

Le trouble de la personnalité

BORDERLINE

Comprendre la maladie et trouver de l'aide

Andreas Knuf

Traduction: Yves Rosset

Table des matières

Avant-propos : le trouble de la personnalité borderline – une maladie encore mal connue	5
Qu'est-ce que le trouble de la personnalité borderline ?	9
Quels sont les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline ?	13
Comment apparaît le trouble de la personnalité borderline ?	17
Trouver l'aide adéquate	21
S'aider soi-même	29
Un trouble qui affecte aussi les proches	33
Annexes : adresses utiles, bibliographie, sites Internet	37
Publications de Pro Mente Sana	49
Permanence téléphonique	52



Le trouble de la personnalité borderline – une maladie encore mal connue

Le grand public sait peu de choses sur le trouble de la personnalité borderline. La maladie est difficile à saisir. Cette brochure doit permettre de mieux la comprendre.

Avant-propos d'Andreas Knuf

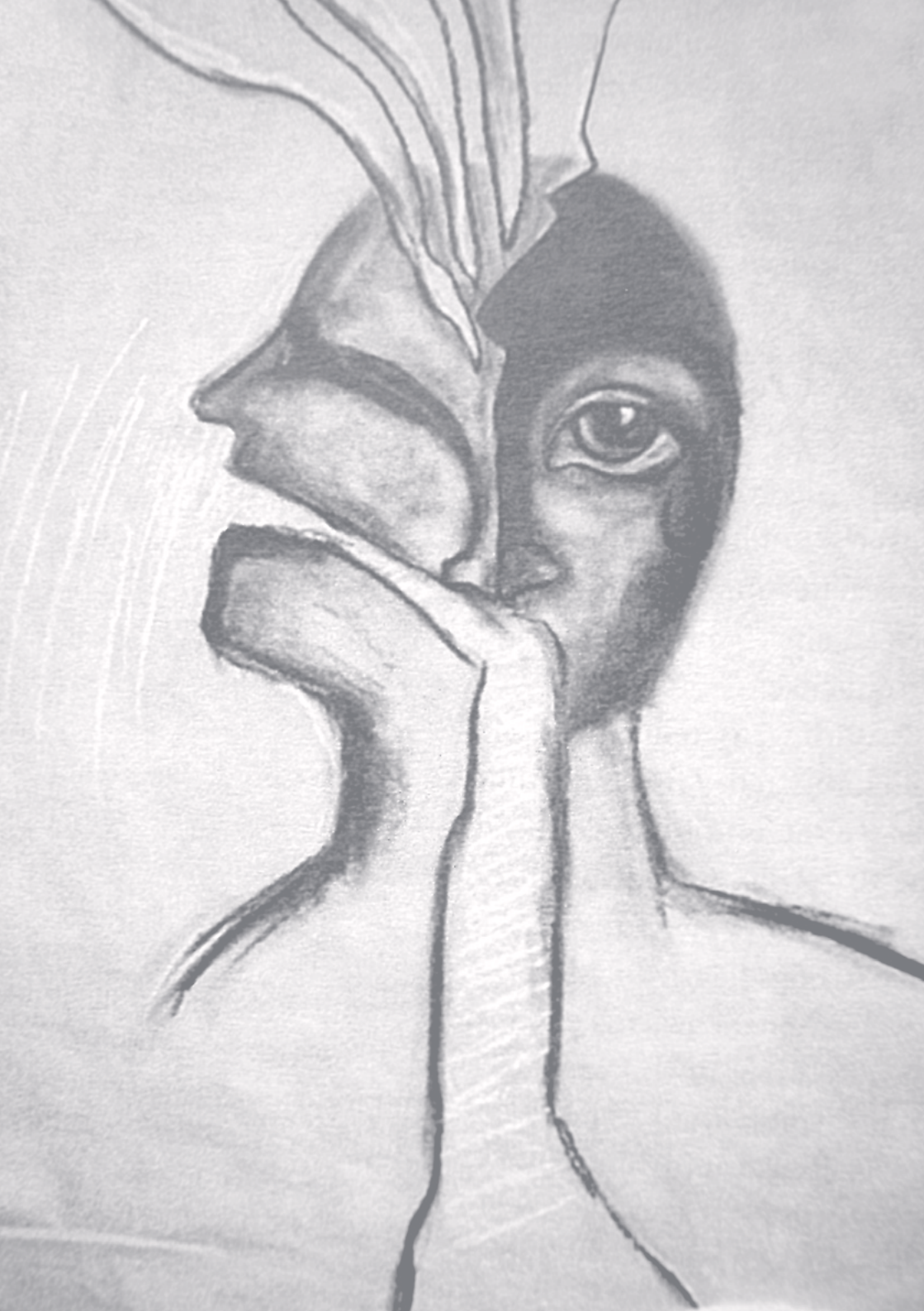
Le trouble de la personnalité borderline (appelé aussi trouble borderline, personnalité limite, état limite, trouble de personnalité état-limite ou trouble de la personnalité émotionnellement labile) est une maladie difficile à comprendre. Il n'est donc pas étonnant que, durant plusieurs décennies, les spécialistes n'aient pas réussi à s'accorder sur le fait même de son existence. C'est seulement grâce aux importants efforts de recherche entrepris depuis les années 1990 que l'on sait aujourd'hui que le trouble de la personnalité borderline constitue une maladie psychique clairement délimitable et plus courante que ce que l'on supposait. En Suisse, plus de 100 000 personnes sont concernées. Le trouble de la personnalité borderline survient donc plus fréquemment que la schizophrénie, par exemple.

Si le grand public connaît encore mal cette maladie, c'est peut-être à cause de la difficulté qu'ont les personnes non concernées à se représenter un état borderline: comment un sentiment d'affection peut-il se transformer en un sentiment de haine en l'espace de quelques instants ? Comment une personne peut-elle passer brusquement de la joie au désespoir ? Pourquoi un individu s'inflige-t-il de graves blessures ? À l'aspect déroutant de telles conduites s'ajoute le fait que les personnes concernées donnent souvent l'impression d'être en bonne santé et que l'on a du mal à s'imaginer qu'elles sont malades. Les personnes concernées et leur entourage ont par conséquent de la peine à être compris et à trouver des informations susceptibles de les aider. Elles craignent de parler de leurs expériences, car le trouble de la personnalité borderline demeure encore aujourd'hui un sujet tabou.

On a longtemps cru qu'il n'existait pas de traitement du trouble de la personnalité borderline. Entre-temps, il a pu être montré que des méthodes de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique peuvent être efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux spécificités de la problématique du trouble de la personnalité borderline. Ces méthodes sont aujourd'hui utilisées par un nombre croissant de cliniques psychiatriques et de psychothérapeutes offrant un traitement ambulatoire. Ainsi, même si le trouble de la personnalité borderline reste une maladie psychique grave, les personnes concernées disposent de plusieurs formes d'aide professionnelle et de nombreux outils d'entraide pour y faire face.

Avec la publication de cette brochure, Pro Mente Sana désire informer les personnes concernées, leurs proches et les professionnel-le-s du domaine de la santé mentale intéressé-e-s par le trouble de la personnalité borderline et contribuer à ce que celui-ci soit dorénavant considéré comme une maladie psychique «tout à fait normale». Nous tenons à remercier ici les personnes concernées et leurs proches qui, avec une sincérité impressionnante, nous ont fait part de leurs expériences lors de la réalisation de cette brochure. Nos remerciements s'adressent également aux docteurs Gerhard Dammann, Marc Walter et Marko Hurst. Sans leurs connaissances, leurs expériences cliniques, leurs remarques et leurs suggestions, cette brochure n'aurait pu voir le jour.

Andreas Knuf, 2004



Qu'est-ce que le trouble de la personnalité borderline ?

Le trouble de la personnalité borderline se caractérise par une perturbation marquée du rapport à soi-même et aux autres. Utilisé depuis la deuxième moitié du siècle passé, le terme «borderline» (= ligne frontière) désignait à l'origine un trouble situé entre les névroses et les psychoses. Aujourd'hui, on sait que le trouble de la personnalité borderline constitue une entité clinique reconnaissable, bien que certaines de ses caractéristiques se retrouvent dans d'autres maladies. Vers la fin des années 1980, le trouble de la personnalité borderline a été intégré comme maladie psychique dans les systèmes de classification utilisés en psychiatrie.

Les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline éprouvent des états émotionnels intenses, survenant brusquement et souvent difficilement contrôlables. Il peut s'agir de sentiments violents de désespoir, de solitude, d'irritation ou d'anxiété. Lors de contacts avec autrui, des conflits minimes suffisent à déclencher des crises de colère violentes. Les personnes concernées éprouvent de la difficulté à percevoir leur entourage de manière nuancée et ont tendance à le classer selon un mode de pensée noir et blanc : soit une personne est absolument bonne, soit elle est totalement mauvaise. Cette attitude rend les relations interpersonnelles problématiques. En effet, si celles-ci peuvent rapidement s'intensifier, elles peuvent tout aussi rapidement se rompre. Certains symptômes, comme la dépendance ou des conduites d'automutilation, peuvent être interprétés comme des tentatives infructueuses de s'aider soi-même par lesquelles les personnes concernées essaient de se protéger contre des sentiments insupportables. Il arrive fréquemment que des personnes tentent de se suicider pour mettre fin à leurs souffrances. 10 % environ des personnes chez qui un trouble de la personnalité borderline a été diagnostiqué décèdent prématurément par suicide. Le trouble de la personnalité borderline est donc une maladie souvent mortelle et ne doit pas être sous-estimé.

Mais le trouble de la personnalité borderline n'est pas uniquement synonyme de difficultés. Les personnes concernées possèdent souvent des aptitudes particulières et peuvent être très créatives, vivantes et capables d'enthousiasme. Les sentiments négatifs ne sont pas les seuls à être très intensément éprou-

vés, puisqu'il en va de même des sentiments positifs comme la joie ou l'amour. Cependant, ces sentiments peuvent rapidement basculer, la joie se transformer brusquement en désespoir, ou l'affection en colère.

Selon différentes estimations, le trouble de la personnalité borderline touche entre 1 % et 3 % de la population, dont environ 2/3 de femmes. On suppose que des maltraitements subies durant la petite enfance constituent un des facteurs de risque contribuant à son apparition. Le fait que les femmes sont plus fréquemment victimes de maltraitance que les hommes permettrait d'expliquer pourquoi la maladie est plus souvent diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes. La maladie apparaît en général durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Il est courant que d'autres types de troubles psychiques soient d'abord diagnostiqués, par exemple des troubles du comportement alimentaire, des comportements suicidaires ou des dépendances. Les symptômes pouvant toujours changer, ils ne sont pas d'emblée interprétés comme appartenant au trouble de la personnalité borderline. Ainsi, une personne peut commencer par souffrir de crises de panique, avoir ensuite des symptômes de comportement anorexique, puis un comportement d'automutilation. Ce déroulement de la maladie explique pourquoi de nombreuses personnes, après avoir été profondément déstabilisées par différents diagnostics, apprennent avec soulagement qu'elles souffrent du trouble de la personnalité borderline. C'est en effet seulement à partir de ce moment-là qu'elles peuvent donner un sens à l'ensemble de leurs difficultés psychiques.

Certains symptômes se manifestent fréquemment, d'autres plus rarement. Près des trois quarts des personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline ont déjà eu un comportement d'automutilation. Il s'agit en général de blessures infligées aux bras, aux jambes ou au ventre à l'aide de lames de rasoir ou d'autres objets coupants, mais on observe aussi d'autres types d'automutilation, comme celles consistant à se brûler ou à frapper violemment différentes parties de son corps contre des objets durs. Aujourd'hui, les comportements d'automutilation sont souvent assimilés à tort au trouble de la personnalité borderline. Or, une personne qui s'inflige des blessures ne souffre pas automatiquement d'un trouble de la personnalité borderline, et toutes les personnes qui souffrent du trouble de la personnalité borderline ne s'infligent pas forcément des blessures.

« D'un côté je fonctionne à 150 %, d'un autre, je suis émotionnellement une loque. »

« Tu as tellement de souffrances à l'intérieur de toi que tu essaies de te faire mal à l'extérieur. »

« Ce n'est que lorsque je sens la douleur que je recommence à prendre lentement pied. »

« Je ne cesse de papillonner d'une personne à l'autre. D'abord je suis tout feu tout flamme, tout m'enthousiasme, mais bien vite, les mêmes choses m'ennuient complètement. »



Quels sont les critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline ?

Le diagnostic du trouble de la personnalité borderline s'établit à l'aide de neuf critères diagnostiques. Afin de faciliter leur compréhension, nous les illustrons par des témoignages de personnes concernées. Ces critères ne conviennent pas à un autodiagnostic, puisque les conduites et les états qu'ils décrivent peuvent être vécus sous une forme atténuée par un grand nombre de personnes nullement concernées par la maladie.

Dans ses dernières éditions, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR, 2003; DSM-V, 2013) distingue neuf critères diagnostiques pour le trouble de la personnalité borderline, cinq d'entre eux devant au moins se manifester pour que le diagnostic de la maladie puisse être établi. C'est donc seulement lorsque l'on a affaire à plusieurs symptômes simultanés de forte intensité que la problématique du trouble de la personnalité borderline doit être envisagée. Ces critères ne conviennent pas à un autodiagnostic, puisque les conduites et les états qu'ils décrivent peuvent être vécus sous une forme atténuée par un grand nombre de personnes nullement concernées par la maladie. Il est important que le diagnostic soit établi par un-e thérapeute expérimenté-e. Nous reprenons ci-après les critères tels qu'ils sont formulés dans le DSM-V. Afin de rendre plus saisissable la réalité décrite par le langage scientifique, nous avons illustré chacun d'eux par le témoignage d'une personne concernée.

Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.

« Je passais de plus en plus souvent mes soirées à l'aéroport, isolé et seul au milieu de la foule. L'intense activité qui régnait m'évitait de sombrer. Je m'agrippais aux bruits du hall de départ et fixais les lumières sur la piste d'atterrissage, juste pour ne pas devoir tourner mon regard vers moi-même. »

Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

« Presque toutes les relations que j'ai eues étaient de courte durée, surtout lorsqu'elles étaient intenses. Dès que je commençais à faire confiance à quelqu'un,

je m'engageais beaucoup, sans attendre. Puisque je m'ouvrais à l'autre, j'attendais qu'il réagisse en conséquence. Je ne lui cachais aucune de mes émotions, mais cela ne durait pas longtemps et la relation stagnait. C'est à ce moment-là que mon partenaire montrait ses limites, ce qui fait que je rompais rapidement la relation. »

Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

« Déjà quand j'étais jeune, je ne savais pas ce que je voulais devenir ou ce que je préférerais. À cela s'ajoute le fait que, jusqu'à aujourd'hui, je ne suis toujours pas sûr de mon orientation sexuelle. Je n'ai pas de projets à long terme, et surtout, je n'arrive pas à m'occuper longtemps d'une chose parce que je change toujours d'idée. Je papillonne d'une personne à une autre. Je ne choisis pas mes amitiés en fonction de ce qui me conviendrait, mais laisse les autres se lier d'amitié avec moi. »

Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).

« J'ai plus de 150 000 francs de dette. J'ai détourné de l'argent, perdu mon emploi, emprunté de l'argent que je n'ai pas remboursé, obtenu des avances sur des prestations du chômage en inventant des histoires extravagantes. Après chaque nouveau recommencement, je me remettais à jouer, même si je savais exactement ce qui allait m'arriver. J'ai tellement démoli mon corps à force de sport extrême et d'automutilations que je suis maintenant obligé de me déplacer en chaise roulante. Mais je referais exactement la même chose, rien que pour me sentir, moi et mon corps, pour m'assurer d'une chose : que je suis là. »

Répétition de comportements, de gestes ou menaces suicidaires, ou d'automutilations.

« Ensuite je me suis mis à m'entailler les bras. J'utilisais des couteaux, des lames de rasoir, des tessons de verre. Je l'ai fait pendant plusieurs mois, presque chaque jour. Je le faisais pour me punir. Parce que j'étais là. Parce que j'étais qui j'étais. Je le faisais aussi pour me sentir. Pour sentir que j'étais là, que j'existais, peut-être comme la personne qui se pince le bras pour s'assurer qu'elle est bien réveillée. »

Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (état de malaise épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).

« Il y a des jours où je me réveille avec le sentiment que l'existence me pèse comme une chape de plomb. Tout me semble vain, sans issue, et tout ce que

j'entreprends est voué à l'échec. En même temps, il suffit que pendant ce genre de journée je reçoive un compliment, que quelqu'un m'approuve ou m'encourage, et j'ai alors l'impression que je pourrais soulever des montagnes, résoudre n'importe quelle difficulté avec le sourire. Dans l'autre sens, c'est la même chose. Il suffit d'une critique, d'un seul mot ou d'un seul regard, pour me faire tomber au fond du trou. Alors je me retire complètement, je débranche le câble du téléphone, je romps tous mes contacts, je ne dis plus rien, on ne peut plus m'atteindre. »

Sentiments chroniques de vide et d'ennui.

« Ma vie est assombrie par une succession incessante de dépressions, de colère et de vide. J'ai essayé de remplir le vide en regardant la télévision, mais la télévision m'ennuie. Tout m'ennuie. Pourtant, il fallait bien que je remplisse le vide !... Pour éloigner l'ennui. J'ai tout essayé. Rien n'a marché. Alors j'ai recommencé à me couper. Le sang, lui, remplit rapidement le vide... »

Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

« En rentrant à la maison après ma séance de thérapie, mon humeur a basculé : alors que je roulais sur la piste cyclable, j'ai crié "espèce de salopard !" à un piéton qui passait sur le trottoir. Arrivé à la maison, j'ai laissé tomber mon vélo et lui ai donné un coup de pied. Dans l'appartement, j'ai frappé du pied la cage du lapin qui courait affolé d'un bout à l'autre de la cage. Je me suis ensuite attaqué aux plantes vertes. J'en ai pris une, l'ai sortie de son pot, ai écrasé ses feuilles et déchiré ses racines. Après quelques minutes, le sol de la pièce était jonché de débris de pots cassés. »

Apparition transitoire dans des situations de stress d'une idée persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

« Même quand je suis avec d'autres personnes, il y a des moments où ma peur fait ce qu'elle veut. J'ai alors peur des autos, ou bien des gens dans le métro. Je vois des objets s'approcher de moi, je n'arrive plus à respirer. Tout me devient brusquement étranger. La peur me domine complètement et fait disparaître toute forme de réalité. Quand tout semble vous menacer, vous êtes vraiment dans un tout autre monde. Je me sens agressé, sans protection. Et je ne peux pas simplement m'enfuir, car ce sont mes propres perceptions qui sont confuses. »



Comment apparaît le trouble de la personnalité borderline ?

« Le trouble de la personnalité borderline se transmet-il héréditairement ? Si j'ai des enfants, souffriront-ils aussi de cette maladie ? » « Qu'ai-je fait de faux en éduquant ma fille pour qu'elle soit aujourd'hui malade ? » Soucieux de comprendre comment la maladie a pu se développer et de trouver des moyens de la contrôler, les personnes concernées et leurs proches ne cessent de s'interroger sur ses causes. Ces dernières décennies, des études approfondies ont été consacrées aux origines du trouble de la personnalité borderline. Elles ont montré qu'une grande partie des personnes concernées avaient subi des traumatismes sévères durant leur enfance, qu'il s'agisse d'actes de violence physique, d'abus sexuels, de manque de soins ou d'une séparation précoce d'avec les parents ou l'un d'entre eux, à la suite d'un décès notamment. Cependant, toutes les personnes ayant subi des traumatismes durant leur enfance ne développent pas un trouble de la personnalité borderline, et toutes les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline n'ont pas subi de traumatisme durant leur enfance. Il doit donc exister d'autres facteurs de risque.

Les professionnels s'accordent pour reconnaître aux personnes concernées une prédisposition à éprouver des émotions très fortes. Qu'il s'agisse de sentiments négatifs comme la tristesse ou la jalousie, ou de sentiments positifs comme la joie ou l'amour, ils sont éprouvés avec une intensité nettement supérieure à la moyenne. Ces sentiments durent souvent tellement longtemps qu'ils en deviennent insupportables, et un grand nombre de symptômes types du trouble de la personnalité borderline peuvent être interprétés comme des tentatives par lesquelles les personnes concernées essaient de les contrôler.

Aujourd'hui, nombre de chercheurs se présument qu'un certain type de comportement de l'environnement social contribue à l'apparition de la maladie. C'est le cas lorsque, durant leur enfance, les personnes concernées éprouvaient des émotions ou faisaient part de leurs impressions sans être confirmées ou aidées par leur environnement social, mais que celui-ci jugeait au contraire leurs sentiments déplacés, exagérés ou simplement erronés. Lorsqu'un-e enfant a peur, qu'il-elle l'exprime et que ses parents lui répondent qu'il-elle n'a aucune raison d'avoir peur, il-elle ne peut apprendre à se fier à ses propres sentiments. Pour désigner ce type de comportement, les spécialistes parlent d'« environnement invalidant ». Un tel

comportement existe de manière plus ou moins marquée dans toutes les familles, mais il peut s'aggraver lorsque les parents sont eux-mêmes accablés de soucis ou lorsque l'enfant est d'une grande émotivité.

Mieux comprendre les symptômes du trouble de la personnalité borderline

Les personnes directement ou indirectement concernées s'interrogent non seulement sur l'origine de la maladie, mais également sur la cause de chaque symptôme particulier. En effet, il est au premier abord difficile de comprendre une conduite d'automutilation ou un brusque changement d'humeur. Pourtant, tous les symptômes borderline ont un sens, puisqu'ils expriment généralement une réponse de la personne destinée à lui permettre de surmonter des expériences fortement éprouvantes. L'ensemble des symptômes du trouble de la personnalité borderline ne constitue donc pas le problème, mais au contraire une tentative par laquelle la personne essaie de résoudre ses difficultés. Une personne qui se coupe ou se blesse d'une quelconque manière le fait pour contrôler des sentiments devenus insupportables. Le phénomène des dissociations fournit un bon exemple de la manière dont fonctionne ce mécanisme : on parle de dissociation lorsqu'un individu se sent détaché de la réalité, éprouve un sentiment d'irréalité ou lorsqu'il a le sentiment de quitter son propre corps. C'est ainsi que des individus qui ont subi des abus sévères peuvent développer la capacité de « se détacher » de leur corps. Des personnes racontent par exemple qu'elles ont pu observer avec un certain recul et sans ressentir de douleur comment des souffrances étaient infligées à leur propre corps. Ce détachement constitue un mécanisme de défense de l'organisme tout à fait raisonnable, puisqu'il vise à rendre la douleur supportable. Dans certaines conditions, il peut néanmoins arriver que cette tendance à la dissociation se maintienne et que l'individu la réactive tout le temps. Or, cet état dissociatif est généralement lui aussi très désagréable, puisque la personne ne sent plus son corps, se trouve à côté d'elle-même et perd tout contact avec ses perceptions. Pour le faire cesser, le moyen le plus efficace consiste à s'infliger des blessures permettant d'affaiblir rapidement le sentiment d'irréalité. Les dissociations constituent donc une tentative pour surmonter un traumatisme qui, sinon, demeurerait insupportable, tandis que l'automutilation sert à faire cesser ces dissociations. Considérés de la sorte, la plupart des symptômes du trouble de la personnalité borderline ont un sens, même si nous ne le comprenons pas encore entièrement. Ils constituent des stratégies de survie tout à fait sensées, sans lesquelles les personnes concernées n'auraient pas pu supporter des états extrêmement pénibles ou des expériences traumatisantes.

« Avant, je prenais toujours tous mes problèmes pour des faiblesses de caractère. Aujourd'hui, je connais les causes sous-jacentes à ma maladie et je ne me fais plus de reproches à cause d'elle. »

« Parfois je me demande comment j'ai fait pour survivre à tous les événements terribles de mon enfance. »



Trouver l'aide adéquate

Un traitement psychothérapeutique efficace spécialement conçu pour le trouble de la personnalité borderline permet à plus de 50 % des personnes concernées de se rétablir et a un effet bénéfique sur de nombreuses autres, en leur permettant de mieux contrôler les symptômes tels que les changements d'humeur, les sentiments de colère intense, les comportements d'automutilation ou les pensées suicidaires. Le trouble de la personnalité borderline est donc aujourd'hui considéré comme une maladie pouvant être traitée, souvent avec de bons résultats. Cependant, puisque le trouble constitue en quelque sorte une partie de la personne, les problèmes qui lui sont associés ne disparaissent pas d'un seul coup, même avec une thérapie. Il est néanmoins possible de parvenir à un meilleur contrôle et de ne plus se sentir impuissant-e face aux symptômes. Une thérapie permet même souvent de faire totalement disparaître les symptômes dangereux comme les comportements d'automutilation ou les tentatives de suicide et de diminuer nettement les états émotionnels insupportables.

Il n'est pas facile de trouver un-e bon-ne thérapeute ou une bonne clinique. Il est fortement recommandé d'effectuer un traitement avec un-e professionnel-le possédant une connaissance approfondie de la maladie, la solution idéale consistant à consulter un-e psychothérapeute spécialement formé-e pour traiter le trouble de la personnalité borderline.

À ce jour, plusieurs traitements sont considérés comme particulièrement efficaces : les plus connus sont la « thérapie comportementale dialectique » (TCD) et la « thérapie focalisée sur le transfert » (TFT). Cependant, d'autres études en cours soutiennent également l'efficacité de certaines interventions telles que la « thérapie basée sur les schémas » (TBS) et la « thérapie basée sur la mentalisation (MBT) » qui font partie de programmes de prise en charge dans des institutions romandes. En tous les cas, plusieurs mécanismes sont à l'origine du changement dans le cadre de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline : une alliance thérapeutique solide et la flexibilité du-de la thérapeute à l'égard de la personne concernée, une meilleure conscience des émotions de la part de la personne traitée, l'amélioration de la régulation émotionnelle mais aussi la manière dont le vécu émotionnel est transformé (par exemple une diminution du vécu subjectif quant au stress négatif) et enfin l'amélioration de la capacité de mentalisation.

Les thérapies spécifiquement conçues pour le trouble de la personnalité borderline nécessitant des thérapeutes spécialement formé-e-s, beaucoup de personnes concernées ont de la peine à en trouver près de leur domicile. Pour répondre à ce besoin, vous trouverez quelques informations utiles dans la partie « Annexes » de cette brochure. A noter que nous n'avons pas trouvé d'adresses de professionnel-le-s pratiquant certaines des thérapies présentées ci-dessous.

La thérapie comportementale dialectique (TCD)

La thérapie comportementale dialectique (TCD), développée par Marsha Linehan, est un procédé thérapeutique hautement structuré qui combine différentes composantes. Parallèlement à une thérapie individuelle, le-la patient-e participe à une thérapie de groupe articulant plusieurs modules, comme la gestion des émotions, le renforcement des capacités de relations interpersonnelles et des exercices destinés à développer l'attention au moment présent.

Lors de la thérapie individuelle, le-la patient-e peut discuter des crises affectant sa vie quotidienne ou des thèmes la concernant. Dans le cadre de la thérapie de groupe, il-elle peut entraîner les compétences comportementales grâce auxquelles il-elle pourra mieux faire face à son trouble. Dans certaines situations, des contacts téléphoniques avec le-la thérapeute peuvent également être inclus dans le traitement. Le terme « dialectique » (résolution des contradictions) signifie que la thérapie apprend aux patient-e-s à dépasser le mode de pensée en noir et blanc et à accepter la validité de plusieurs points de vue simultanés. En outre, « dialectique » implique que le traitement ne vise pas seulement le changement, mais également l'acceptation de certaines expériences et de certains modes de comportement. Le terme « comportementale » indique que le traitement se concentre sur les comportements concrètement adoptés par les patient-e-s et ne vise pas en priorité une compréhension globale des liens entre les difficultés de la personne et son histoire.

La TCD s'est imposée depuis la fin des années 1980. Ce concept est à la base de la plupart des programmes de traitement en vigueur dans les structures de soin ambulatoire du trouble de la personnalité borderline en Suisse, et une grande partie des psychothérapeutes spécialisé-e-s devrait pouvoir l'utiliser. Les personnes concernées trouveront des thérapeutes appliquant cette méthode surtout dans les villes ; pour un traitement ambulatoire, il faut toutefois généralement compter avec un long délai d'attente.

La thérapie focalisée sur le transfert (TFT)

La thérapie focalisée sur le transfert a été développée par Otto Kernberg,

dans la tradition de la psychanalyse. Cependant, contrairement à l'approche psychanalytique classique, elle ne part pas des relations vécues par le-la patient-e durant les premières années de sa vie, mais rend visibles les problèmes relationnels rencontrés dans l'ici et maintenant en les transférant dans la relation entre le-la patient-e et le-la thérapeute. Son objectif est de faire prendre conscience au-la patient-e des perceptions et des modes de comportement spécifiquement liés au trouble de la personnalité borderline et de les transformer. Le traitement doit permettre à la personne de se construire une image de soi stable. Accompagnée par le-la thérapeute, la personne travaille sur les conflits interpersonnels tout en apprenant à accepter des aspects de sa personnalité qu'elle ne pouvait percevoir ou vivre jusqu'alors. Il s'agit d'une thérapie individuelle de longue durée, basée sur des entretiens psychothérapeutiques.

La thérapie basée sur des schémas

La thérapie basée sur les schémas, développée par Jeffrey Young et ses collaborateur-ric-e-s, est une approche centrée essentiellement sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Accompagnée par le-la thérapeute, la personne questionne les modes de fonctionnement qu'elle a développés dans son enfance et elle réévalue les stratégies d'adaptation qui se sont révélées peu adéquates. La relation avec le-la thérapeute, qui prend un rôle de « parent de remplacement », permet alors d'adopter des stratégies conduisant à un meilleur équilibre.

La thérapie basée sur la mentalisation (MBT)

La thérapie basée sur la mentalisation (MBT), développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman dans les années 1990, permet au-la patient-e de retrouver une capacité à s'interroger sur sa manière de se comprendre et de comprendre les autres (de « mentaliser »). Il s'agit de chercher à voir les autres de l'intérieur et à se voir à l'extérieur afin de mieux saisir les réactions des autres et ce que ses propres comportements induisent chez l'autre. Un axe important du travail est d'aider la personne à prendre conscience de l'intensité actuelle de ses émotions et de mieux la réguler (stimulation émotionnelle). Cette meilleure gestion des émotions permet de ne pas perdre la capacité à être en relation avec les autres et à penser de manière sensible.

Dans cette approche thérapeutique structurée, thérapeute et patient-e travaillent ensemble pour mieux comprendre ce qui se déroule dans les relations actuelles de la personne. Ce travail peut aussi s'effectuer en groupe, de manière articulée à un traitement individuel pour en renforcer les effets. Cette approche, développée d'abord pour les adultes, s'avère un outil très utile et efficace pour les

adolescent-e-s, qui acquièrent justement les capacités de mentalisation à ce moment de leur développement.

Programme STEPPS

STEPPS (Systems training for emotional predictability and problem solving) est une méthode thérapeutique cognitivo-comportementale qui se base sur des séances hebdomadaires en groupe durant 20 semaines. La personne y apprend à gérer ses émotions, à mieux prendre soin d'elle-même (sommeil, alimentation) et à remettre en question ses attentes négatives (prise de perspective quant à ce qu'elle ressent à un moment spécifique). Dans cette thérapie, chacun-e est invité-e à réfléchir à une équipe de soutien composée de membres de la famille, d'ami-e-s, et/ou collègues et professionnel-le-s prête à l'encadrer en situation de crise.

La thérapie cognitive analytique (CAT – Cognitive analytic therapy)

La thérapie cognitive analytique intègre des concepts de la thérapie analytique et de la thérapie cognitive. Le-la professionnel-le met ici l'accent sur le travail de collaboration avec la personne concernée et sur les schémas de comportements inadaptés. Le but du travail est alors d'identifier ces schémas, de comprendre d'où ils viennent et d'apprendre d'autres manières de fonctionner. Cette intervention est limitée dans le temps : 16 sessions sont en général nécessaires mais il est possible de rallonger leur nombre si besoin est.

La thérapie orientée sur la clarification

La thérapie orientée sur la clarification se base sur les courants psychothérapeutiques centrés sur les émotions tout en y alliant ses propres spécificités. La notion de clarification est l'une des notions fortes de ce type d'intervention. Il est postulé que la personne a des schémas affectifs qui s'activent rapidement et de manière préconsciente dans des situations spécifiques. La personne ressent alors un sentiment de malaise sans réellement réussir à le décrire. Dans ces cas-là, le-la thérapeute travaille en plusieurs étapes afin de permettre à la personne d'approfondir la réflexion sur ses affects et d'en déduire un schéma affectif de fonctionnement dans une situation donnée. Des techniques cognitives et affectives sont alors utilisées pour modifier ces schémas de pensées.

La thérapie centrée sur les émotions

La thérapie centrée sur les émotions axe son intervention sur la conscience, la compréhension et l'acceptation de ses émotions. Ainsi, il est possible de travailler

à la modification de ses émotions et interactions problématiques pour créer un changement thérapeutique.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

L'ACT fait partie de la troisième vague actuelle des TCC (d'abord comportementales, puis cognitives) - proposant un modèle dit intégratif, contextuel, qui utilise moins la stratégie de modification des pensées que les deux précédentes vagues et qui axe son approche davantage sur des apports de la pleine conscience.

L'ACT se centre sur la flexibilité psychologique ; elle recherche la capacité d'être en contact avec les émotions et les pensées du moment présent, tout en maintenant ou changeant son action afin de poursuivre ses objectifs ou ses valeurs.

Bien choisir son-sa psychothérapeute

Au moment de choisir un-e psychothérapeute, il ne faut pas hésiter à questionner les psychothérapeutes rencontré-e-s sur leur expérience et leur formation dans le domaine du trouble de la personnalité borderline. La méthode pratiquée n'est d'ailleurs pas le seul facteur susceptible d'influencer le succès de la thérapie. La relation avec le-la psychothérapeute joue aussi un rôle primordial. Il est nécessaire que le-la patient-e puisse s'ouvrir en toute confiance et se sente compris-e. Les personnes concernées ont donc tout intérêt à rencontrer plusieurs psychothérapeutes avant de choisir le-la thérapeute avec qui elles se sentent mieux prises en charge.

En Suisse, l'assurance maladie de base rembourse uniquement les psychothérapies effectuées par des psychiatres ou des psychologues-psychothérapeutes pratiquant sous leur propre responsabilité à condition que les séances aient été prescrites par un-e médecin pour une durée limitée à deux fois 15 séances. À l'issue des 15 séances, les patient-e-s devront obtenir une nouvelle prescription et leur thérapeute devra au préalable adresser un rapport au-la médecin ayant prescrit la thérapie. Après la 30e séance, c'est le-la médecin-conseil de l'assurance qui décide de la poursuite de la psychothérapie.

L'assurance de base prend également en charge les traitements de longue durée, souvent nécessaires dans le cas du trouble de la personnalité borderline. Hormis la quote-part et la franchise annuelle, les coûts du traitement ne sont donc pas à la charge du-de la patient-e. Les questions concernant la participation de l'assurance complémentaire aux coûts doivent être traitées au cas par cas. Il est particulièrement recommandé aux personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline de bien réfléchir avant de s'engager dans un traitement avec un-e

psychothérapeute dont les prestations ne sont pas remboursées par l'assurance maladie. Du fait de la longueur du traitement, les coûts risquent de devenir très élevés et de finir par dépasser ce que le-la patient-e est en mesure de payer, ce qui, dans le cas de figure le plus grave, peut l'obliger à interrompre le traitement.

Un traitement psychothérapeutique dans des structures hospitalières ou de soins ainsi que des soins en hôpital de jour constituent souvent une solution adéquate. Les thérapies mentionnées ci-dessus durent entre plusieurs semaines et plusieurs mois et peuvent être prises en charge par la caisse maladie. Il faut vérifier avec le-la thérapeute qu'il-elle est remboursé-e par l'assurance de base ou complémentaire. Les adresses des cliniques et/ou centres hospitaliers ainsi que des professionnel-le-s privé-e-s offrant un traitement thérapeutique spécifique au trouble de la personnalité borderline se trouvent dans les annexes, à la page 37 de cette brochure. En période de crise aiguë, un traitement psychiatrique d'urgence peut s'avérer nécessaire, auquel cas vous pouvez vous adresser à n'importe quelle clinique psychiatrique de votre région.

Médicaments

Bien qu'il n'existe pas de médicaments destinés exclusivement au traitement du trouble de la personnalité borderline, il est possible d'en prescrire pour soulager certains symptômes. Le choix de la médication dépend avant tout du type de comorbidité psychiatrique à traiter. Il est en effet très important de faire un diagnostic précis des troubles concomitants afin d'adapter le traitement pharmacologique au plus près des besoins de la personne concernée. Des antidépresseurs aideront par exemple une personne souffrant de dépression, tandis que des antipsychotiques (médicaments exerçant une action calmante et apaisant les symptômes psychotiques) soulageront les personnes devant faire face à des épisodes psychotiques et à de fortes crises d'angoisse. Les médicaments peuvent également s'avérer efficaces pour d'autres symptômes, comme les troubles du sommeil ou l'anxiété. En ce sens, presque tous les psychotropes entrent en ligne de compte s'ils sont adaptés à la situation de la personne concernée. Du fait de la forte tendance à la dépendance observée chez un grand nombre de personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline, on veillera toutefois à ne recourir aux médicaments provoquant une dépendance, comme les benzodiazépines, qu'en cas de crise aiguë. Un entretien avec un-e psychiatre est nécessaire pour déterminer la médication adaptée à chaque cas précis. Selon l'état actuel des connaissances, les psychotropes peuvent certes aider les personnes concernées à vivre avec leur trouble, mais ils ne remplacent pas un traitement psychothérapeutique.

Il est important de garder en tête que la pharmacothérapie doit être réévaluée régulièrement en fonction des moments de crise, de l'évolution du trouble et de ses comorbidités. En outre, toute prise de médicaments peut provoquer des effets secondaires. Il est par conséquent nécessaire d'en discuter avec votre médecin lors de la prescription et du suivi afin de trouver un équilibre satisfaisant entre efficacité du traitement et effets secondaires.

« Sans thérapie, je n'existerais plus. »

« Aujourd'hui, je vis volontiers et je ne remets plus ma vie en question. »



S'aider soi-même

Il existe plusieurs moyens permettant aux personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline de se protéger contre de nouvelles crises ou de mieux contrôler leurs symptômes. Les outils d'autosupport présentés ci-après ne remplacent pas une thérapie, mais permettent souvent d'en compléter les effets, de protéger la personne en cas de crise ou de l'aider à traverser une période difficile.

Les personnes concernées peuvent se protéger des crises psychiques en renforçant leurs « forces de défense ». Dans la plupart des cas, il s'agit d'activités agréables, offrant un mélange équilibré de tension et de détente. Un grand nombre de patient-e-s disent trouver de l'aide dans des discussions régulières avec des ami-e-s, des promenades ou des exercices physiques.

Si les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline se retrouvent régulièrement dans des situations pénibles à supporter pour n'importe quel individu, elles le doivent dans la plupart des cas à leur propre comportement. En essayant de comprendre comment elles se remettent chaque fois dans une situation difficile, elles peuvent apprendre à l'éviter.

Les personnes concernées peuvent également apprendre à mieux éviter les situations difficiles et à reconnaître suffisamment tôt les signes annonciateurs d'une crise, tels que les angoisses d'abandon, les troubles du sommeil, une modification du rythme journalier, un comportement agressif ou une augmentation du désordre.

Malgré les efforts entrepris pour y faire face, les épisodes de tension psychique extrême ne peuvent être toujours évités. La personne concernée aura alors le sentiment que la seule solution pour y mettre fin consiste à s'automutiler ou à adopter d'autres comportements autodestructeurs. Sachant que les automutilations comme les autres comportements destructeurs ont souvent pour fonction de faire cesser un état psychique insupportable – de colère ou de dissociation –, il est possible de recourir consciemment à d'autres types de stimulations sensorielles intenses et d'obtenir le même résultat sans se blesser :

Goût : mordre dans un morceau de raifort frais, un piment, ou prendre une cuillère de sauce forte dans la bouche.

Odeur : inhaler des parfums particulièrement forts comme de l'huile de menthe ou de l'ammoniaque.

Température: tenir des glaçons dans la main ou les garder dans la bouche, appliquer des Cold-Hot packs ou de l'eau froide sur la peau. En cas d'utilisation de stimulations chaudes (par exemple une douche très chaude), il est recommandé d'être prudent-e, puisque l'insensibilité à la douleur augmente de beaucoup le risque de brûlure. La glace doit également être utilisée avec précaution, car elle risque d'endommager la peau ou la muqueuse buccale.

Toucher: masser la peau avec une balle hérissée.

Beaucoup de personnes emportent avec elles une «trousse d'urgence» contenant ce dont elles ont besoin en cas de crise. Il peut s'agir d'une balle hérissée ou d'huile de menthe, mais aussi d'autres objets permettant de se changer les idées, de se détendre ou de se consoler: ours en peluche, liste de lecture avec sa musique préférée, photos de ses meilleur-e-s ami-e-s, etc. Tout ce qui aide fait l'affaire. Il est important que les personnes concernées choisissent et réunissent les objets adéquats à l'avance, puisque, pendant les situations de crise, elles sont la plupart du temps incapables de réfléchir consciemment aux objets qui pourraient les soulager.

Outre ces moyens d'autosupport très personnels, il est naturellement possible de participer à un groupe d'entraide. En Allemagne, les premiers groupes d'entraide destinés aux personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline et aux personnes présentant des comportements d'automutilation ont vu le jour dans les années nonante. Comme ils sont encore trop peu nombreux en regard de la taille du pays, seule une minorité de personnes peut en bénéficier. La participation à des groupes d'entraide consacrés à d'autres troubles psychiques peut aussi être bénéfique. Une personne souffrant régulièrement de dépressions peut profiter d'un groupe d'entraide centré sur la dépression, alors qu'une personne éprouvant fréquemment de l'anxiété peut s'adresser à un groupe d'entraide travaillant sur la peur. Beaucoup de personnes trouvent de l'aide dans les nombreux groupes d'entraide pour personnes dépendantes existant dans toutes les régions de Suisse. Les adresses de ces groupes et organisations sont indiquées à la page 41 de cette brochure. La participation à un groupe d'entraide ne fait sens que si la personne se sent vraiment soutenue par le groupe.

Les personnes concernées visitent souvent les forums d'entraide sur Internet consacrés au trouble de la personnalité borderline. Il s'agit de grands portails offrant des informations, des conseils d'expert, des listes de correspondance (mailing) et des offres de forum de chat (discussion en ligne en temps réel). Un échange par le biais de listes de correspondance ou de forums de chat permet une «relation à distance» fort appréciée, dans la mesure où elle risque moins d'être rapidement interrompue par des problèmes relationnels. Les adresses des sites Internet offrant de tels services se trouvent à la page 47 de cette brochure.

«Je ne peux pas vraiment me protéger des crises, mais je peux les atténuer ou éviter qu'elles ne s'aggravent.»

«Je veille à ce qu'on m'aide et garde toujours la liste de mes meilleurs amis près du téléphone. Quand je remarque que je ne me sens pas très bien, je les appelle et parle avec eux. Cela me rassure.»

«Lorsque je sens qu'une crise s'annonce, j'essaie de me distraire en allant au cinéma (avec des films les plus drôles possible), en faisant des promenades, en écrivant des poèmes ou en allant me balader au marché aux puces.»

«J'ai réalisé que l'équitation me permettait de me protéger contre les crises. Le cheval m'accompagne dans ma maladie et il est devenu un élément important de mon existence. Il me donne de la sécurité, de la confiance en moi et je ressens un agréable sentiment de bonheur.»



Un trouble qui affecte aussi les proches

Les proches n'échappent pas à la dynamique provoquée par le trouble de la personnalité borderline. Tout comme les personnes concernées, ils éprouvent également des sentiments d'attachement, d'affection, de dépendance, de colère, de haine ou de déception très intenses. Si cette intensité émotionnelle contribue à la richesse des relations avec les personnes concernées, elle risque également d'amener leurs proches au bord de l'épuisement et du désespoir. Il convient en effet de rappeler que le trouble borderline signifie un rapport perturbé avec soi-même et autrui et qu'il se manifeste avant tout dans les relations interpersonnelles. Les personnes concernées ont, par exemple, profondément peur d'être abandonnées par les personnes auxquelles elles attachent beaucoup d'importance et font de grands efforts pour éviter ces abandons réels ou imaginés. Tandis qu'une personne se mettra en colère lorsqu'elle se sent abandonnée, une autre n'aura pas d'autre moyen que de s'infliger des blessures ou de faire une tentative de suicide. Beaucoup de proches souffrent profondément des blessures psychiques ou physiques que les personnes concernées leur infligent ou s'infligent à elles-mêmes. Ils-elles se sentent souvent responsables des difficultés éprouvées par l'autre et font de leur mieux pour l'aider à résoudre ses problèmes. Le risque est alors grand que le-la partenaire, les parents ou les ami-e-s s'oublie et ne vivent plus que pour l'autre. Les professionnel-le-s parlent dans ce cas de relation de codépendance, par exemple lorsque l'humeur des membres de l'entourage dépend exclusivement de l'état de la personne concernée.

Les proches souffrent souvent de forts sentiments de culpabilité. Les parents se demandent si leur enfant est devenu malade parce qu'ils-elles ne lui ont pas donné assez d'amour ou parce que leur éducation n'était pas la bonne. Les partenaires ou les collègues se demandent si c'est leur comportement qui a amené l'autre à s'infliger des blessures. Mais ce sont surtout les tentatives de suicide qui ont un effet culpabilisant sur les proches, alors que, dans la plupart des cas, les reproches qu'ils-elles se font sont tout à fait injustifiés. Les sentiments de culpabilité sont de mauvais conseillers. Ils lient souvent les proches aux personnes concernées de manière défavorable et risquent de provoquer une codépendance.

Les proches ont aussi souvent l'impression que la personne concernée se comporte volontairement d'une certaine manière pour les obliger à se comporter comme elle le souhaite. Se sentant manipulé-e-s ou ayant l'impression que l'on

se sert d'eux-elles, les proches perdent confiance ou se mettent en colère. Ces réactions sont normales et compréhensibles. Le comportement des personnes concernées l'est aussi, puisqu'il exprime souvent une réaction de détresse profonde. Si une personne ne supporte pas d'être seule, elle est prête à faire beaucoup de choses pour éviter cette situation et peut, par exemple, menacer de se suicider pour se protéger de la solitude. Il est donc important que les proches soient en mesure de comprendre la cause de son comportement. Lorsqu'elles traversent une période sans crise, les personnes concernées sont souvent capables de raconter ce qui leur arrive et de fournir ainsi à leurs proches les éléments qui leur permettront de mieux déchiffrer le langage du borderline.

Comment établir une bonne relation avec la personne souffrante ?

La meilleure réponse à la maladie consiste à faire preuve de compréhension et à établir des limites claires. En effet, les personnes concernées par le trouble de la personnalité borderline ont beau être les premières à souffrir de leur comportement, elles n'arrivent souvent pas à le contrôler en situation de crise. Établir des limites claires est donc important pour se protéger et protéger la personne contre des comportements dommageables. Dans les situations de crise, il est rarement possible de résoudre les conflits en discutant. La peur et la logique s'accordent mal l'une à l'autre. Les proches ont souvent tout intérêt à d'abord se retirer et à ne parler des problèmes qu'une fois la crise passée. Lorsque la personne concernée risque visiblement de se faire mal ou de se mettre en danger, il est nécessaire de faire appel à une aide extérieure. Dans de telles situations, les proches ne doivent pas hésiter à appeler un·e médecin d'urgence ou à encourager la personne concernée à prendre contact avec son·sa thérapeute ou à se rendre dans une clinique. Il est fréquent que les proches et les personnes concernées jugent certains symptômes complètement différemment. Des comportements d'automutilation, par exemple, auront un effet dramatique sur les proches, surtout si c'est la première fois qu'ils-elles y font face. Pour beaucoup de personnes concernées, il s'agit au contraire d'un moyen de faire cesser des états émotionnels extrêmement pénibles à supporter, et même si ce moyen n'est pas idéal, elles l'acceptent malgré tout. Une fois la crise terminée, les proches et les personnes concernées devraient convenir de la meilleure réaction à avoir en cas de nouvelle crise, de manière à prévoir le comportement adéquat qui leur permettra de faire face à certains symptômes ou à certains types de sentiments. Ce faisant, il est nécessaire de veiller à ce que le comportement des proches ne renforce pas ces symptômes. Cela peut ainsi être le cas lorsqu'un homme trouve seulement du temps pour son amie quand elle ne se sent pas bien et dit ressentir un besoin de se faire mal.

« Être marié avec une femme souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, c'est passer régulièrement du ciel à l'enfer. Son humeur change à chaque seconde. Il faut toujours être sur le qui-vive. »

« J'ai cessé de vouloir résoudre les problèmes de mon amie, car j'ai compris que je ne suis pas son thérapeute. »

Annexes

Remarque : si vous envisagez d'entreprendre un des traitements présentés, il est indispensable de vous informer préalablement auprès de votre caisse maladie pour savoir si les coûts seront pris en charge.

Thérapies spécifiques pour patient·e·s borderline

Il existe de plus en plus de groupes hospitaliers ou ambulatoires pour les personnes concernées par le trouble de la personnalité borderline. En dehors de cette liste d'adresses, votre médecin, votre psychologue ou l'hôpital proche de votre domicile pourront vous renseigner.

Fribourg

RFSM, Centre psychosocial de Fribourg

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

Programme PRISME, programme de régulation de l'impulsivité et stratégies de modulations des émotions

Consultation ambulatoire

Chemin du Cardinal-Journet 3

1752 Villars-sur-Glâne

Tél. : 026 305 78 00

Cabinets médicaux privés

M^{me} Christine Surchat, psychologue psychothérapeute FSP

Approche systémique et familiale, EMDR et Intégration du cycle de vie

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

Place des Alpes 26, 1630 Bulle

Tél. : 026 912 19 73

Genève

HUG, Département de santé mentale et de psychiatrie

Service des spécialités psychiatriques

Programme T.R.E., Troubles de la régulation émotionnelle (ex-CARE)

Thérapie comportementale dialectique (TCD), Thérapie basée sur la mentalisation (MBT) et application Iphone EMOTEO disponible

Rue de Lausanne 20bis, 1201 Genève

Tél. : 022 305 45 11

Fondation Phénix

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

Rue du Grand-Pré 72, 1202 Genève

M. Jean-Marie Rossier, psychologue psychothérapeute FSP

Tél. : 022 404 02 80

Jura

Hôpital du Jura, site de Delémont

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

Centre médico-psychologique/hôpital du Jura

Faubourg des Capucins 30, 2800 Delémont

Tél. : 032 421 21 21 (centrale) ou 032 421 25 30

Neuchâtel

CNP – Centre neuchâtelois de psychiatrie

Site de Préfargier (en hospitalier et ambulatoire)

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

2074 Marin-Epagnier

Tél. : 032 755 15 00 (centrale)

FNA – Fondation Neuchâtel Addictions

Consultation ambulatoire – Plusieurs sites

Pas de programme spécifique aux patient-e-s borderline mais accompagnement selon un modèle intégratif.

Rue des Fausses-Brayes 5, 2000 Neuchâtel

Tél. : 032 886 86 10

Vaud

CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale

Section « Karl Jaspers » : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité

Divers programmes spécialisés (orientations psychodynamiques, cognitivo-comportementales et dialectiques comportementales)

En ambulatoire : consultations de Chauderon

Av. d'Echallens 9, 1004 Lausanne

Tél. : 021 314 00 50

En hospitalier : site de Cery

Route de Cery 60, 1008 Prilly

Tél. : 021 314 31 11

CHUV – Service psychiatrique ouest (SPO)

Hôpital de Prangins, Département de psychiatrie adulte

Unité CC – Unité de thérapie comportementale et cognitive

Groupe gestion des émotions

Avenue de Riverdill 8, 1260 Nyon

Tél. : 021 314 37 00

Organisation des soins à domicile SISF SA

Thérapie comportementale dialectique (TCD) et thérapie des schémas (TBS)

Direction générale

Rue des Jordils 33

1400 Yverdon-les-Bains

Tél. : 021 642 74 75

Cabinets médicaux privés (Vaud)

M^{me} Dominique Page, psychologue spécialiste psychothérapeute FSP, reconnue par la Confédération

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et thérapie comportementale dialectique (TCD)

Grand-Rue 43, 1196 Gland

Tél. : 079 870 05 25

D^{resse} Nadia Bessire, psychiatre et psychothérapeute FMH

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Rue de la Morâche 19, 1260 Nyon

Tél. : 022 361 35 11

Valais

Le Département de psychiatrie et psychothérapie (DPP) du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) de l'Hôpital du Valais (HVS) n'a pas de traitement spécialisé pour le traitement des troubles borderline. Toute personne peut prendre contact au 0800 012 210.

Cabinets médicaux privés

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

Centre de thérapie comportementale et cognitive

Rue de la Poste 12, 1920 Martigny

M^{me} Emmanuelle Carruzzo Evéquo, psychologue psychothérapeute FSP

Tél. : 079 840 18 46

M^{me} Roxane Fumeaux, psychologue psychothérapeute FSP

Tél. : 079 152 75 28

Pour la **thérapie focalisée sur le transfert** (TFT), les Drs Kolly et Chardon (voir voir CHUV à la page 39) peuvent donner des noms de thérapeutes privé-e-s.

Groupes d'entraide

Pour les patients

Association ALALIMITE

Groupe d'entraide pour les personnes borderline et leurs proches

Les groupes ont lieu au GRAAP à la rue de la Roselière 6, Yverdon-les-Bains, ou à la route de Lausanne 19bis à Grandson.

Tél. : 078 632 58 08

<https://associationalalimite.jimdofree.com/>

Groupe des Emotifs Anonymes

(www.emotifsanonymes.eu/html/reunions_en_suisse.html)

Lausanne, Centre œcuménique La Bourdenette

Tél. : 079 582 61 12

St-Maurice, Foyer Franciscain, Antoine-de-Quartéry 1

Tél. : 077 448 32 45

VIVRE À LA LIMITE

Présidente : Katharina Leschaud

contact@vivrealalimite.ch

Tél. : 079 675 85 98

www.vivrealalimite.ch

Pour les proches

Association ALALIMITE

Groupe d'entraide pour les personnes borderline et leurs proches

Consultations psycho-éducatives individuelles, familiales ou en couple

Les groupes ont lieu au GRAAP à la rue de la Roselière 6, Yverdon-les-Bains, ou à la route de Lausanne 19bis à Grandson.

Tél. : 078 632 58 08

<https://associationalalimite.jimdofree.com/>

PROGRAMME «CONNEXION FAMILIALE», à l'intention des proches de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline

RFSM – Réseau fribourgeois en santé mentale, Plateforme Proches

Les lundis de 18 h à 20 h 30

Chemin du Cardinal-Journet 3, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. : 026 305 78 00
pfp@rfsm.ch

**Programme « connexions familiales »,
Hôpitaux Universitaires de Genève**

Programme Connexions familiales à l'intention des proches de personnes souffrant de troubles de la régulation des émotions ou de trouble de la personnalité borderline

Contact : connexions.familiales@hcuge.ch

<https://www.hug.ch/specialites-psi-chiatriques/programme-pour-proches-personnes-souffrant-trouble>

Lieu des rencontres

Service des spécialités psychiatriques

Rue de Lausanne 20bis

1201 Genève

Groupe « connexions familiales », à l'intention des proches de personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline

Centre hospitalier universitaire vaudois

Consultations de Chauderon

Service de psychiatrie générale, Lausanne

Tél. : 021 314 00 50

<https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-groupes-borderline-proches-2019.pdf>

VIVRE À LA LIMITE

Présidente : Katharina Leschaud

contact@vivrealalimite.ch

Tél. : 079 675 85 98

www.vivrealalimite.ch

Pour obtenir des informations sur les groupes d'entraide :

Pro Mente Sana, conseil psychosocial

Tél. : 0840 000 062 (tarif local) ou info@promentesana.org

Bénévolat-Vaud – Info Entraide-VD pour la Romandie

Tél. : 021 313 24 00 (lu.-ve. 9 h-13 h 30) ou entraide@benevolat-vaud.ch

Organisations faïtières de médecins et psychothérapeutes

Pour obtenir des adresses de thérapeutes en ambulatoire

SSPP

Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie

www.psychiatrie.ch

Altenbergstrasse 29, Case postale 686, 3000 Berne 8

Tél. : voir sur le site, le secrétariat ne renseigne pas le public.

sgpp@psychiatrie.ch

ASP

Association suisse des psychothérapeutes

www.psychotherapie.ch

Riedtlitstrasse 8, 8006 Zürich

Tél. 043 268 93 00

asp@psychotherapie.ch ou sekretariat@psychotherapie.ch

FSP

Fédération Suisse des Psychologues

www.psychologie.ch

Choisystrasse 11, Case postale 510, 3000 Berne 14

Tél. 031 388 88 00

fsp@fsp.psychologie.ch

Pour obtenir des informations sur les associations professionnelles cantonales ou d'autres organisations faïtières :

Pro Mente Sana, Conseil psychosocial : Tél. 0840 000 062 (tarif local)

Bibliographie

Classification psychiatrique

Avis : ces classifications servent de guide pour poser un diagnostic à un moment précis et devraient être utilisées comme un outil de dialogue à l'usage conjoint du-de la médecin et du-de la patient-e :

- en soumettant la classification à l'approbation du-de la patient-e ;
- en confrontant l'exactitude au vécu du-de la patient-e ;
- en prenant en considération que ce diagnostic n'est pas immuable et sans changement possible.

- DSM IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé, Ed. Masson, 4^e éd., 2003, « Personnalité borderline », p. 813-818, F60.31 (301.83), (classification américaine).
- DSM V, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Ed. Masson, 5^e éd., 2013, classification américaine (uniquement en langue anglaise pour l'instant !).
- CIM 10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Ed. Masson, 10^e révision, 1996, « Personnalité borderline », F60.31, (classification de l'OMS) (CIM 11 actuellement en révision, en collaboration avec les professionnel-le-s et les associations de patient-e-s).

Général

- Bergeret Jean et Reid Wilfrid (textes rassemblés par), *Narcissisme et états-limites*, Dunod et Presses de l'Université de Montréal, Paris et Montréal, 1986.
- Bourgeois Didier, *Comprendre et soigner les états-limites*, Dunod, Paris, 2005.
- Charrier Patrick et Hirschelmann-Ambrosi Astrid, *Les états-limites*, Nathan, Paris, 2005.
- Deseilles Martin, Grosjean Bernadette et Perroud Nader, *Manuel du borderline*, Eyrolles, 2014, (<http://www.etatlimite.com>).
- Estellon Vincent, *Les états limites*, Que sais-je ?, PUF, 2014.
- Granger Bernard et Karaklic Daria, *Les borderlines*, Odile Jacob, 2012.
- Gunderson John G., *Borderline Personality Disorders : A Clinical Guide*, Psychiatric Press, Inc. New York, 1986.

- Kreisman Jerold J. and Straus Hal, *I Hate You – Don't Leave Me. Understanding The Borderline Personality*, Avon Books, New York, 1989.

- Rengade Charles-Edouard et Fanget Frédéric, *Vivre mieux avec son impulsivité*, Odile Jacob, 2011.

Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Le trouble de la personnalité limite : Guide d'information à l'intention des familles*, 2009.

Euler Sebastian, Dammann Gerhard, Endtner Katrin et al., « Trouble de la personnalité borderline : recommandations de traitement pour la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) », *L'information psychiatrique*, volume 96, n° 1, 2020, p. 35-43.

Spécifique

Thérapie comportementale dialectique (TCD)

- Cottraux Jean, Page Dominique, Pull Marie-Claire et collaborateurs, *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*, Masson, 2007.
- Deseilles Martin, Grosjean Bernadette et Perroud Nader, *Manuel du borderline*, Eyrolles, 2014, (<http://www.etatlimite.com>).
- Linehan Marsha, *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de la personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000.
- Linehan Marsha, *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000.
- Page Dominique, *Borderline : Retrouver son équilibre*, Odile Jacob, 2006.

Thérapie focalisée sur le transfert (TFT)

- Clarkin John F., Yeomans Frank E., Kernberg Otto F., *Psychotherapy for Borderline Personality : Focusing on Object Relations*, American Psychiatric Pub, 2007.
- Deseilles Martin, Grosjean Bernadette et Perroud Nader, *Manuel du borderline*, Eyrolles, 2014, (<http://www.etatlimite.com>).
- Kernberg Otto, *Les troubles de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*, PUF, Paris, 1989.
- Kernberg Otto, *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*, PUF, Paris, 1995.
- Kernberg Otto, *Les troubles limites de la personnalité*, Dunod, Paris, 1997.
- « La psychothérapie focalisée sur le transfert », *Revue Santé mentale au Québec*, 2007, XXXII, 1, p. 17-34.

- Searles Harold, *Mon expérience des états-limites*, Gallimard, Paris, 1994.
- Stigler Michael et Quinche Philippe, « Dépressivité et suicidalité chez les personnes borderline : spécificités diagnostiques et thérapeutiques », dans *Médecine et Hygiène*, vol. 59, n° 2360 (2001), p. 1782-1785.

Thérapie basée sur des schémas (TBS)

- Young Jeffrey E., Klosko Janet S. et Weishaar Marjorie E., *La thérapie des schémas, Approche cognitive des troubles de la personnalité*, traduction de Bernard Pascal, préface de Jean Cottraux, De Boeck, Bruxelles, 2007.

Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

- Bateman Anthony, Fonagy Peter, *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder*, OUP, Oxford, 2006.
- Deseilles Martin, Grosjean Bernadette et Perroud Nader, *Manuel du borderline*, Eyrolles, 2014, (<http://www.etatlimite.com>).

Programme STEPPS

Ouanessa Younsi et Thanh-Lan Ngô, *Le trouble de personnalité limite. Brochure explicative pour les patients et leurs proches*, Thanh-Lan Ngô – psychoapp, 2020 (<http://psychoapp.com>).

Mark Zimmermann, *Trouble de la personnalité borderline, Manuel MSD*, 2021, (msdmanuals.com).

Thérapie cognitive analytique

Ryle Anthony, "The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, vol. 18, n° 1, 2004, p. 3-35.

Ryle Anthony and Kerr Ian B., *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational approach to mental health*, John Wiley & Sons, 2020.

Thérapie orientée sur la clarification

Kramer Ueli et al., « Intégrer clinique et recherche : le modèle de la clarification selon R. Sachse », *Psychothérapies*, vol. 29, n° 2, 2009, p. 67-74

Thérapie centrée sur les émotions

Greenberg Leslie, *La thérapie centrée sur les émotions*, De Boeck Supérieur, 2020.

Thérapie d'acceptation et d'engagement

Lantheaume Sophie, « Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et addiction sexuelle », *L'Encéphale*, vol. 44, 2018, p. 387-391.

« Qu'est-ce que la psychothérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ? », *Psychomédia*, 2012.

Témoignages

Pour les patient·e·s

- Labrèche Marie-Sissi, *Borderline*, Boréal, 2009 (2e éd.).

Pour les proches

- Masson Paul, Kreger Randi, *Stop Walking on Eggshells: Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder*, New Harbinger, 1998.

Sites internet

Suisse

ALALIMITE

Page facebook : <https://fr-fr.facebook.com/pages/Association-ALALIMITE/269725986770>

France

www.psychonet.fr

Introduire le terme « borderline » pour obtenir les articles sur ce sujet.

Europe

www.emotifsanonymes.eu

Québec – Canada

www.emotifs-anonymes.org

En anglais

Thérapie focalisée sur le transfert (TFT)

<http://www.borderlinedisorders.com>

<http://istfp.org>

Publications de pro mente sana

Collection psychosociale



Crise psychique – Que faire ?
Disponible en sept langues
(français, italien, portugais, espagnol,
albanais, serbo-croate-bosniaque et turc)
Pro Mente Sana, Genève 2010



**Recovery – Vers le rétablissement.
Maladies psychiques.**
Pro Mente Sana, Genève 2011



**Témoignages de Recovery – Récits
de rétablissements en santé mentale.**
Entretiens et textes par Samia Richle
et Ildiko Dao Lamunière.
Pro Mente Sana, Genève 2012



**Les troubles bipolaires. Comprendre la maladie
et trouver de l'aide.**
Ariane Zinder-Jeheber
Pro Mente Sana, Genève 2016



**Les médicaments psychotropes – Informations
pour un usage éclairé des psychotropes.**
Andreas Knuf et Margret Osterfeld
Pro Mente Sana, Genève 2017



Diminuer et arrêter les antipsychotiques

Pro Mente Sana, Genève 2021



L'angoisse et les troubles anxieux.

Comprendre la maladie et trouver de l'aide

Ariane Zinder-Jeheber, psychologue
avec la collaboration d'Anthéa Bailleux, psychologue
Pro Mente Sana, Genève 2021



Psychothérapies

Par Evelyne Kolatte
avec la collaboration de Ariane Zinder-Jeheber,
Esther Hartmann, Maïte Laurençon et Anthéa Bailleux
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2022 révisée et augmentée



La santé mentale

S'informer et devenir acteur-ric

Ariane Zinder-Jeheber et Anthéa Bailleux
Pro Mente Sana, Genève 2022



Le trouble de la personnalité borderline.

Comprendre la maladie et trouver de l'aide.

Andreas Knuf
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2022

Publications de pro mente sana

Collection juridique



Directives anticipées – Prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées.

Shirin Hatam
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2014



L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques

Shirin Hatam
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2015



Troubles psychiques et travail salarié : un aperçu du droit

Shirin Hatam
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2018



Obligation de soin en cas de maladie psychique. Guide juridique à l'usage des patients en Suisse romande

Shirin Hatam
avec la collaboration de Tatiana Gurbanov
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2019



Proches d'une personne souffrant de troubles psychiques. Petit guide juridique suisse romand

Shirin Hatam
avec la collaboration d'Asuman Kardes
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2020 révisée et augmentée

Pro Mente Sana

Rue des Vollandes 40
CH-1207 Genève

Tél.: 0840 00 00 60 (tarif local)

Fax: 022 718 78 49

E-mail: info@promentesana.org

www.promentesana.org

CP 17-126679-4

Permanence téléphonique

(lundi, mardi et jeudi: 10h-13h)

Conseil juridique: 0840 00 00 61 (tarif local)

Conseil psychosocial: 0840 00 00 62 (tarif local)