

Trouble bipolaire, borderline etat limite ou deficit attention hyperactivité. TDAH / ADHD et borderline.

Introduction:

Connexions entre **trouble de la personnalité borderline** et **trouble de déficit d'attention**. Il y a beaucoup de similitudes entre trouble borderline et déficit d'attention mais cela demeure 2 différents troubles.

Nous discutons aussi du lien entre TDA durant l'enfance et trouble borderline à l'age adulte
Vous trouverez sur la dernière partie de ce document notre vision que nous espérons assez globale et à l'écoute de la souffrance

Critères DSM IV du trouble de déficit d'attention.

Données, études.

Ce qu'ils en pensent

Point de vue de l'Aapel et troubles deficit d'attention

Données, études (*statistiques, prévalence, comorbidité, co-occurrence*)

* Biederman J, Newcorn J, Sprich S. - Pediatric Psychopharmacology Unit, Massachusetts, Boston - Am J Psychiatry 1991

"La littérature soutient une considérable comorbidité entre trouble de déficit d'attention avec hyperactivité avec les troubles de conduite, troubles d'opposition, troubles de l'humeur, troubles d'angoisse, incapacités d'apprentissage, et d'autres troubles, tels que le retard mental, le syndrome de Tourette, et le trouble de personnalité borderline"

* Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. - Dept. of Neurology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA.

2002 J Abnorm Child Psychol. - Devenir des enfants hyperactifs devenus jeunes adultes
Les jeunes adultes du group ADHD enfants, répondaient aux critères pour ADHD (5%);
depression majeure (26%); et histrionique (12%), antisocial (21%), passif-agressif (18%), et troubles de la personnalité borderline (14%)

Les Résultats suggerent que les enfants hyperactifs ont un risque important de trouble lorsqu'ils sont jeunes adultes, principalement de depression majeure et plusieurs troubles de la personnalités

* Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. - San Raffaele Vita-Salute University, Faculty of Psychology, Milano, Italy

2002 Compr Psychiatry. - Passé de deficit d'attention / hyperactivité durant l'enfance et trouble de la personnalité borderline

Les résultats de cette étude semblent **supporter l'hypothèse d'une association entre passé de symptômes d'ADHD / TDA/H durant l'enfance et diagnostic de trouble borderline à l'age adulte**

Déficit d'attention et borderline, ce qu'ils en disent

* "Ce sont des troubles très différents, avec les similitudes de "distractibilité" (*incapacité de maintenir l'attention*) et impulsivité et parfois estime de soi atténuée -- mais avec de grandes différences dans les symptômes et les causes

L'excitabilité neurologique du **trouble borderline est liée à une sur-reaction émotionnelle et des difficultés à contrôler / moduler l'angoisse et la colère;**

L'aspect neurologique du trouble de déficit d'attention conduit à la "distractibilité" et à des difficultés de se concentrer -- mais ce n'est pas un trouble émotionnel ou un trouble du moi. Les médicaments "stimulant" sont indiqués dans le cas de l'add, mais pas du bpd" (*Daniel C Claiborn 2003*)

* "Beaucoup de personnes qui ont un trouble borderline ont aussi d'autres problèmes comme ... trouble de déficit d'attention" (*Bpdcentral, "What is Borderline Personality Disorder (BPD)?"*, *bpdcentral.com 2001*)

* "Le diagnostic différentiel de ADHD à l'age adulte inclut dépression, hypomanie, troubles dissociatifs, trouble de la personnalité borderline ou antisocial, abus de substances alcool, drogue" (*Mina Dulcan, M.D ,...*, "*ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER*", *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997*)

* "Tous ces trois diagnostics (*bipolaire, borderline et ADHD*) sont distincts et constituent de vraies entités. Un individu peut avoir un, deux ou tous les trois diagnostics. Puisqu'ils sont tous traités différemment, les diagnostics doivent être faits soigneusement et exactement. Le Bipolaire est moins le fréquent, mais celui qui peut être déclenché en traitant les deux autres. Bien que les études de MRI du cortex préfrontal droit seront bientôt disponibles pour diagnostiquer l'AD(h)d, actuellement il n'y a aucune imagerie ou d'autres études qui confirment ou éliminent un diagnostic. Le DSM est l'outil diagnostique qui établit les diagnostics officiels, et à mon avis, ils sont excellents et extraordinairement utiles.
- Le symptôme primaire du trouble bipolaire est la manie (*ou hypomanie*) . La plupart des individus avec dépression n'ont pas de manie ou d'hypomanie. Le caractère cyclique n'est pas nécessaire au trouble bipolaire, mais il est commun. Le caractère cyclique n'est pas exclusif au trouble bipolaire. La plupart des individus avec le BPD ont des oscillations d'humeur, mais ils n'ont pas de manie ou d'hypomanie - leurs oscillations d'humeur changent la plupart du temps avec le sentiment. de se sentir mal

La présence de manie ou d'hypomanie établit le diagnostic de bipolaire, qui peut débiter à la petite enfance. Le BPD commence à la puberté (*Aapel: signes durant l'enfance*). l'AD(h)d semble être un phénomène génétique, pas une maladie, et commence dans la prime enfance - en fait, ceux avec exclusivement le coté "inattention" du Ad(h)d peuvent être des bébés très "faciles".

Les similitudes sont l'irritabilité, l'instabilité d'humeur, et la réaction disproportionnée au stress. Il y a néanmoins des différences subtiles.

Les Bipolaires - particulièrement enfants - réagissent mal lorsqu'on leur dit "non" tandis que ceux avec ADHD n'aiment pas les stimulations excessives, quant aux borderlines ils ont des cycles conduisant à la *dysphorie*(*inquiétude, fureur, dépression et désespoir*) sous stress - particulièrement lorsqu'ils expérimentent la crainte ou la **colère**.

Je suspecte qu'aussi bien le BPD que le trouble bipolaire sont une forme d'*épilepsie*(*les cellules du cerveau s'allument de façon inapproprié et en dehors de tout contrôle*). C'est

pourquoi les médicaments d'anti-épilepsie fonctionnent tellement bien. - Le Bipolaire peut être une épilepsie sur les pics d'un modèle normal saisonnier que nos ancêtres avaient besoin pour survivre durant les dures périodes glacières durant des milliers d'années où l'hibernation pendant l'hiver et l'accroissement d'énergie durant le printemps/été étaient salutaires.

- Le trouble borderline est (*Aapel: "pourrait être"*) une épilepsie "d'instinct animal" emprisonné, acculé, enroulé. Dans le trouble borderline, il y a des anomalies dans les systèmes "adrénergiques et cholinergiques" du cerveau qui répondent au lithium et au carbamazépine, des anomalies dans les systèmes dopaminergiques centraux causant les symptômes psychotiques qui répondent à des faibles doses de *neuroleptiques*, et des anomalies dans le système nerveux central, le système sérotonergique sous-jacent des comportements impulsifs agressifs qui répondent aux agents sérotonergiques tels que le Prozac.

Les Bipolaires ont besoin d'être agressivement traités avec des médicaments antiepileptiques et des antipsychotiques avant de traiter les autres diagnostics, bien qu'avec les adultes qui ont également un trouble borderline je traite habituellement d'abord pendant une semaine avec un SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) avant d'ajouter le médicament antiepilepsie Tegretol en raison des bénéfices profonds que peuvent apporter à attendre une semaine avant de commencer le Tegretol. Les antipsychotiques comme Risperdal et Seroquel peuvent être nécessaires dès le début." (*Leland M. Heller, MD, "Is it Bipolar, BPD or ADHD?" , ask the doctor*)

* "En matière de TDAH, le diagnostic différentiel est essentiel, il faut d'abord éliminer la possibilité d'une épilepsie, d'un retard du lobe frontal, d'une précocité, d'une hyperactivité réactionnelle due à un défaut d'éducation ou une souffrance psychologique, d'une maltraitance.

Le TDAH n'est pas un trouble de la personnalité (*ex: Borderline*), un état anxieux, un trouble affectif, ou dissociatif, une schizophrénie, une psychose, ou de l'autisme...

Selon moi le Borderline pur (*sans TDAH*) n'a pas de trouble d'apprentissage, ses repères spatiaux temporels sont bons, son QI est harmonieux dans la moyenne. Les subtests sont à peu près égaux partout, le QI verbal est peu éloigné du QI de performance...

L'enfant Borderline peut être inattentif car angoissé ou anxieux à certains moments mais il peut se concentrer, finir un jeu ou une tâche contrairement à l'enfant TDAH. L'enfant Borderline n'est pas en échec scolaire dès le primaire.

On peut faire le diagnostic différentiel avec un bilan neuropsychologique complet comprenant, test de barrage, échelle de mémoire, QI, bilan de langage, bilan psychomoteur après avoir fait un EEG standard et un IRM...

L'enfant TDAH ne sait pas s'organiser ni planifier. Il est souvent incapable de réaliser plus de deux consignes qui se succèdent.

La précocité est souvent associée au TDAH mais on observe chez les enfants précoces sans TDAH des comportements hyperactifs généralement uniquement à l'école car l'enfant s'ennuie.

L'impulsivité cérébrale du sujet THADA s'exprime dans toutes les situations de la vie, c'est un touche à tout qui ne peut jamais se contrôler, même dans une situation calme simplement parce qu'il est dans l'incapacité de réfléchir avant d'agir et que sa mauvaise mémoire de travail l'handicape. Je pense que l'impulsivité du sujet borderline est une impulsivité d'émotion qui ne se manifeste que dans les situations tendues, les colères, les conflits, la douleur, la frustration mais pas dans les autres situations...

Le syndrome TDAH provoque des chances de développer en même temps un autre trouble : 30 à 50% de chances de développer un trouble de conduite ou un trouble oppositionnel, de

15 à 75 % un trouble de l'humeur, 25 % un trouble de l'anxiété, etc
L'ampleur de la composante génétique associée au TDAH est parmi les plus élevées des troubles psychiatriques (70 % à 95 %)." (Marlene Wahl, co-fondatrice de l'association THADA France 2003)

Point de vue de l'Aapel sur ADHD, TDA/H et le trouble de la personnalité borderline
Voici notre **sentiment**.

L'ADD (TDA) et le trouble borderline sont-ils deux troubles distincts ?

Oui, voir plus haut, chacun a des caractéristiques différentes. Si ils constituaient la même entité il serait inutile de les séparer dans le DSM

Est-il possible de souffrir des deux troubles ?

Oui, quand bien même les deux troubles sont différents, une personne peut souffrir d'un trouble borderline et de déficit d'attention en même temps

TDA - Diagnostic différentiel (nosologie)

En se basant sur le DSM-IV, le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité n'est pas diagnostiqué si les symptômes s'expliquent mieux par un autre trouble mental : trouble envahissant du développement (*autisme, asperger, ...*), schizophrénie ou un autre trouble psychotique, trouble de l'humeur (bipolaire, dépression, etc), trouble anxieux (angoisse généralisée, stress post traumatique, etc), trouble dissociatif ou **trouble de la personnalité**. ... ou modification de personnalité en raison de considération médicales générales, ou trouble lié à un abus de substance...

Mais aussi l'épilepsie, problèmes d'audition, de sommeil, etc... (*netdoctor*),

Un TDA (trouble de déficit d'attention) durant l'enfance conduit-il à un TPL (trouble borderline) à l'adolescence ?

Cela est vrai dans de **nombreux cas** mais n'est pas automatique, cela reste une possibilité (*surtout si l'enfant avec TDAH n'a pas été traité durant l'enfance*)

Autant un TDA ne conduit pas obligatoirement à un trouble borderline, autant un TPL peut souvent naître d'événements sans liens avec un TDA

Le trouble borderline est-il une maladie d'adulte et le trouble de déficit d'attention une maladie d'enfant ?

Globalement oui mais pas toujours. Il est possible de diagnostiquer un trouble borderline durant l'enfance (*voir études*) comme il est possible de diagnostiquer un TDA à l'âge adulte

Le fait qu'une personne réponde positivement à un médicament de type "stimulant" prouve t'il que la personne souffre bien d'ADHD, TDA/H ?

Les stimulants permettent à beaucoup de personnes d'améliorer leur concentration et attention, que ces personnes souffrent de déficit d'attention ou pas. Les progrès sont justes plus visibles chez les personnes souffrant de déficit d'attention (*Source NIMH ADHD*)

A noter qu'il existe des polémiques sur l'usage de ces molécules, et qu'il est important de jauger le rapport bénéfices / inconvénients pour chaque cas.

Le but de ces propos est de dire que l'on ne fait pas reposer un diagnostic uniquement sur la réponse ou non réponse d'une molécule

Conclusion ?

La coexistence des deux troubles, bien que non « obligatoire » semble évidente.

Les deux semblent donc pouvoir cohabiter ce qui n'est absolument pas incompatible quand l'on sait que se comporter "normalement", "fonctionner", pour une personne borderline est souvent épuisant.

Quant à distinguer les deux, cela ne semble pas poser de gros problèmes, les critères DSM étant très différenciés notamment pas le côté "**problème d'attention**" qui semble le "coeur" du TDA.

La conclusion qui sera toujours la même dans ces pages est « Lorsque l'on pose un diagnostic de trouble d'attention, il est important de voir s'il n'y aurait pas "autre chose" derrière tout cela et notamment un trouble de la personnalité borderline (*tout du moins en « gestation »*)(...*et inversement*)

A propos des stimulants

A noter que les patients souffrant d'ADHD, TDAH peuvent être traités chimiquement par Methylphenidate Chlorhydrate (*ritaline*) ou dextroamphétamine (*Dexedrine*) qui ont un "effet stimulant de type amphétaminique, conséquence d'une augmentation de la libération de dopamine au niveau central" (*biam*), et ce en plus d'une prise en charge / thérapie adaptée