelle. Donc isolement social, même si, à l'extérieur, il fait partie d'un réseau social intense. Perte d'amis, absence de relations à long terme</p> <p>-refus de relation de dépendance</p> <p>-manque d'investissement relationnel sauf dans la relation exploiteuse et parasitaire</p> <p>-attitude distante</p> <p>-demandes excessives et impossibles à satisfaire</p> <p>-dénigrement persistant de ce qui est reçu (Kernberg dans Guilé, Mbekou, Fortier, Cornez, Bergeron & Sayegh, 2002).</p> <p>-absence d'automutilation et crises de colère</p> <p>-comportement antisocial :</p> <p>Dans le syndrome de narcissisme maligne :</p>

	<p>-Fluctuation relationnelle entre dépendance et idéalisation d'une part et rejet colérique d'autre part sans attitude méprisante ou rejet chronique</p> <p>-Mécanisme de défense central : clivage, ou dissociation active de self contradictoire et représentation d'objet</p> <p>Si comorbidité TPB-TPN : relations interpersonnelles instables, incapacité d'aimer, manque d'empathie, perception égocentrée de la réalité, demande d'attention</p>	<p>agressivité égo-syntonique, paranoïa et traits anti-sociaux</p> <p>-Fluctuations extrêmes entre sentiments sévères d'infériorité et échec et les réactions dépressives correspondantes d'une part et sentiment excessif de supériorité et de grandiosité correspondant à un comportement méprisant et rejet d'autre part</p> <p>-Mécanisme de défense central : clivage, ou dissociation active de self contradictoire et représentation d'objet</p> <p>TPN chez l'enfant et l'adolescent : comportement et idées grandioses, relations perturbées avec les pairs et adultes, une hypersensibilité à l'échec et à la critique et un défaut d'intégration des normes morales et sociales. (Guilé, Mbekou, Fortier, Cornez, Bergeron & Sayegh, 2002)</p>
Traitement psychologique	<p>Possibilités thérapeutiques recourant à la théorie de l'attachement (Vinet, Rahioui, & Louppe, 2018): la Thérapie Basée sur la Mentalisation (TBM), la Thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement, la Thérapie des Schémas</p>	<p>-La personne ne cherche pas de traitement sauf quand dépression, abus de substance et/ou alcoolisme ou autre problème de santé</p> <p>-Chez le jeune narcissique : la psychothérapie d'inspiration psychanalytique est biaisée par les mécanismes défensifs impliqués dans le maintien de l'image de soi grandiose. (Yrondi, Rouyre & Schmitt, 2015)</p>
Traitement médicamenteux	<p>L'halopéridol pourrait diminuer les sensations de colère. Le flupentixol pourrait diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire. Parmi les neuroleptiques atypiques, l'aripiprazole pourrait diminuer les problèmes interpersonnels, l'impulsivité, la colère, les symptômes psychotiques de type parano, la dépression et l'anxiété.</p> <p>L'olanzapine pourrait diminuer l'instabilité, la colère, les symptômes psychotiques de type parano</p>	<p>Anti-dépresseur si comorbidité</p>

	<p>et l'anxiété, même si le placebo avait un plus grand effet sur l'idéation suicidaire. Parmi les thymorégulateurs, le valproate pourrait améliorer la dépression et les problèmes interpersonnels et diminuer la colère.</p> <p>Le topiramate pourrait améliorer les problèmes interpersonnels, l'impulsivité, l'anxiété et l'image de soi. La lamotrigine pourrait diminuer l'impulsivité et la colère. La carbamazépine semble totalement inefficace.</p> <p>Si dépression comorbide : l'amitriptyline et l'alprazolam, mais pas la miansérine, la fluoxétine, la fluvoxamine, la sertraline et la phénelzine.</p> <p>Les acides gras oméga-3 contre le passage à l'acte suicidaire et pour améliorer la dépression</p>	
--	---	--

2.2 TPB et Personnalité Schizotypique

	TPB	Personnalité Schizotypique
Ratio homme/femme	1/1	Légèrement plus fréquent chez l'homme
Prévalence	-Comorbidité TPB-PS : 25-50% (Ford & Courtois) -Le TPB est une préoccupation essentielle dans le domaine de la santé : 1 ?5-6% de la population générale, 10% en ambulatoire et 20% en unité d'hospitalisation (Vinet, Rahioui & Louppe, 2018).	Delbrouck : 3% de la population générale Parfois faux diagnostic chez la personne avec des croyances religieuses fortes
Etiologie	-Implication du cingulum : Surtout postérieur -Fruzzetti, Shenk & Hoffman : Rôle central des interactions familiales -Contexte traumatique et suicidalité Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019)	-Implication du cingulum : -L'étiologie est considérée comme principalement biologique car elle partage bon nombre des anomalies du cerveau caractéristiques de la schizophrénie. Elle est plus fréquente parmi les parents de 1er degré des sujets schizophrènes ou porteurs d'une autre psychose (Manuel MSD).
Hérédité	Avis divergents	Le trouble se manifeste plus au sein d'une même famille. Facteurs biologiques, génétiques, sociaux et psychologiques (personnalité, tempérament, coping skills)
Age d'apparition	Pendant l'adolescence	Début de l'âge adulte
Risque de suicide	-40-85% : tentative de suicide Moyenne de 3 tentatives/personne -5-10% de suicide accompli Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019) -Si comorbidité avec trouble dépressif majeur et trouble d'abus de substance : prédicteur le plus important pour comportement suicidal	10% : suicide accompli
Symptomatologie	Cognition perturbée (Goldstein, Haznedar, et al., 2019)	Cognition perturbée DSM IV : -idées de référence -croyances bizarres ou pensée magique

	<ul style="list-style-type: none"> -affects intenses et labiles -ruptures interpersonnelles -angoisse massive -grande impulsivité -actes auto-destructeurs 	<ul style="list-style-type: none"> -perceptions inhabituelles -pensée et langage bizarres -idéation méfiante ou persécutoire -inadéquation ou pauvreté des affects -comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier -absence d'amis proches ou de confidents -anxiété excessive en situation sociale
Traitement psychologique	<ul style="list-style-type: none"> -Thérapie comportementale dialectique et la thérapie psychodynamique -Intérêt des hospitalisations partielles à orientation analytique (Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi & Rouillon, 2008). 	<ul style="list-style-type: none"> -La personne ne cherche pas de traitement. -Thérapie conversationnelle, apprentissage d'aptitudes sociales et d'un meilleur vécu du trouble qui est chronique -La thérapie de groupe est déconseillée.
Traitement médicamenteux	<p>Les résultats sont moins probants. Les neuroleptiques à faible dose ne sont efficaces que s'il y a des tendances aux interprétations. Le thioxanthène et les benzamides substitués qui ont une action sur l'anxiété et la dépression seraient plus indiqués. (Darcourt, 2008)</p>	<p>Les neuroleptiques à faible dose (par exemple 1 à 2 mg d'halopéridol) améliorent les troubles du cours de la pensée, les difficultés de communication, les idées de référence, l'isolement social ainsi que l'anxiété. (Darcourt, 2008)</p> <p>-Faibles doses de rispéridone (Pelissolo & Jost, 2011)</p>

2.3 TPB et Personnalité Histrionique (trouvant ses racines dans l'hystérie = état d'émotivité excessive)

	TPB	Hystérie
Ratio homme/femme	1/1	Plus de femmes (en milieu clinique) <i>mais</i> biais de sélection?: les femmes cherchent plus de traitement à cause de la comorbidité, par ex. la dépression
Prévalence	6% dans le population générale, 15,2 % parmi les étudiants et 40% des patients suivant une psychothérapie (Wongpakaran, Wongpakaran & Kuntawong, 2019). -comorbidité fréquente -Westen & Heim ont proposé un sous-type de TPB avec des caractéristiques histrioniques proéminentes.	-2 à 3% de la population (Ferguson & Negy, 2014) -Influence culturelle -comorbidité fréquente : ex : avec le trouble de la personnalité narcissique (sans le comportement antisocial et criminel), le trouble de la personnalité dépendante (sans l'aspect théâtral), les troubles somatiques, les troubles dissociatifs et les troubles de l'humeur
Etiologie	-Traumatisme : toute situation de négligence parentale, abus d'alcool et de substances, divorce, abus physique, sexuelle ou émotionnelle pendant l'enfance. (Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019) -Modèle biopsychosocial : Le mauvais contrôle des impulsions et la sensibilité émotionnelle sont des vulnérabilités biologiques très précoces (Vinet, Rahioui, & Louppe, 2018): <ul style="list-style-type: none"> • le dérèglement général des émotions est encouragé et maintenu par un contexte de développement invalidant ; • les transactions réciproques entre la vulnérabilité biologique et les risques environnementaux potentialisent la dérégulation émotionnelle et conduisent à un dérèglement extrême du contrôle des comportements ; • il existe des facteurs de risque comportementaux très précoces chez les TPL ; 	Style d'attachement anxieux= cause ou manifestation du trouble ? Style parental plus contrôlant ? (Smith & Lilienfeld, 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> certains traits et comportements spécifiques des TPL sont repérables plus précocement que le diagnostic complet et peuvent exacerber le risque d'un TPL. 	
Hérédité	Avis divergents	modérée mais aussi facteurs environnementaux
Age d'apparition	adolescence	début de l'âge adulte (Smith & Lilienfeld, 2017)
Risque de suicide	Le risque de passage à l'acte est lié à l'impulsivité.	La personne peut présenter des gestes suicidaires manipulateurs (ce critère a cependant été enlevé dans le DSM-IV) et exprimer des menaces pour obtenir de l'attention, mais se suicide rarement.
Symptomatologie	<p>-difficultés relationnelles</p> <p>-dérégulation émotionnelle et difficultés au niveau des relations intimes suite au déficit de <i>mentalisation</i> (Allen e.a. dans Ritzl, Csukly, Balázs & Égerházi, 2018)</p> <p>-dépendance, instabilité affective</p> <p>-attributions illogiques dans la représentation peu différenciée de l'Autre et attentes malveillantes</p> <p>-relations remplies de colère</p> <p>-92% : attachement insécurité qui se manifeste essentiellement par les <i>styles préoccupé et désorganisé</i> (craintif) (Vinet, Rahioui & Louppe, 2018).</p> <p>-alexithymie responsable de la régulation perturbée du self et de l'automutilation</p> <p>-conduites sexuelles à risque cadrant dans l'impulsivité</p> <p>-dépression</p> <p>-sentiment de vide</p> <p>-dysthymie</p>	<p>-théâtralisation, nature extravertie</p> <p>-recherche d'attention</p> <p>-suggestibilité</p> <p>-parole vague et généralisée 'hyperbolic speech', opinions peu nuancées (Smith et Lilienfeld, 2017)</p> <p>-difficulté à maintenir des relations profondes, mutuellement satisfaisantes</p> <p>-labilité émotionnelle</p> <p>-dépendance affective et manipulation</p> <p>-L'égoïsme et le style de pensée globale /peu détaillé influencent probablement les processus de mentalisation, tout comme l'attachement mère-enfant (<i>style préoccupé</i>) souvent très problématique (mais pas de preuve scientifique).</p> <p>-alexithymie (Ritzl e.a., 2018)</p> <p>-troubles de la sexualité</p> <p>-risque de dépression et angoisse</p> <p>-dysthymie</p>

	<p>-Il/elle se considère comme une mauvaise personne.</p> <p>-manque de confiance en soi</p>	<p>-Il/elle ne se considère pas comme une mauvaise personne.</p> <p>-manque de confiance en soi</p> <p>-mythomanie</p> <p>-risque hypochondriaque (Ferguson & Negy, 2014)</p> <p>-recherche de nouveauté et de stimulus</p>
Traitement psychologique	<p>-La personne recherche du traitement quand la suicidalité, la dépression clinique majeure, le trouble bipolaire ou psychotique surviennent ou quand il y a risque d'invalidité ou de perte financière.</p>	<p>-traitement cognitif et cognitivo-comportemental</p> <p>-traitement comportemental : diminuer les comportements maladaptifs et renforcer les comportements adaptifs</p> <p>-thérapie interpersonnelle pour améliorer les capacités sociales</p> <p>-thérapie psychodynamique pour résoudre les conflits d'enfance et les déficits parentaux mais : besoin de recherche scientifique</p>
Traitement médicamenteux	<p>SSRI comme fluoxétine dans le traitement des changements d'humeur et de la dépression~études qui soutiennent le rôle d'un déficit au niveau de la sérotonine (Lis, Greenfield & Doherty, 2007)</p>	<p>Aucune étude sur l'utilité médicamenteuse</p>

2.4 TPB et Trouble Bipolaire

	TPB	Trouble Bipolaire
Ratio homme/femme	1/1 Majoritairement des femmes, souvent en âge de procréer	Type 1 : 1 homme/ 1 femme Type 2 : 1 homme/ 2-3 femmes
Prévalence	-19% de comorbidité TBP-Trouble Bipolaire, 6 à 45% selon Delbrouck, 30-35% selon Ford & Courtois -diagnostic plus difficile, réticence du patient/famille d'analyser les conflits psychologiques associés` Cependant le pronostic est meilleur quand le diagnostic est nommé et décrit. -2 à 4 jusqu'à 6%	-diagnostic plus 'acceptable', remboursé -1 à 4 %
Etiologie	Delbrouck : 70% de traumatismes pendant l'enfance et l'adolescence (violences sexuelles, attouchements, viols) dans 50 à 60% des cas, au sein de la famille ou parmi les proches Lis, Greenfield & Dougherty : -hippocampe et amygdales jusqu'à 16% plus petit -PET : moins d'activité au niveau du cortex préfrontal/dorsolatéral et du système limbique (ganglions basales et thalamus) -cortex cingulaire antérieur : certaines études : hypométabolisme, autres études : hypermétabolisme à cause de l'influence multi-factorielle (médicament, comorbidité,...) sur l'imagerie cérébrale -EEG : ralentissement de P3	-génétique -biologique : °déséquilibre chimique au niveau cérébral °problèmes hormonaux °facteurs environnementaux
Hérédité	Delbrouck et autres auteurs : non, même si les études suggèrent que la génétique est un contributeur modeste de certains traits (ex. la dérégulation émotionnelle et l'agressivité impulsive) Autres auteurs (Fruzzetti, Shenk & Hoffman, 2005): oui, par ex. : les enfants de personnes avec TPB ont plus de chance d'avoir des traits borderline ou même répondre à tous les critères.	oui
Age d'apparition	Pendant l'adolescence	Chez le jeune adulte
Risque de suicide	La comorbidité TBP et trouble bipolaire (instabilité affective chronique et épisodes hypomaniaques clairs) augmente le risque suicidaire. Les symptômes se révèlent	

	<p>plus tôt et la personne répond moins au traitement. (Henry, Mitropoulou, New, Koenigsberg, Silverman & Siever, 2001)</p> <p>-10% de suicide (réussi) chez TPB</p> <p>-Une amélioration des dispositions à la Pleine Conscience pourrait réduire les idéations suicidaires, notamment chez de jeunes adultes présentant des traits limite et des symptômes dépressifs (Chassagne, Bronchain, Raynal & Chabrol, 2019).</p>	<p>-11 à 19% de suicide (réussi)</p>
Symptomatologie	<p>Instabilité affective et impulsivité, mais shift de colère et d'angoisse vers l'euthymie</p> <p>-Conflits interpersonnels chroniques, instabilité affective, immaturité émotionnelle, immaturité des relations objet en dehors des épisodes (hypo)maniaque et dépressifs</p> <p>-Maintien difficile d'engagement professionnel et relationnel (intime)</p> <p>-Incapacité d'auto- et hétéro-évaluation</p> <p>-Dépression caractérolgique</p> <p>-Hétéro-accusation</p> <p>-tendance à expliquer la raison du mal-être par l'accusation et la rage envers l'autre plutôt qu'un affect dépressif</p> <p>Switch de l'humeur sur quelques heures ou jours</p> <p>-plus stigmatisé</p> <p>-la réaction dépressive est moins intense et irrégulière dans son apparence et durée, influencée par</p>	<p>-Instabilité affective et impulsivité, surtout bipolaire II</p> <p>-la présence d'au moins un épisode de dépression majeure et un épisode maniaque (Bipolaire I) ou hypomaniaque (Bipolaire II)</p> <p>-Maintien de la capacité d'avoir des relations profondes, stables</p> <p>-Maintien de la capacité d'auto-et hétéro-évaluation</p> <p>- (période de) dépression majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> °ralentissement de la pensée et du comportement psychomoteur °humeur qui varie entre la tristesse profonde et l'inaccessibilité de l'expérience émotionnelle °pensée auto-dégradante et accusatrice °Sentiment de culpabilité allant d'exagération de ses défauts au délire auto-accusateur °sentiment de désespoir chronique et difficulté à donner une raison harmonieuse avec auto-dégradation °l'humeur s'améliore progressivement vers la soirée <p>-moins stigmatisé</p> <p>-dépression plus sévère ; les efforts prématurés d'encouragement peuvent</p>

	<p>l'environnement (ex. shift de dépression pendant la semaine à des interactions sociales animées le weekend avec les amis)</p> <p>-shift rapide de comportement (négligent, ...) dans contexte social différent</p> <p>-'déprimé toute la vie'</p> <p>-comportement para-suicidal aigu ou chronique comme l'automutilation, 2 à 4 fois plus fréquents que chez le TPB (couper, brûler) spécifiquement dans des conditions d'agitation émotionnelle intense, de crises de colère ou frustrations aiguës. Ceci peut être traité par les différentes thérapies mentionnées ci-dessous.</p> <p>-absence de saisonnalité</p> <p>-s'atténue avec le temps ; disparaît après 10 ans de suivi. 30% maintient un travail à plein temps.</p>	<p>augmenter la tendance suicidaire</p> <p>-négligence physique</p> <p>-incapacité de faire les activités journalières</p> <p>-insomnie sévère avec réveil matinal précoce, manque d'appétit et perte de poids, manque de libido et même impotence, aménorrhée, constipation sévère, sensibilité au froid accrue, amimie</p> <p>-tentative de suicide dans le cadre de dépression sévère, nécessitant un traitement médicamenteux immédiat et systématique et peut-être une hospitalisation. Si absence de réponse : traitement électro-convulsif</p> <p>-pics maniaques au printemps/été et dans une moindre mesure en automne. Pics dépressifs en hiver et dans une moindre mesure en été</p> <p>-pathologie chronique et parfois gravement évolutive</p>
Traitement psychologique	<p>Intervention psycho-sociale et psychothérapeutique appropriée</p> <p>Thérapie comportementale dialectique, thérapie psychodynamique (Psychothérapie Focalisée sur le Transfert) ou Thérapie Basée sur la Mentalisation</p>	<p>Psycho-éducation</p> <p>Psychothérapies de soutien</p> <p>Traitement des comorbidités (alcool, addictions, etc.)</p>
Traitement médicamenteux	<p>Delbrouck : non-réponse aux stabilisateurs de l'humeur, parfois même iatrogènes (valproate). Aucune utilité des antidépresseurs.</p> <p>Kernberg, Delbrouck : Si humeur dépressive sévère et comportement suicidaire : médication pour la dépression en combinaison de psychothérapie pour le trouble de la personnalité.</p>	<p>Stabilisateurs de l'humeur</p> <p>Anti-dépresseurs</p> <p>Neuroleptiques dans le cas d'angoisse extrême ou hallucinations et délires</p>

		confrontation à un événement potentiellement traumatisant Domschke (2012) : 30-35% d'hérédité
Age d'apparition	Adolescence	-A tout âge. -Dans les 6 mois après l'événement traumatique, durant jusqu'à 2-3 ans
Risque de suicide	Si comorbidité TPB-ESPT : probabilité de tentative la plus haute, puis TPB seul, puis ESPT seul	Risque suicidaire de 30,9 %
Symptomatologie	<p>Ford & Courtois : DSM-IV et ICD-10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> -dissociation transitoire pendant situation de stress -sentiment de vide chronique, dysphorie -colère intense -perturbation de l'identité, affect négatif intense chronique lié aux stressseurs interpersonnels (dissociation <i>structurelle</i>, Boon, Steele & van der Hart, 2017) -impulsivité potentiellement auto-endommageante -auto-mutilation -instabilité affective -difficultés relationnelles, cognition sociale perturbée liée à la pensée dichotomique, méfiance, attributions agressives, manque d'empathie -trahison perçue et victimisation -identité fragmentée -manque de confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> -insomnie, irritabilité, crises de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réponse de sursaut exagérée, reviviscences sous forme de cauchemars, flashbacks, mémoire traumatique, croyances (moral, spiritualité) altérées -à plus long terme : somatisation, dissociation, labilité émotionnelle, impulsivité, comportement auto-destructeur, difficultés interpersonnelles chroniques, dérégulation émotionnelle DSM-IV et ICD-10 : -amnésie dissociative, flashbacks -engourdissement émotionnel, incapacité de sentir du plaisir et des émotions positives -colère -changements négatifs envahissants de l'affect, de l'identité et du comportement -enchevêtrement relationnel intense et volatile -difficulté à maintenir un engagement émotionnel -trahison traumatique -détachement social et évitement -image négative de soi -sentiments de honte et de culpabilité -le trauma a endommagé le self pour toujours.

	<p>Réaction physiologique à des scripts évoquant des thèmes d'abandon</p> <ul style="list-style-type: none"> -angoisse d'abandon et de rejet -alternance entre idéalisation et dévaluation des autres 	<p>Réaction physiologique à des scripts évoquant des événements traumatogènes</p>
Traitement psychologique	<ul style="list-style-type: none"> -Psychothérapie Focalisée sur le Transfert : acquisition de conscience de la double identification (victime et bourreau) par l'analyse transférentielle. -Thérapie Dialectique Comportementale pour améliorer le fonctionnement interpersonnel et diminuer les automutilations <p>Travailler les réactions traumatiques de stress par la thérapie d'Exposition Prolongée</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Approche psychothérapeutique qui facilite le re-vécu contrôlé et le cheminement à travers l'expérience traumatique dans un contexte d'alliance thérapeutique sûr et sécurisé -Structured Therapy for Affective and Interpersonal Regulation with Modified Prolonged Exposure (STAIR-MPE) -Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET) -EMDR, CBT, Exposure Therapy,...
Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> -Fluoxétine et citalopram dans la prise en charge de l'agressivité et de l'impulsivité. -Le Divalproate de sodium serait efficace dans la prise en charge de l'impulsivité et l'hostilité aussi bien chez les adolescents que chez les adultes. La paroxétine (40 mg/j), s'est avérée efficace dans la prévention des passages à l'acte suicidaire. -Pas d'effet de l'olanzapine sauf si associée à une thérapie cognitive dialectique. -Effet de l'aripiprazole pendant 8 semaines à 15 mg/jour -Antipsychotiques (halopéridol, thiothixène, trifluopérazine, olanzapine) à des doses situées entre 100 mg et 200 mg d'équivalents chlorpromazine : action plus large, aussi bien sur l'humeur dépressive, que sur l'anxiété, l'impulsivité, les tendances suicidaires, les relations interpersonnelles, la sensibilité au rejet et sur les manifestations du registre psychotique. 	<p>Lopez, 2005 : La chimiothérapie (antidépresseurs IRS), les thérapies cognitivo-comportementales et l'EMDR sont considérées comme les traitements les plus efficaces du psycho-traumatisme au vu d'études fondées sur les principes de l'<i>evidence based medicine</i>.</p> <p>Certains médicaments anti-dépresseurs ont une action bénéfique, même si la personne n'est pas déprimée. La paroxétine (Déroxat, Divarius et génériques) et la sertraline (Zoloft et génériques) sont les seules molécules ayant une indication officielle dans le traitement du stress post-traumatique.</p>

2.6 TPB et Haut Potentiel

	TPB	Haut Potentiel
Ratio homme/femme	1/1	?
Prévalence	Lis, Greenfield & Doherty, 2007: 1 à 2 % de la population générale Incidence : 15-20% en clinique psychiatrique	-2 à 5 % -2,3% de la population d'enfants scolarisés de 6-16 ans (Tordjman, Vaivre-Douret, Chokron & Kermarrec, 2018) -6 à 7 enfants sur 300 en Flandres
Etiologie	Prédisposition génétique et des facteurs biologiques (augmentation de la réactivité de l'amygdale et des modifications au niveau des neurotransmetteurs) ainsi que des événements de vie difficiles ou traumatisants	Hypothèse de Loureiro et al. : perturbations durant la grossesse
Hérédité	Avis divergents 50% (Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019)	Autres cas familiaux (Vanmeerbeek, Van Onckelen, Boüüaert & Burette, 2006)
Age d'apparition	A l'adolescence. Un parent et surtout une mère présentant un TPB=problématique centrale chez les jeunes suivis par les services de protection	Dès la petite enfance
Risque de suicide	Corrélation entre harcèlement (à l'école, via internet) et comportement suicidal chez TPB (Alberdi-Paramo, Saiz-Gonzalez, Diaz-Marsa & Carrasco-Perera, 2019) - Lis, Greenfield & Dougherty, 2007 : presque toute personne avec TPB a éprouvé une idéation suicidaire et presque 10% se suicide quand elle approche l'âge adulte.	L'enfant avec un tempérament,...différent est plus souvent 'choisi' par des harceleurs à l'école.
Symptomatologie	Quels peuvent être des symptômes communs de HP et TPB ? (Tordjman, Vaivre-Douret, Chokron & Kermarrec, 2018) -difficultés relationnelles -fragilité psychologique -préoccupations suicidaires -instabilité émotionnelle -épisodes de colère -image de soi instable et indistincte, manque de confiance	Web e.a., 2013 : -capacité verbale très développée -mémoire exceptionnelle -intérêt large -envie d'expérimenter -imagination et créativité -sens de l'humour remarquable -envie de comprendre la causalité et le contexte -durée d'attention prolongée -pensée complexe, curiosité exceptionnelle

	<ul style="list-style-type: none"> -ressenti de vide -sentiment d'abandon -humour -sensibilité -intuition -créativité et sens artistique -curiosité -sens de la justice 	<ul style="list-style-type: none"> -inquiétude par rapport aux problèmes sociaux et injustice -hypersensibilité, susceptibilité extrême -hyperesthésie -intensité (émotionnelle) -rêverie -idéalisme, compassion, altruisme -peut faire deux choses en même temps -pensée auditivo-séquentielle ou visuo-spatiale -hyperstimulabilité intellectuelle, imaginative, émotionnelle, psychomotrice -rapidité d'apprentissage (particulier) Et... -Impatience envers soi et les autres -aversion par rapport à la routine et la discipline -difficulté à accepter des choses non-logiques telles que les sentiments, les traditions, l'autorité -le sens critique peut être considéré comme autoritaire, effronté ou dominant -critique et intolérant envers l'autre -découragement et dépression -perfectionnisme -parfois naïf -n'aime pas être dérangé -entêtement -sensible par rapport aux commentaires -grand besoin de succès et de reconnaissance -besoin continu de stimulation -hyperactif -peut sembler chaotique, frustré par manque de temps Les syndromes majeurs liés à la douance : - L'instabilité psychomotrice. - L'intériorisation. - Les tendances suicidaires. - Les troubles du sommeil. - Les troubles de l'humeur et anxiété - Les troubles alimentaires / de l'appétit.
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - L'inhibition intellectuelle. - La dyssynchronie sociale. - La dyssynchronie intellectuelle. - La dyssynchronie interne. - Les souffrances affectives. - Le relationnel social, familial difficile
Traitement psychologique	<p>Les parents présentant un TPB peuvent avoir un impact négatif sur la mobilisation des intervenants psycho-sociaux (SAJ) et susciter des réactions contre-transférentielles.</p> <p>Avant tout, ne pas nuire : l'intervenant psycho-social peut, à son insu, contribuer au renforcement du TPL.</p> <p>Importance de connaissance du trouble, empathie (en connaissant l'histoire familiale), climat de sécurité, soutien, patience, objectifs réalistes, collaboration, résolution de problèmes, bonnes relations interpersonnelles, intervention prévisible, stable et respectueuse, compréhension de la fragilité.</p> <p>Qq ex : précision et respect de la durée des rencontres, du comportement acceptable, du droit d'expression de chacun, du nombre d'appels téléphoniques,... pour éviter le clivage et le danger d'escalade et augmenter la responsabilisation du parent.</p> <ul style="list-style-type: none"> -adopter une attitude éducative : utiliser des mots plutôt que des gestes, l'humour, dédramatiser et normaliser, ne pas répondre aux demander désorganisées, vagues ou contradictoires -valider les expériences et sentiments rapportés par les parents en les incitant au changement -éviter le clivage quand il y a différents intervenants -anticiper les possibles crises -établir une alliance de travail= le parent est reconnu comme stratégie d'intervention incontournable -distance thérapeutique quand la personne vient 'tester' 	<ul style="list-style-type: none"> -bilan psychologique et psychométrique urgent quand par ex inadaptation scolaire. -Le diagnostic différentiel avec le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité est essentiel en raison des implications thérapeutiques. -prise en charge pédagogique et par le milieu scolaire en général (Kangourou,...) -accompagnement individuel et familial
Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents anti-psychotiques ▪ Stabilisateurs de l'humeur ▪ Agents anti-anxiété ▪ Nutraceutics : oméga 3 	<ul style="list-style-type: none"> -Le médecin est principalement consulté pour les troubles de l'humeur ou du comportement, des somatisations.

		<p>-Soutien de l'enfant et de la famille dans le traitement des troubles associés : dépression, anxiété, insomnie et somatisations.</p> <p>L'usage des anxiolytiques et des anti-dépresseurs (imipramine, inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine I) peut être éventuellement considéré dans le traitement des troubles associés, en fonction de l'âge de l'enfant et de la balance risque/bénéfice. Il est utile de rappeler que les effets à long terme des médicaments psychoactifs est loin d'être totalement connu chez l'enfant. (Vanmeerbeek, Van Onckelen, Bouüaert & Burette, 2006).</p>
--	--	--

2.7 TPB et Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH):
deux troubles distincts ou deux dimensions d'un même trouble ?(Philipsen)

	TPB trouble de la personnalité	TDAH trouble neurodéveloppemental
Ratio homme/femme	Surtout des femmes dans des populations de patients ⇔ population générale	Surtout des hommes
Prévalence	Le trouble de la personnalité le plus fréquent dans la population générale et en thérapie. 1-3% dans la population générale La comorbidité (fréquente) de TDAH influence la présentation clinique de TPB.	30 à 66% d'enfants et 44% d'adultes aux EU Facteur de risque pour PTSD plus tard dans la vie
Etiologie	Dysfonctionnement dopaminergique et noradrénergique -cortex préfrontal et orbitofrontal G (hypométabolisme ou activation altérée) -Ford & Courtois (2014) : Si comorbidité TPB-TDAH: intégration altérée du réseau neuronal (volume du corps calleux réduit), surtout dans des voies qui connectent des endroits de régulation émotionnelle et d'auto-monitoring de l'hémisphère gauche et droite -abus sexuel, physique, invalidation chronique des émotions -troubles de l'attachement dans l'enfance -fumer pendant la grossesse et complications médicales -sociabilité et impulsivité (influencé par la sensibilité) dans la petite enfance=prédicteur de TPB - TDAH (+ Oppositional Defiant Disorder) pendant l'enfance= facteur de risque de TPB à l'âge adulte.	Fliers, e.a. , 2005 -Dysfonctionnement dans la transmission dopaminergique et/ou noradrénergique -Volumes rétrécis dans le cortex préfrontal dorsolatéral, caudatum, pallidum, corps calleux et cervelet ; anomalies fronto-striatales -poids à la naissance plus bas, croissance physique et développement moteur retardés -fumer pendant la grossesse, monoparentalité -abus émotionnel et négligence -abus sexuel et abandon physique chez les femmes
Hérédité	40%, certaines études : 60% Des effets génétiques et environnementaux influencent les 4 dimensions principales de TPB. Plasticité plutôt que vulnérabilité génétique	TDAH endophénotypes
Age d'apparition	Début de l'âge adulte, entre 17 et 25 ans	Entre 2-5 ans, en tout cas avant 7 ans, donc hétéro-anamnèse cruciale
Risque de suicide	80% de tentative de suicide 8-10 % de suicide	Risque de suicide accru, surtout quand TDAH accompagné de dépression et de comportement antisocial

<p>Symptomatologie</p>	<p>Les critères 2, 3, 4, 6 et 8 de TPB défini par le DSM peuvent également s'appliquer sur le TDAH (Philipsen, 2006)</p> <p><i>Au niveau cognitif</i> : trouble attentionnel et d'inhibition, mais distinct de le TDAH La réactivité émotionnelle peut influencer l'attention (les traits dissociatifs de TPB peuvent être considérés comme une forme spécifique de déficit attentionnel) et la performance du système de contrôle exécutif.</p> <p><i>Au niveau comportemental</i> : impulsivité (agir de façon inattendue, sans considérer les conséquences, crises de colère, difficulté à terminer une action jusqu'au bout), désorganisation, instabilité affective et difficulté à contrôler ses impulsions (colère), intolérance au stress, abus de substance. Grande impulsivité quand comorbidité TPB + TDAH</p> <p>Chez le TPB, le contrôle d'impulsions qui sont émotionnellement neutres est moins affecté.</p> <p><i>Au niveau intra- et interpersonnel</i> : forte sensibilité émotionnelle, image de soi mauvaise ou troublée, objectifs troublés, préférences internes (sexuelles) troublées, état de tension interne aversive (provoqué par des sentiments de rejet, d'échec et le fait d'être seul/=sans stimulation externe ?), mauvaises relations avec autrui, altération extrême de la pensée (dévaluation – idéalisation)</p> <p>-Régulation affective et tensionnelle par états dissociatifs, ruminations, suppression, automutilation, idéation suicidaire</p> <p>-Idéation paranoïaque temporaire lié au stress</p> <p>Chez les hommes : surtout recherche de nouveauté</p>	<p><i>Au niveau cognitif</i> : déficit attentionnel. Surtout des difficultés au niveau des tâches exécutives (inhibition) et de la mémoire de travail (Lampe et al, 2007). L'inhibition motrice est particulièrement touchée(Speranza et al, 2011).</p> <p><i>Au niveau comportemental</i> : hyperactivité, impulsivité (attendre son tour, sortir des réponses avant la fin de la question ou des commentaires inappropriés, interrompre et intrusion), désorganisation et instabilité émotionnelle, difficulté à contrôler ses émotions, sa colère, intolérance au stress, abus de substance</p> <p><i>Au niveau intra- et interpersonnel</i> : mauvaise estime de soi, état de tension interne aversive (dans des situations sans ou avec peu de stimulation externe). Ruminations et démission.</p> <p>-Régulation affective et tensionnelles par les sports extrêmes, recherche de nouveauté, activité sexuelle et comportement agressif</p> <p>-image de soi perturbée, objectifs et préférences internes troublés. Chez la personne souffrant de TDAH, ceci est lié aux mauvaises expériences et relations interpersonnelles chaotiques à l'école, au travail et à la maison résultant en critique et rejet, sans suicidalité chronique et comportement parasuicidal.</p> <p>Kernberg & Yeomans nuancent : absence de comportement anti-social signifiant dès la petite enfance, la capacité d'établir des amitiés profondes et loyauté et la présence d'intégration d'identité normale même si l'irritabilité, les réactions dépressives et la rancœur explosive sont présentes quand confronté aux incapacités cognitives</p>
-------------------------------	---	--

Traitement psychologique	-Alliance thérapeutique difficile -Thérapie dialectique comportementale orientée cognitivo-comportementale (DBT) qui travaille la colère, la parasuicidalité et la santé mentale -Schema-focussed therapy (SFT) -Psychothérapie orientée psychodynamique focalisée sur le transfert (TFP) -Thérapie basée sur la mentalisation (MBT) Psycho-éducation Follow-up à long terme	-Alliance thérapeutique honnête et fiable -Individuel : thérapie dialectique comportementale (DBT) de Linehan, cognitivo-comportementale (CBT) de Stevenson -Thérapie de groupe pour adultes, adaptation de DBT Mindfulness, apprentissage d'outils anti-stress, capacités de régulation émotionnelle, capacités d'efficacité interpersonnelle Psycho-éducation Follow-up à long terme
Traitement médicamenteux	Amélioration après amphétamine, même avec comorbidité de TDAH Clonidine= $\alpha 2$ -récepteur agoniste adrénergique pour réduire la tension interne aversive aigue ainsi que l'envie de comportement auto-mutilant	Clonidine pour réduire l'impulsivité et l'hyperactivité Traitement méthylphénidate (MPH) normalise l'activité orbitofrontale, aussi dans le cas de TDAH + TPB. Si pas d'effet : anti-dépresseurs atomoxétine ou noradrénergiques ou dopaminergiques Dexamfétamine (Mc Carthy e.a., 2009)

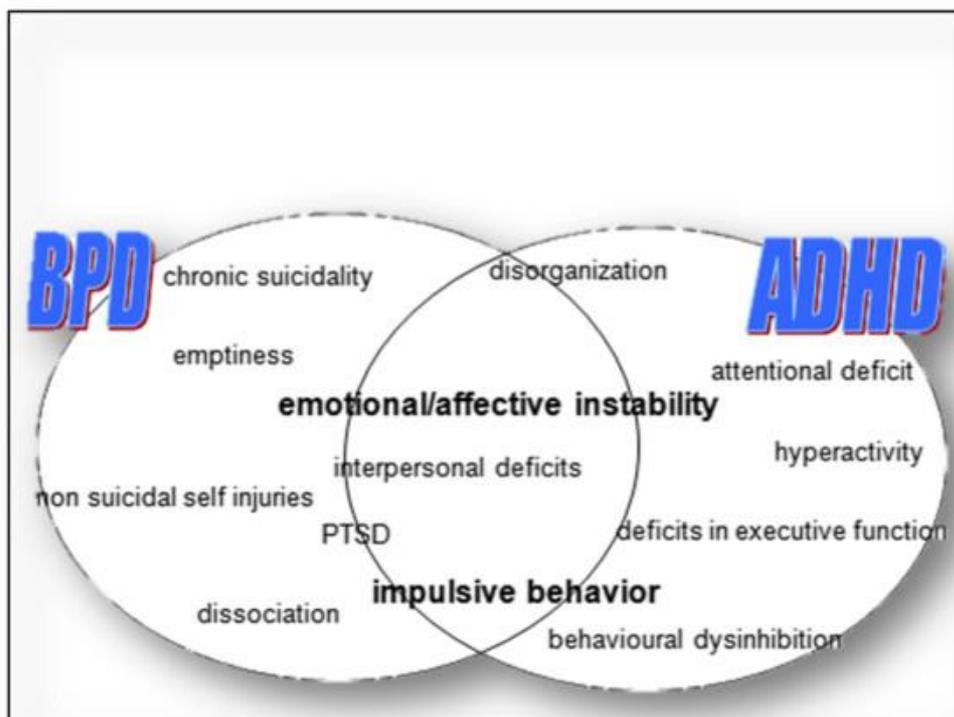


Image de Matthies & Philipsen, 2014.

3 Bibliographie

- Alberdi-Paramo, I., Saiz-Gonzalez, M., Diaz-Marsa, M. & Carrasco-Perera, J. (2019). Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in Borderline Personality Disorder: Preliminary findings. *Psychiatry Research*
- Akhtar, S. (1989). Narcissistic Personality Disorder: Descriptive Features and Differential Diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 505–529.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6–19.
- Boon, Steele & van der Hart (2017). Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes. *De Boeck*
- Chassagne, J., Bronchain, J., Raynal, P. & Chabrol, H. (2019). L'effet modérateur de la pleine Conscience dispositionnelle dans la relation entre symptomatologie dépressive, troubles de la personnalité limite et idéations suicidaires chez le jeune adulte. *L'Encéphale*,
- Darcourt, G. (2008). Faut-il traiter les troubles de la personnalité ? *La Presse Médicale*, 37(5), 845–851.
- Delbrouck, M. (2019). Psychopathologie. Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute.
- De Pau, R. (2008-2009). Psychopathie en zelfmoord. *Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de psychologie, afstudeerrichting Klinische Psychologie*. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. RUG
- Domschke, K. (2012). Patho-genetics of posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*, 24(3): 267-273
- Ducrocq, F. (2009). Le Psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples. *Stress et trauma*, 9(4) : 199-200
- Ferguson, C. J., & Negy, C. (2014). Development of a brief screening questionnaire for histrionic personality symptoms. *Personality and Individual Differences*, 66, 124–127.
- Fliers, E.A., Franke, B. & Buitelaar, J.K. (2005). Hereditary factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, Jul 30; 149 (31): 1726-9
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9.

- Fruzzetti, A., Shenk, C. & Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology* 17, 1007-1030
- Gicquel, L., Pham-Scottet, A., Robin, M., & Corcos, M. (2011). États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5), 316–322.
- Goldstein, K. E., Haznedar, M., Alloy, L., Drabick, D., McClure, M., New, A., Chu, K., Vaccaro, D., Tang, C., Meyerson, D. & Hazlett, E (2019). Short communication: Diffusion tensor anisotropy in the cingulate in borderline and schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, 279, 353-357
- Guilé, J.-M., Mbekou, V., Fortier, H., Cornez, C., Bergeron, L., & Sayegh, L. (2002). Variables associées au trouble de personnalité narcissique chez l'enfant et l'adolescent. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 160(8), 550–558.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35(6), 307–312. doi:10.1016/s0022-3956(01)00038-3
- Josse, E. (2014). Le traumatisme psychique chez l'adulte
- Josse, E. (2019). Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. 2^{ème} Edition. Deboeck
- Kernberg, O. & Yeomans, F. (2013). Borderline Personality Disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22
- Koenen, K. C. (2007). Genetics of posttraumatic stress disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 737–750.
- Lacey, C., Cook, M., & Salzberg, M. (2007). The neurologist, psychogenic nonepileptic seizures, and borderline personality disorder. *Epilepsy & Behavior*, 11(4), 492–498.
- Lampe, K., Konrad, K., Kroener, S., Fast, K., Kunert, H. J., & Herpertz, S. C. (2007). Neuropsychological and behavioural disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 37(12).
- Lateyron, J. & Mathur, A. (2016). Le trouble de la personnalité borderline. Qu'est-ce que c'est ? Comment se soigner ? *Livret d'informations. CHU Toulouse*.

- Laporte, L. (2020). Un défi de taille pour les centres de jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Revue Santé mentale au Québec. Mosaïques de recherche (1) et Windigo II (2)*, 32, 2
- Lis, E., Greenfield, B. & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32(3), 162-173
- Lopez, G. (2005). Victimologie et psychotraumatologie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15, 8.
- Loureiro, I., Lowenthal, F., Lefebvre, L. & Vaivre-Douret, L. (2010). Etude des caractéristiques psychologiques et psychobiologiques des enfants à haut potentiel. *Enfance*, 1, 27-44
- Matthies, S. D. & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1:3.
- McCarthy, S., Cranswick, N., Potts, L., Taylor, E. & Wong I. (2009). Mortality Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Drug Treatment. A Retrospective Cohort Study of Children, Adolescents and Young Adults Using the General Practice Research Database. *Drug Saf*, 32 (11), 1089-1096
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 34(5), 452-458.
- Pagura, J., Stein, M., Bolton, J., Cox, B., Grant, B. & Sareen, J. (2010). Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the U.S. Population. *Journal of Psychiatry Res.*, 44(16), 1190-1198
- Pelissolo, A., & Jost, F. (2011). Pharmacothérapie des troubles de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(9), 592-594.
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 [Suppl 1]: I/42-I/46
- Ritzl, A., Csukly, G., Balázs, K. & Égerházi, A. (2018). Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Research*
- Rogers, R., & Kirkpatrick, T. (2005). Neuropsychology of borderline personality disorder. *Psychiatry*, 4(3), 31-35.
- Smith, S. & Lilienfeld, S. (2017). Histrionic Personality Disorder. *Reference Module in*

Neuroscience and Biobehavioral Psychology.

- Snoeck, E. (2016). Aren't you sick of me yet? Een onderzoek naar Borderline Persoonlijkheidstrekken in de adolescentie. *Masterproef II voorgelegd voor het behalen van de graad master of Science in de Psychologie in de richting Klinische Psychologie*. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A. & Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11, 158
- Tordjman, S., Vaivre-Douret, L., Chokron, S., & Kermarrec, S. (2018). Les enfants à haut potentiel en difficulté : apports de la recherche clinique. *L'Encéphale*.
- Vanmeerbeek, M., Van Onckelen, S., Bouüaert, C., & Burette, P. (2006). Enfants à haut potentiel: attitude du médecin traitant. *La Presse Médicale*, 35(1), 86–90.
- Vinet, C., Rahioui, H., & Louppe, F. (2018). Lecture des troubles de personnalité limite à travers la théorie de l'attachement. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(5), 456–461.
- Webb, J., Amend, E., Gore, J. & DeVries, A. (2013). De begeleiding van hoogbegaafde kinderen.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Kuntawong, P. (2019). *A short screening tool for borderline personality disorder (Short-Bord): Validated by Rasch analysis*. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 195–199
- Yrondi, A., Rouyre, P., & Schmitt, L. (2015). La personnalité narcissique devient-elle plus fréquente ? Fait culturel ou fait clinique ? *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(4), 331–334.

Lectures conseillées:

Le manuel du Borderline (2014) de Martin Desseilles

Les borderlines (2014) de Granger Bernard et Karaklic Daria