

# **Mieux comprendre le trouble de la personnalité « borderline » (état limite) de mon proche. Quand les émotions perturbent la vie...**

**Conférence du 10 octobre 2012 – Dr Coton et Mr Gazon**

## **Introduction**

Le trouble de la personnalité borderline est devenu un diagnostic fréquent en psychiatrie. Il concerne 1 à 5% de la population générale et 20% de patients hospitalisés en psychiatrie. Les patients souffrent énormément, souvent d'une façon extrêmement poignante et dramatique. Ces patients souffrent d'une dysrégulation émotionnelle, leurs émotions sont plus fortes et sont provoquées par des événements plus légers. Ce qui embarrasserait quelqu'un provoque une profonde humiliation chez un patient borderline, l'ennui peut virer à la rage, la honte peut se transformer en culpabilité malade et une appréhension peut se transformer en attaque de panique. Les pensées associées à leurs émotions deviennent des faits et les patients y croient intensément. Autrement dit, ils peuvent se sentir réellement abandonnés lorsqu'un être cher s'éloigne un peu.

Cette souffrance intense entraîne nécessairement une souffrance extrême pour l'entourage. Il se sent souvent impuissant face aux angoisses d'abandon, aux demandes d'affection, aux exigences des patients, aux comportements d'allure manipulateur pour gagner leur attention, aux conduites autodestructrices et suicidaires, dans une atmosphère où tout le monde souffre et personne ne voit de sortie.

Les soignants également rencontrent souvent des difficultés pour les soigner, en effet ces patients créent des relations très intenses, ce qui complique souvent le processus de soins. Les patients comme les soignants cherchent leur place entre une proximité et une distance relationnelle. Malheureusement on oscille souvent entre deux extrêmes ; d'un côté l'empathie des soignants face à la souffrance des patients de l'autre côté le sentiment d'envahissement, d'impuissance dans lesquels les soignants se retrouvent. Ce qui peut très souvent amener des recadrages ou des prises de distance de la part des équipes soignantes à l'origine d'un sentiment de rejet de la part du patient qui à nouveau peut se sentir abandonné.

Longtemps, les patients borderline ont été mis de côté par la psychiatrie. Celle-ci avait peu de soins à leur proposer et donc plutôt que de reconnaître son impuissance à les soigner, elle avait tendance à stigmatiser les patients. Heureusement, les choses ont bien évolué et maintenant, il existe des soins à leur proposer. Des soins qui cherchent à respecter la dynamique particulière de ce type de patient et en même temps des soins qui les incitent au changement.

L'exposé va débuter par un bref historique du trouble de la personnalité borderline ensuite l'ensemble des manifestations symptomatiques sera décrit. La différence entre une personne qui souffre d'un trouble de personnalité borderline et quelqu'un d'hypersensible sera établie et suivie par une explication neurochimique sur le fonctionnement du cerveau chez les patients borderline.

La souffrance de l'entourage et les origines du trouble seront abordées ensuite et enfin quelques pistes pour soigner les patients seront amenées.

## **Historique**

C'est en 1938 qu'un psychanalyste autrichien utilise pour la première fois le terme « borderline ». Il parlait d'un état « borderline » à la névrose. Il s'agit de patients qu'on ne savait pas vraiment catégoriser. Les patients névrosés sont des patients anxieux, plutôt déprimés mais qui ont une bonne perception de la réalité. Les patients psychotiques sont des patients délirants, hallucinés qui ont une perception perturbée de la réalité. À cette époque, « borderline » veut dire : « à la frontière entre la névrose et la psychose ».

Le diagnostic « de trouble de la personnalité borderline » est réellement apparu dans les classifications internationales en 1980.

Aujourd'hui on ne considère plus que ce soit un diagnostic frontière entre la névrose et la psychose. C'est une « entité » distincte qui a sa part entière dans la nosographie psychiatrique.

On a gardé le terme « borderline » alors qu'il ne s'agit plus d'un diagnostic « frontière ». C'est cependant intéressant car la notion de limite est souvent présente chez les patients borderline. Les limites dans leur corps, dans les relations avec les autres, par rapport aux règlements et aux lois... Les patients flirtent avec la limite et les soignants se demandent constamment où et quand en mettre.

## **Symptômes et manifestations**

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble de régulation émotionnelle. Le patient réagit plus vite, plus fort et plus longtemps que la moyenne des gens... Mais alors, quelle est la différence avec les personnes hyper sensibles ?

*Illustrons-le par une image : Les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline sont « équipés d'une voiture de course émotionnelle ». Une telle voiture ne se conduit pas comme une 2CV. Si l'on est très sensible, c'est-à-dire si l'on réagit plus vite et plus fort que la moyenne des gens et que l'on prend plus de temps pour « freiner »... On peut avoir différents soucis,... on dérape, c'est l'accident !*

*Ce n'est pas grave de dériver de temps en temps, cela arrive à tout le monde... Mais lorsque cela arrive très souvent et que les conséquences sont importantes, cela devient problématique. C'est là que nous retrouvons les symptômes du trouble de la personnalité borderline.*

La symptomatologie est très variable entre les individus et chez le même individu. On parle de polymorphisme du tableau symptomatique.

Les classifications internationales comprennent 9 symptômes caractéristiques pour le trouble de la personnalité borderline :

### 1. Des colères intenses et inappropriées

Les patients font des crises de colère, imprévisibles, intenses, imperméables à toute logique. Elles apparaissent comme « un coup de tonnerre dans un ciel bleu ». Malgré le fait que le patient et ses proches ne comprennent pas toujours bien l'origine de ces colères, il y en a toujours une. Celle-ci est souvent anodine mais déclenche chez le patient une série de pensées, de sensations qui vont amener à une situation de crise.

On pourrait comparer les patients borderline aux grands brûlés qui n'ont plus leur peau pour se protéger de l'environnement et qui souffrent intensément du moindre contact.

Certains patients fonctionnent de manière inverse et se sentent incapables d'exprimer leur colère de peur de faire du tort à leur entourage. Malheureusement cette colère rentrée se retourne souvent contre eux-même.

### 2. Les changements d'humeur

Ces changements d'humeur sont épuisants pour le patient et son entourage. La personne peut d'une heure à l'autre, d'une minute à l'autre, d'un jour à l'autre passer d'un état d'exaltation à un état dépressif profond sans raison apparente.

Le rôle de la thérapie est de les aider à prendre conscience de ces mouvements émotionnels et de leurs raisons.

### 3. Un sentiment chronique de vide

Une fois l'orage émotionnel passé, il reste souvent une sensation de vide, comme une anesthésie continue et intense des sens. Certains patients se décrivent comme en permanence détachés de ce qu'ils vivent et n'arrivant pas à être dans le moment présent. Ils ont l'impression de jouer la comédie en société car ils ne montrent pas vraiment ce qu'ils ressentent. Cette sensation de vide est tellement éprouvante que les patients cherchent à la rompre en fuyant dans le sommeil, en s'automutilant,...

#### 4. Des symptômes psychotiques

Ces symptômes psychotiques sont particulièrement effrayants pour le patient car il a l'impression de devenir fou !

Il peut s'agir d'hallucinations, d'idées délirantes, de symptômes dissociatifs. Cela peut s'exprimer par de la confusion, une désorientation spatiale, une dépersonnalisation, ... Ils ne se reconnaissent plus, ils sont comme détachés d'eux-même, ils s'observent de l'extérieur comme s'ils n'incarnaient plus leur corps. Cet état peut s'avérer utile chez certains patients car lorsqu'on est confronté à des sensations très éprouvantes, cela permet de s'en protéger.

#### 5. Perturbation de l'identité

Généralement, après avoir cherché son identité tout au long de son adolescence, l'individu « normal » sait qui il est au début de l'âge adulte. Il connaît ses besoins, ses croyances, ses valeurs, ses limites,...Il a une représentation entière et intégrée de lui-même.

Le patient borderline lui, ne sait pas qui il est. Ses difficultés émotionnelles et leurs conséquences ne lui permettent pas de construire une image intégrée de qui il est et de ce que sont les autres. Il est en perpétuelle remise en question, un peu comme un passager dans un navire battu par les vagues. Dans cette recherche d'identité, il peut facilement investir d'autres identités: victime, sauveur,... et cela, pas toujours de manière adéquate.

#### 6. Des relations instables

La stabilité relationnelle nécessite une bonne régulation émotionnelle. Les patients borderline ont souvent des difficultés avec la colère et celle-ci peut mettre en péril la relation, notamment de couple.

Le malade attend de son conjoint ce qu'il ne sait pas se donner lui-même. Il attend de la sécurité, de l'estime de soi, il attend de savoir de son conjoint qui il est. Il cherche un amour qui comblera son sentiment de vide. Il est dans un fantasme de relation fusionnelle et chaque nouvelle rencontre est source d'espoir et d'idéalisation. Malheureusement, l'autre répond difficilement à ses attentes et ce fantasme de « fusion » ne tient pas très longtemps. Rapidement on glisse vers l'opposé, l'idéalisation devient rejet.

La relation est souvent sous tension, notamment par la perception du patient de ne pas mériter l'amour de l'autre. Ce qui fait qu'il est constamment à l'affût des signes que pourrait montrer l'autre d'un éventuel désinvestissement. La vie de couple est rythmée par les conduites automutilatrices, les menaces suicidaires que le patient profère dans l'espoir de garder le conjoint à ses côtés.

Les patients sont confrontés à un paradoxe, ils sont en perpétuelle demande d'amour et leurs comportements provoquent conflits et éloignements.

#### 7. L'angoisse d'abandon

Toute rupture est vécue de manière dramatique car les patients mettent une grande partie d'eux-mêmes dans leur relation. Rompre signifie donc pour eux, se séparer d'une partie de soi-même ce qui est vécu comme excessivement violent.

#### 8. L'impulsivité

Cette impulsivité a pour but de décharger l'émotion qu'ils ont en eux et les amène à développer des conduites dangereuses: boulimie, anorexie, relations sexuelles à risque, conduite automobile dangereuse, dépendances,...

Le patient essaye de réguler ses émotions et flirter avec la mort est souvent pour lui une manière de trouver un apaisement.

#### 9. Conduites autodestructrices et suicidaires

Les patients cherchent à ne plus être confrontés à leur souffrance et ruminent la plupart du temps des idées noires. Celles-ci sont la « porte de sortie » à leur souffrance et représente une source d'apaisement. Cela leur permet d'imaginer ne plus souffrir. Ils ne voudraient pas qu'on leur enlève la possibilité de faire le choix de « partir ».

Ce qui est délicat et compliqué, c'est que ces conduites sont apaisantes pour le patient mais également efficaces pour réguler les émotions. Elles sont plus efficaces que beaucoup de choses proposées par les soignants et la famille. Elles sont aussi efficaces pour provoquer des réactions auprès de l'entourage et des soignants.

Voici d'autres symptômes très importants également et que l'on ne trouve pas dans les classifications internationales :

- La honte :  
On retrouve le sentiment de honte chez la plupart des patients borderline, particulièrement chez ceux qui ont subi des traumatismes. Cette honte se définit par le sentiment envahissant d'être un être humain sans valeur, défectueux, seul...Les patients construisent parfois leur identité sur ce vécu. Ils se persuadent qu'ils ne méritent rien de bon de ce que peut leur amener la vie, la société,...
- Les enjeux de pouvoir :  
Ces enjeux de pouvoir, sont épuisants pour tout le monde : le patient, ses proches, les soignants... les patients ressentent souvent le besoin d'exercer un pouvoir sur les autres. Ils sentent qu'ils n'ont pas de pouvoir sur eux-mêmes donc ils cherchent à en exercer un sur autrui. C'est une manière d'essayer de reprendre leur vie en main. C'est parfois une manière aussi de faire porter une partie de leurs souffrances par l'autre.  
On rencontre également des comportements inverses : il s'agit de patients qui vont se soumettre à l'autorité. Ils vont par exemple s'engager dans l'armée ou rentrer dans des ordres religieux voire des sectes. Cela les rassure d'être soumis à une hiérarchie « rigide ». Ça leur permet de cadenasser leurs émotions.  
D'autres patients choisiront des conjoints violents, cela répond à la même dynamique.
- Les exigences narcissiques  
Fréquemment, les patients borderline aiment que tout tourne autour d'eux. Ils veulent être le centre de l'attention du groupe dont ils font partie.
- La manipulation  
Il ne s'agit pas d'une manipulation pour nuire ou faire du mal à l'autre, le but pour le patient est de contrôler ce qui se passe à l'intérieur de lui et d'éviter un abandon.
- La peur de l'envahissement  
C'est un symptôme qui est moins souvent mis en avant et qui a pourtant toute son importance. Parfois, lorsqu'on s'approche trop de lui le patient se sent envahi. Il ne sait pas comment établir la bonne distance avec autrui. Il a le sentiment, dans l'intimité, de perdre la maîtrise de sa vie. Il peut craindre qu'on voit sa vraie nature et qu'on l'abandonne. Il peut provoquer une querelle ou faire « du mal » pour induire la distance.

### **La différence entre hypersensibilité et trouble de la personnalité borderline ?**

L'intensité émotionnelle n'est pas nécessairement un problème. Une sensibilité importante, c'est réagir plus vite, plus fort et prendre plus de temps pour revenir à la normale.

S'il y a des « dérapages » tous les jours, plusieurs fois par jour et si ceux-ci causent beaucoup de problèmes alors il s'agit d'une sensibilité problématique.

Hypersensibilité normale :

- Je canalise l'énergie de mes émotions
- Je n'abîme pas ma vie professionnelle et familiale

Hypersensibilité pathologique :

- Je me sens très souvent dépassé et submergé par mes émotions
- Mes réactions créent plus de problèmes que de solutions (ex : consommation d'alcool)
- J'abîme ma vie professionnelle et familiale
- Comportements destructeurs et d'abandonnisme

## Comment fonctionnent les émotions ? Pourquoi perdons-nous le contrôle ?

Pour comprendre comment cela se passe au niveau de nos émotions, il faut savoir que le cerveau est divisé en trois parties (théorie du cerveau trinunique) :

### 1. Cerveau reptilien

Plus ou moins le même cerveau que les reptiles, qu'on appelle aussi le cerveau primitif. C'est la partie du cerveau qui régule la respiration, les battements du cœur, les fonctions « de base » du corps.

### 2. Cerveau limbique

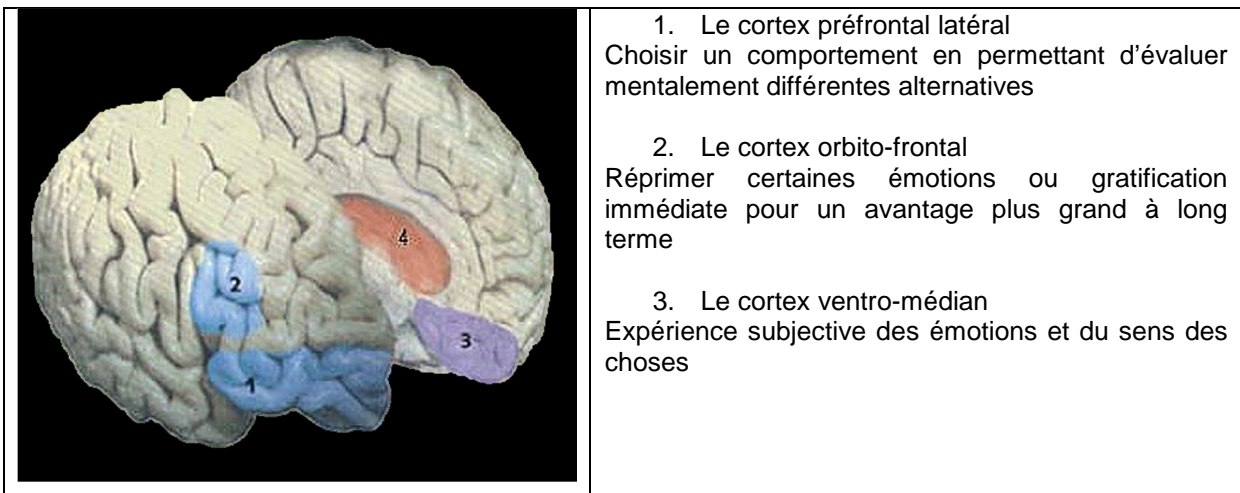
Siège des émotions. On partage les mêmes émotions que la plupart des grands mammifères, notamment les mammifères sociaux, c'est-à-dire les chevaux, les chiens, les gorilles,... Leur structure émotionnelle ressemble à la nôtre.

### 3. Le néocortex

Partie du cerveau plus élaborée qui nous permet d'avoir toutes nos capacités de raisonnement, de langage, de planification, etc...

Dans le néocortex, il y a une zone particulièrement importante pour la régulation émotionnelle, c'est le cortex préfrontal.

Cette partie située à l'avant du cerveau permet notamment de faire la différence entre les conséquences à court terme et à long terme de nos comportements, pour prendre de la distance par rapport à ce que nous pensons quand nous ressentons une émotion.



La question qui se pose, c'est qui contrôle qui ? Est-ce que c'est le cerveau le plus élaboré, le néocortex qui contrôle notre cerveau émotionnel ou est-ce l'inverse ? En fait, c'est les deux !

Quand on est dans un état de stress normal, le cortex préfrontal contrôle la réaction émotionnelle. « Je ressens une émotion, mais j'ai le contrôle dessus ». Par contre quand on est dans un état de stress dépassé, que l'émotion est trop importante, trop intense, le cortex préfrontal « s'éteint ». Cela veut dire que quand l'émotion est trop forte, notre capacité à raisonner, à prendre de la distance, à faire la part des choses n'est plus accessible.

Cela se passe comme ça pour tout le monde ! La différence entre une personne bien portante et une personne borderline, c'est que chez la personne borderline le cortex préfrontal s'éteint plus vite. Elle perd plus vite sa capacité à réguler son comportement, ses émotions.

Lorsque le cortex préfrontal s'éteint, on va confondre ses pensées avec des faits, c'est la fusion cognitive.

Par exemple : Si je suis inquiet pour un examen, je peux penser : « j'ai raté mon examen », c'est une pensée mais pas un fait. (Il est possible que je sois juste inquiet et qu'en fait je l'ai réussi). Lorsque le

cortex préfrontal est éteint cette pensée devient une réalité absolue ! Il n'y a pas de possibilité de distance par rapport à cette pensée.

Une autre conséquence lorsque le cortex préfrontal s'éteint, c'est qu'on a plus le choix. Nos comportements sont dirigés par nos instincts de survie. Par les réactions de défense qu'on a développées dans notre enfance.

#### Est-ce que l'idéal serait de ne rien ressentir ?

La raison dirigerait notre vie et nous n'aurions plus de problème...

Exemple : Le cas Phineas Gage (1823-1860) : ouvrier qui travaillait dans les chemins de fer aux Etats-Unis et lors d'une explosion, une barre de fer lui a traversé le crâne de part en part. Il a survécu et lorsqu'on lui a enlevé la barre de la tête, il avait l'air tout à fait « normal ». Il pouvait parler normalement, raisonner, faire preuve de logique,... Malheureusement, la partie du cerveau qui met en connexion la raison et les émotions était abîmée. Ce monsieur n'a plus pu conduire sa vie correctement, il débutait une tâche et ne la finissait pas, ses comportements n'avaient aucun sens,... Il a fini par perdre son boulot et s'est retrouvé dans un cirque, comme une « bête de cirque » qui montrait sa barre de fer...

Lorsqu'on est déconnecté de ses émotions, le problème c'est qu'on ne ressent plus ce qui est important pour nous dans la vie. Tout semble complètement sans importance et ce n'est plus possible de diriger sa vie correctement.

L'objectif thérapeutique ce n'est pas de faire que des personnes « trop » émotionnelles deviennent des personnes tout à fait raisonnables. On ne vise pas à transformer les personnes en robots ou en ordinateurs. On cherche juste à mettre le cerveau émotionnel en lien avec le cerveau raisonnable. Que la personne puisse choisir la direction qu'elle veut prendre et ne soit pas uniquement soumise à ses émotions débordantes.

En mettant en connexion la conscience rationnelle et la conscience émotionnelle, en prenant conscience de l'entière de ce qui nous habite, on peut atteindre ce qu'on appelle la conscience éclairée. C'est ce qui permet de savoir ce qui est bon pour soi et dans quelle direction on doit diriger sa vie.

Dans beaucoup de types de thérapies, on utilise la pleine conscience (méditation) pour aider les personnes à maintenir leur cortex préfrontal « allumé » plus longtemps et développer cette conscience éclairée.

Pour permettre de bien comprendre ce concept de conscience éclairée, parlons du concept de fenêtre de tolérance :



Lors d'un événement, nous ressentons des émotions et quand celles-ci se trouvent entre les deux barres (comme sur le schéma) cela veut dire qu'elles sont gérées. Le cortex préfrontal reste « allumé ».

Les patients borderline vont eux se trouver très souvent au-dessus de la barre appelée « seuil de tolérance » et le cortex préfrontal s'éteint, ils ont le sentiment d'être submergés, envahis.

On peut voir aussi des personnes borderline qui sont systématiquement en-dessous de la barre du dessous et qui donc ne ressentent rien. Elles vont par exemple, rester tout le temps au lit, en déconnexion avec le monde, avec elles-mêmes pour ne pas ressentir les émotions.

Lorsque l'on est submergé on est particulièrement sensible à ce qui se passe dans le corps, à l'inverse quand on se déconnecte, on a la conscience du corps qui diminue.

Des expériences sur les interactions entre les bébés et leurs mères permettent d'illustrer le concept de fenêtre de tolérance. Il s'agit d'expériences appelées en anglais : « *Still face experiment...* »

Ces expériences peuvent paraître un peu cruelles. En effet, pendant quelques minutes la maman interagit avec son bébé, à un moment donné elle fige son visage, elle le regarde sans manifester aucune expression. Quand sa maman ne réagit plus le bébé essaye d'attirer son attention, il rigole, lève les mains, il crie, il essaye de rétablir le contact... et finit par pleurer !

Après 2 minutes la maman réagit à nouveau, elle reprend le contact avec lui et le bébé s'apaise immédiatement.

Ce qui est bon dans la relation avec le bébé, c'est quand on est en « accordage » avec lui. Ce qui est difficile c'est quand on coupe « l'accordage ». Mais ce qui est vraiment très destructeur c'est quand il n'y a pas de possibilité de « ré-accordage ». On peut donc avoir des traumatismes de l'attachement qui viennent de la façon dont le bébé et sa mère ont pu s'accorder, se désaccorder et se réaccorder !

Qu'est ce qui crée un bébé sécurisé ? Ce n'est pas les mamans qui sont tout le temps attentives, accordées, car le bébé n'arrive pas à être autonome dans sa régulation émotionnelle, le bébé a aussi besoin d'apprendre à se calmer seul sans sa maman.

Par contre lorsque la maman (ou le papa) est tout le temps en déconnexion, le bébé n'est pas sécurisé parce que seul, il ne peut pas se réguler émotionnellement.

Ce qui permet d'avoir un bébé sécurisé, c'est la capacité de réparation, c'est-à-dire parfois on est accordé et parfois non, et lorsqu'on ne l'a pas été, on peut se réaccorder!

Par rapport à cela, chez les personnes qui ont une personnalité borderline, on peut observer une fenêtre de tolérance qui est toute petite et qu'on pourrait comparer à celle du bébé. Dès que le bébé ressent une émotion, il est tout de suite submergé et a besoin de son parent car il a des difficultés à se réguler par lui-même. Si on transpose ça au niveau biologique, c'est le parent qui « prête » son cortex préfrontal à l'enfant pour se réguler...

Si le bébé ne trouve personne pour le rassurer alors il se déconnecte.

Les personnes borderline ont des difficultés à se réguler et elles sont soit très vite au-dessus de la fenêtre de tolérance soit en déconnexion et elles ont besoin de l'autre et recherchent son attention pour se réguler car elles sont incapables de le faire seules! Malheureusement, en tant qu'adultes les moyens utilisés pour attirer l'attention de l'autre peuvent être très destructeurs.

En thérapie et au travers des groupes thérapeutiques, on va essayer d'augmenter le seuil de tolérance des patients. On va essayer de les « armer » pour qu'ils ne soient plus submergés par leurs émotions. On va essayer également que les périodes de déconnexion soient moins fréquentes.

On va donc essayer de réveiller les émotions chez les personnes qui sont en déconnexion trop souvent et essayer d'augmenter le seuil de tolérance chez les personnes qui sont trop haut, trop souvent.

### **Comment et combien les comportements des personnes borderline affectent l'entourage?**

Les familles qui vivent avec un patient borderline peuvent beaucoup souffrir.

La première chose, c'est que les proches doivent faire le deuil de la personne idéale, une personne qu'ils espéraient peut être différente, sans trouble, sans difficulté,...

Il y a différentes étapes à ce deuil :

- Le déni : on n'y croit pas trop, les problèmes émotionnels de son enfant, de son proche, de son conjoint, on les minimise, on les nie, on fait comme s'ils n'existaient pas, on essaye de considérer qu'il est normal et que ses excès, ses débordements sont finalement normaux...
- La colère : lorsque les troubles sont de plus en plus présents et qu'on ne peut plus les nier, cela peut amener de la colère. C'est une manière aussi de ne pas vraiment accepter la réalité.
- Le compromis : on va essayer de faire des concessions, des sacrifices dans l'espoir de voir le patient retrouver des comportements « normaux ». Malheureusement, ces espérances sont souvent déçues, ce qui peut conduire à la dépression.
- La dépression : sentiment d'une perte, on réalise qu'il va falloir vivre avec cette situation, bien différente de ce qu'on espérait.
- L'acceptation : « mon proche n'est pas comme je l'avais imaginé, il a ses défauts, ses qualités, son trouble... j'apprends à vivre avec et à prendre les responsabilités qui m'incombent sans porter les siennes ». On parvient à mettre des limites et on se sent dans un état d'acceptation.

Outre ces réactions de deuil, il y en a d'autres qui peuvent être vécues par les familles au travers de l'évolution de la souffrance de leur proche:

- La perplexité : face à un proche qui fait une crise de colère, qui se fait du mal, qui menace de se suicider... on est dans l'incompréhension, on reste perplexe,...
- La culpabilité et la honte : on se sent responsable de ce qui arrive à notre proche, c'est particulièrement le cas pour les parents vis-à-vis de leur enfant. On est tellement dans des interactions au quotidien qu'on a le sentiment que forcément on est responsable de ce qui arrive à l'autre.  
Cette culpabilité, cette honte sont très gênantes car elles induisent des modifications de comportements dans les interactions entre les membres de la famille. Entre autres, lorsqu'elle se sent coupable, la famille va facilement considérer le proche malade comme une victime et va entretenir un climat où le patient se sent comme tel, ce qui n'est pas bon pour lui. En effet, il est très important que la personne puisse à un moment donné se responsabiliser pour pouvoir essayer de sortir de cet état.  
Les familles peuvent aussi répondre sans discernement aux demandes du patient qui peut être en demande d'amour, d'affection sans règle, sans limite, avec des demandes d'amour « débordantes »...
- Le sentiment d'impuissance : c'est le sentiment de ne pas pouvoir aider son proche tellement ses conduites sont violentes, tellement la souffrance est forte, tellement les paroles des proches n'atteignent pas leur but.
- La perte d'estime de soi : à force de vivre avec quelqu'un qui va mal, qui est constamment dans l'interaction, qui est très exigeant avec les autres, la famille perd tout doucement l'estime de soi.
- L'isolement : Au fur et mesure, la famille va avoir tendance à s'isoler notamment parce qu'elle a parfois l'impression d'épuiser les amis en parlant sans cesse des difficultés rencontrées avec le proche malade. C'est parfois les amis eux-mêmes qui se détachent car ils en ont marre d'entendre toujours les mêmes histoires. Cet isolement est d'autant plus douloureux qu'il amène la famille à fonctionner en vase clos où l'on s'éloigne des normes extérieures et où les ressources que la famille pourrait trouver à l'extérieur sont de moins en moins disponibles.
- L'isomorphisme : Les proches commencent à développer les mêmes conduites que les patients. Ça ne va pas jusqu'à se faire du mal, mais plutôt à fonctionner parfois de manière



clivée, extrême... tantôt en idéalisant, tantôt en rejetant. Cela complique évidemment les choses puisqu'on tombe dans un cercle vicieux qui empêche le patient de sortir de sa souffrance.

- Le retrait : Les proches se détachent, ils n'y croient plus et sont donc de moins en moins présents auprès du patient.
- Les maladies physiques : ce mode de vie éprouvant imposé par la maladie du proche est source de maux psychosomatiques divers.

### **Les origines du trouble de la personnalité borderline : le modèle bio-social**

Actuellement, on tend vers une conceptualisation bio-sociale de l'origine du trouble de la personnalité borderline. C'est-à-dire que l'on considère que la personne a une prédisposition biologique, innée, une vulnérabilité intrinsèque et que ce sont les interactions entre la personne et son environnement qui vont amener le développement progressif d'une dysrégulation émotionnelle.

Aujourd'hui, on a de plus en plus d'éléments pour penser qu'il y a vraiment des facteurs innés, la génétique a démontré qu'il existait certains gènes de vulnérabilité. Il n'y a pas un gène du trouble, mais plusieurs gènes impliqués.

On a ainsi pu montrer que les sujets porteurs d'un certain gène sont plus à risque d'être attentifs aux situations de peur et de colère. Lorsqu'ils sont confrontés aux situations de peur, on voit leur amygdale (L'amygdale fait partie du système limbique, système qui gère notamment les émotions) s'activer un peu trop et ils focalisent leur attention sur cet affect, ce qui malheureusement peut amener un sentiment de mal-être.

D'autres études génétiques ont mis en évidence l'intrication du facteur génétique avec les facteurs environnementaux. Les sujets porteurs d'un certain gène abimé et confrontés à un milieu insécurisant sont plus à risque de développer des difficultés à réguler leurs émotions. Par contre lorsqu'ils sont confrontés à un milieu sécurisant ils ne sont pas à risque de développer ce trouble de régulation émotionnel.

Marsha Linehan, psychologue américaine ayant elle-même souffert d'un trouble de la personnalité borderline, a qualifié l'environnement « délicat » des patients qui développent ce trouble, d'environnement invalidant, c'est-à-dire un environnement qui ne reconnaît pas la manière dont l'enfant vit ses expériences émotionnelles. Particulièrement lorsque l'enfant cherche à comprendre la cause de ses émotions.

Par exemple :

- Lorsqu'un enfant a de mauvais résultats scolaires, ces parents interprètent ça uniquement comme un problème de motivation sans chercher d'autres causes possibles.
- Lorsqu'un enfant exprime de la peur ou de la tristesse et que la famille l'attribue à une trop forte réactivité et ne prend pas en considération le ressenti de l'enfant.
- A l'inverse lorsqu'un enfant exprime de la joie, de la gaieté, c'est attribuer ça à de la naïveté ou à une idéalisation excessive et à considérer que ça ne peut être que des « gamineries ».

L'environnement invalidant, c'est quand le vécu de l'enfant n'est pas reconnu ou accepté comme tel. Pour l'environnement invalidant, l'enfant se trompe de réagir comme il le fait, c'est une manière de nier son vécu émotionnel et de remettre en question son identité. L'environnement invalidant soutient que le bonheur et la réussite sont des questions de volonté et si l'enfant n'y arrive pas c'est qu'il mérite désapprobation et critique.

En conclusion, l'environnement invalidant, c'est un environnement qui ne parvient pas à transmettre à l'enfant :

- Comment identifier et réguler ses émotions ?
- Comment tolérer les émotions de détresse ?
- Quand faire confiance à ses réponses émotionnelles en tant que perceptions valides des événements ?

Les conséquences de l'environnement invalidant sont :

- L'enfant ne sait pas identifier et réguler ses émotions. Il va donc demander à son entourage de le faire à sa place et va développer une dépendance.
- L'enfant simplifie les difficultés de l'existence et va répéter assez facilement les situations d'échec.
- L'enfant ne va pas pouvoir exprimer ses émotions négatives et va devoir les contenir, ce qui risque de déboucher sur une crise.

Quel est cet environnement invalidant?

1. La famille : De manière un peu stéréotypée, on peut étiqueter deux types de familles :
  - La famille parfaite où les parents privilégient le contrôle de soi : les parents ne tolèrent pas l'étalage d'émotions négatives de leurs enfants. C'est la famille où chaque membre gère sans difficulté les contraintes du quotidien, les expériences douloureuses. La famille où les parents ont des métiers à responsabilité et où tous les enfants ont toujours réussi brillamment. Si un enfant sort de ce modèle, tout devient très compliqué, les « déviances » sont très mal tolérées. Dans ces familles, on retrouve généralement, une grande capacité de contrôle, beaucoup d'ambition, des métiers stressants qui ne laissent pas de place aux enfants trop dépendants.
  - La famille chaotique, famille instable où les parents n'assument pas leurs responsabilités, où les repères ne sont pas clairs. Ce sont des familles où on sent que les modèles de génération en génération n'ont pas toujours été clairs et où malheureusement, chacun des enfants n'a pas pu intégrer une certaine identité contenante et consistante qui donne cette capacité à gérer ses émotions.
2. La culture occidentale et son individualisme : notre société valorise plutôt le contrôle des émotions et la maîtrise comme critères de succès. Les comportements des personnes matures sont supposés être contrôlés par des forces internes. Si la personne se définit par ses relations aux autres, elle est considérée comme immature.
  - La perte de repères dans notre société : aujourd'hui, on est beaucoup plus mobile, on ne vit pas nécessairement dans le village où on a grandi, on s'éloigne de ses parents et on n'a plus la chance de profiter du soutien des grands-parents. Les familles se séparent, il y a également une perte de repères importants au niveau des institutions religieuses, éducationnelles.
  - La télévision, les jeux vidéo, internet qui amènent des modèles de violence, avec également une connotation sexuelle souvent très impulsive qui sont des prototypes de la personnalité borderline.
  - Le stress de la vie quotidienne
  - Le sexisme : Nous vivons dans une société qui reste sexiste. Dans la société et donc en famille on valorise la dimension affectueuse, sentimentale, relationnelle des petites filles. Tandis que chez les garçons, on va plutôt valoriser l'individualité, le fait de ne pas exprimer ses émotions, ... Et donc, très tôt les modèles sociologiques sont différents pour les filles et malheureusement à l'âge adulte la société ne soutient que l'individualisme, l'autonomie, la carrière,... la femme se retrouve confrontée à une situation contradictoire ; d'un côté on lui a appris à être attentive à ses émotions, à l'affection, aux relations, et d'un autre la société lui renvoie de ne pas faire attention à ça, de faire carrière, d'être ambitieuse... Il y a plus de femmes qui souffrent du trouble de la personnalité borderline que d'hommes. Ce n'est pas l'unique raison, mais cela joue !
3. Les abus sexuels ont un rôle prédominant dans le développement et dans la gravité du trouble de la personnalité borderline. Les abus sexuels sont plus fréquents chez les personnes borderline que dans la population normale, mais ça n'est pas toujours le cas ! Chez ces personnes qui ont été abusées on retrouve de gros problèmes d'identité.

Cela peut être parfois délicat et compliqué pour les familles d'entendre parler d'environnement, de familles invalidantes, il faut savoir cependant que l'invalidation peut être présente également chez les soignants. En effet, il est parfois extrêmement difficile pour eux de valider les émotions violentes, impulsives, destructrices et envahissantes des patients borderline. Le but ici n'est certainement pas de culpabiliser les familles mais plutôt d'amener une analyse et une réflexion sur l'invalidation et les difficultés pour l'éviter au quotidien. Lorsque les patients sont dans des situations de crise et présentent des comportements difficilement acceptables, on « tombe » assez facilement et sans le vouloir dans une certaine forme d'invalidation. C'est extrêmement complexe de trouver le bon équilibre entre d'un côté reconnaître la souffrance de la personne et de l'autre faire évoluer cette souffrance vers quelque chose qui est plus gérable, plus acceptable, plus intégrable dans la relation humaine.

## **Le traitement du trouble de personnalité borderline**

Il n'existe pas vraiment de traitements médicamenteux efficaces, ils sont surtout utiles de façon ponctuelle et pour certains symptômes comme l'anxiété ou les phases de paranoïa.

Depuis environ 20 ans, des traitements vraiment spécialisés pour les personnes qui ont une personnalité borderline se développent. Il s'agit essentiellement de traitements psychologiques qui combinent à la fois la thérapie individuelle et la thérapie de groupe.

Il y a quatre types de thérapies pour le traitement du trouble de la personnalité borderline :

- DBT – Dialectical Behavior Therapy (Linehan) - thérapie comportementale dialectique
- TFP - Transference focused Psychotherapy (Kernberg) – thérapie centrée sur le transfert – thérapie de type psychanalytique
- Mentalization Based Therapy (Fonagy)
- SFT – Schema Focused Therapy (Young)

Nous aborderons principalement le premier type: la thérapie comportementale dialectique qui a été créée par Marsha Linehan. Dans cette thérapie, les objectifs généraux sont :

- Essayer de diminuer les comportements qui mettent en péril la survie de la personne et encourager (grâce à une méthodologie spécifique) d'autres façons de réguler l'émotion que les passages à l'acte suicidaire, les mutilations, etc...
- Augmenter la motivation des personnes, en effet très souvent les personnes ont vécu de nombreuses hospitalisations, rencontré différents thérapeutes et cela s'est soldé par des échecs. Lorsqu'elles arrivent elles sont très découragées et elles n'y croient plus... Il faut donc leur rappeler que c'est possible d'améliorer leur bien-être, leurs relations.
- Augmenter les compétences du patient. Plus on va donner aux personnes des ressources, des moyens pour baisser leur niveau de tension émotionnelle ou pour éviter de se déconnecter, moins il y aura de passage à l'acte car les personnes seront moins souvent au-dessus ou en-dessous de leur seuil de tolérance. La thérapie de groupe est principalement basée sur l'apprentissage de compétences de régulation émotionnelle, que ce soit dans les relations avec les autres, au niveau de l'observation de ce qui se passe en soi ou encore par rapport à la détresse ressentie pendant les crises.  
On essaye de donner aux personnes un maximum d'outils pour pouvoir gérer les crises émotionnelles sans se détruire, sans casser la relation, sans abîmer la famille.  
On amène les personnes à être capable de rester à l'intérieur de leur fenêtre de tolérance.
- Assurer la généralisation des acquis au milieu naturel, c'est-à-dire que ce qui est appris dans le groupe « passe » dans la vie de tous les jours... Dans la vie de tous les jours, les relations sont parfois tellement compliquées que tout ce qui est vu dans le groupe disparaît.
- Apporter un environnement thérapeutique structuré et sécurisant afin que les personnes soient à l'intérieur de leur fenêtre de tolérance pendant le groupe et que les compétences puissent se transférer dans la vie de tous les jours.

Le cadre thérapeutique proposé dans la thérapie comportementale dialectique :

- Groupes psycho-éducatifs : Dans le groupe, les compétences vont être travaillées, les personnes vont s'encourager l'une l'autre et s'entraîner à les appliquer.
- Psychothérapie individuelle : C'est un moment où le vécu des personnes est accueilli, où l'on peut parler des crises qui ont eu lieu pendant la semaine, des comportements suicidaires, de la mutilation, etc... On réfléchit à comment la personne aurait pu faire différemment. C'est le lieu où se noue une relation « proche » avec le patient qui lui permet de tenir dans le programme.
- Contacts téléphoniques : Les thérapeutes se rendent accessibles à certaines conditions et uniquement pour la gestion des crises. C'est un soutien qui permet entre autre de favoriser l'application dans la vie de tous les jours de ce qui a été travaillé dans le groupe thérapeutique.

Hiérarchie des cibles thérapeutiques :

- Diminuer les comportements suicidaires et de mutilations
- Diminuer tous les comportements interférant avec la thérapie : les comportements qui rendent impossible la bonne réalisation d'une thérapie. Par exemple : absentéisme fréquent lors des groupes thérapeutiques, irrégularité dans les rendez-vous,...
- Diminuer les comportements interférents avec la qualité de vie
- Traiter les traumatismes : uniquement lorsque les personnes sont capables de se réguler un peu. D'une façon plus sécurisée, d'une façon qui ne mettra pas la personne dans des états de débordements qu'elle ne pourrait pas gérer.

Les résultats de la thérapie comportementale dialectique sur le trouble de la personnalité borderline :

Réduit:

- Les tentatives de suicide
- Les comportements auto-destructeurs
- La dépression
- Le désespoir
- La colère
- La dépendance aux substances
- L'impulsivité

Augmente :

- L'ajustement (général & social)
- Une estime de soi positive

Depuis Février 2010, le groupe « Mosaïque » est organisé à Liège dans le cadre d'ISO SL (Hôpital Le Petit Bourgoigne). C'est un traitement ambulatoire. Le groupe comporte 8 à 10 participants et est ouvert, c'est-à-dire que l'on peut y rentrer n'importe quand pendant l'année. Il y a un entretien d'admission au préalable pour voir avec la personne si elle est prête à rentrer dans ce type de groupe. La personne doit signer un contrat renouvelable de 6 mois d'engagement minimum dans le projet. Le groupe a lieu tous les vendredis de 14h à 17h.

Pour en savoir plus :

- Paul T. Mason et Randi Kreger, *ces gens qui sont borderline, apprenez à composer avec les personnalités limites*, ed. Les éditions de l'Homme.
- Marie-Sissi Labrèche, *Borderline*, ed. Boréal compact.
- Dominique Page, *Borderline, retrouver son équilibre*, ed. Odile Jacog