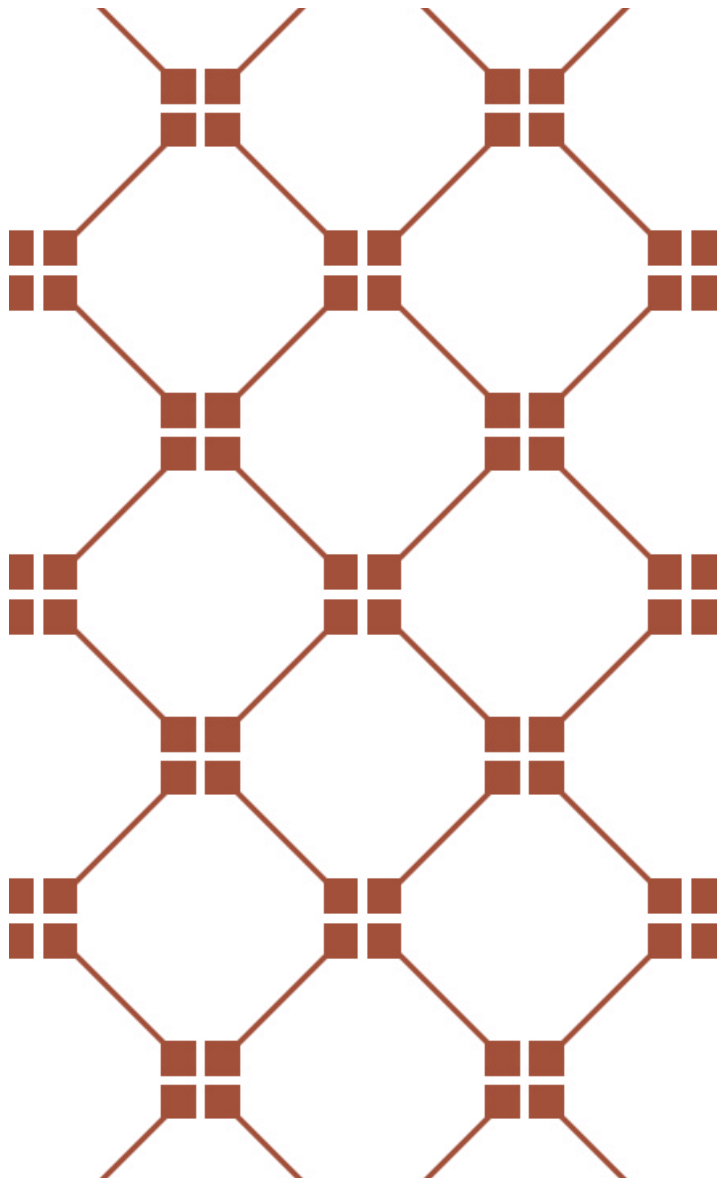


# 4 DIAGNOSTICS, 8 PSYCHOTROPES: ET SI VOTRE PATIENT (N')ÉTAIT (PAS) BORDERLINE?

---

Anjali Mathur, CHU Toulouse

Marie Sporer, CHU Toulouse, CH Lavar



# 4 DIAGNOSTICS, 8 PSYCHOTROPES: ET SI VOTRE PATIENT (N')ÉTAIT (PAS) BORDERLINE?

---

Et tant mieux s'il l'est



DUP

Retards au diagnostic  
trouble bipolaire

Retard au diagnostic  
trouble borderline??

# RETARD DE DIAGNOSTIC

Faux diagnostics



Faux espoirs  
Vraies déceptions  
Poly prescription

Retard de traitement:



Prolongation souffrance  
Hospitalisations inutiles voir nocives  
**Risque suicidaire**



Erreur de diagnostic

## **Dépression**

Trouble bipolaire II

Trouble psychotique

**CONSULTATION CHU TOULOUSE  
DEPRESSIONS RESISTANTES**

Reconnaissance comorbidité seule

## **Dépression**

Trouble bipolaire II

Stress post traumatique

Trouble anxieux

Addictions

# CONSULTATIONS DÉPRESSION RÉSISTANTE

Au total 48,8% de patients souffrant TP BL

45 patients adressés pour EDC résistant

5 EDC résistant (11,1%)

5 EDC non résistant sans comorbidité associée (11,1%)

24 EDC « pseudo résistant » (53,3%)

10 TP sans EDC (22,2%)

1 tb bipolaire sans EDC

20 TP cluster B (44,4%)

4 trouble bipolaire

2 trouble anxieux

1 consommation toxique

2 pathologie neurodégénérative

6 TP BL (13,3%)

2 TP histrionique

1 TP narcissique

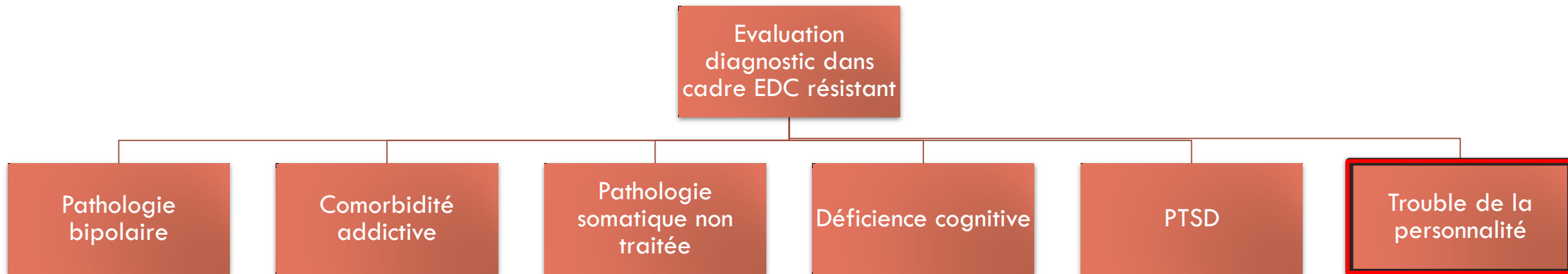
1 TP non spécifié

16 TP BL (35,5%)

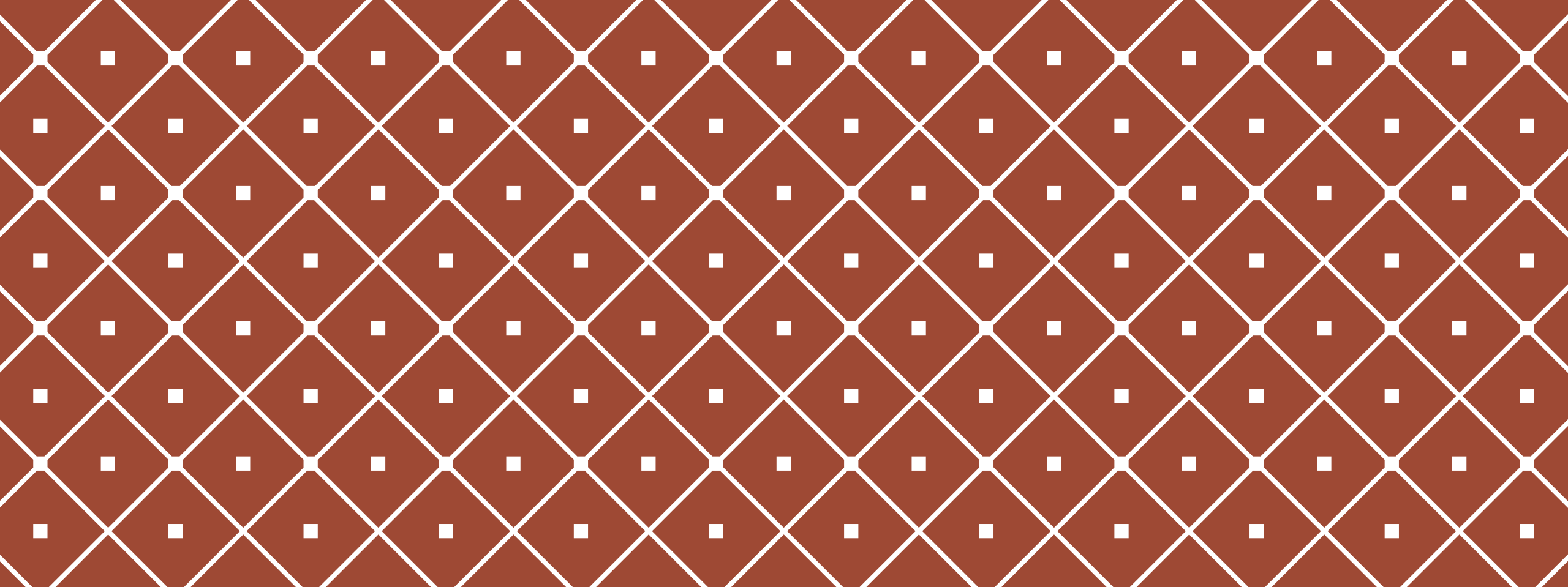
2 TP histrionique

2 TP non spécifié

# DES CAUSES DE RÉSISTANCE AU TRAITEMENT



Young M. Treatment-Resistant Depression: the importance of identifying and treating co occurring personality disorders.  
*Psychiatr Clin North Am.* 2018. 41(2): 249-261.



# CAS CLINIQUES



# CAS CLINIQUE 1: MME M.

Mme M. 23 ans adressée par psychiatre libéral pour EDC résistant

## Tableau clinique au 1<sup>er</sup> plan:

- Léger ralentissement psychomoteur
- Tristesse depuis 6 mois, anhédonie
- Difficulté d'endormissement avec réveil matinal
- Perte de 2 kg en 6 mois
- IDS fluctuantes
- Fatigue
- En arrêt de travail

=> EDC d'intensité modérée persistant malgré prise de 4 AD différents

# CAS CLINIQUE 1: MME M.

## HDM:

- Décrit enfance carencée avec maltraitances, agression sexuelle à l'âge de 20 ans.
- Plusieurs épisodes de fléchissements thymiques associés à des passages à l'acte auto agressifs
- Mises en danger
- Plusieurs psychiatres/ sans réel suivi, plusieurs traitements psychotropes, plusieurs hospitalisations en psychiatrie
- Plusieurs diagnostics évoqués : « un trouble bipolaire, un trouble unipolaire, une personnalité borderline, une simulation ».
- Depuis 6 mois, rupture avec l'état antérieur suite séparation sentimentale

# CAS CLINIQUE 1: MME M.

## Antécédents psychiatriques familiaux:

- Mère: probable TP BL
- Cousin paternel: suicide
- cousin maternel: notion de trouble bipolaire, consommation d'alcool et de toxiques

## Antécédents médico chirurgicaux:

- RGO
- infections urinaires à répétition

## •Traitement actuel:

- Prozac 20mg/ jour depuis 2 mois (mauvaise observance)
- Lexomil 1/4 au coucher

## •Traitements antérieurs depuis 6 mois:

- Seroplex 10 mg/ jour (arrêt à 5 jours/ EI)
- Zoloft 50mg/ jour pendant 2 mois
- Norset 15mg/ jour (arrêt à 1 semaine/ EI)

# CAS CLINIQUE 1: MME M.

## Biographie:

- Célibataire depuis 6 mois. Pas d'enfant.
- Divorce de ses parents quand elle avait 11 ans. A vécu chez sa mère jusqu'à ses 18 ans.  
Contexte de vie insécurisant
- Aînée d'une fratrie de 3.
- Peu d'entourage amical. 1 amie proche, relation récente.
- A eu plusieurs emplois. Fait de l'intérim actuellement dans la vente.

# CAS CLINIQUE 1 : MME M.

Traits de personnalité: instabilité de l'estime de soi, IDS chroniques, instabilité relationnelle, débordement émotionnel, impulsivité, vécu abandonnique, sentiment de vide intérieur, antécédents de passages à l'acte auto agressifs et mises en danger.

## Informations données à la patiente sur:

- Diagnostic d'EDC modéré et de trouble de la personnalité borderline.
- Remise livret borderline.
- Indications à prise en charge psychothérapeutique pour trouble de la personnalité borderline et EDC +/- AD pour EDC

# TAKE HOME MESSAGE

- Tableau clinique au 1<sup>er</sup> plan évoquant EDC résistant
- Evaluation histoire de vie, antécédents TS, conduites à risque, fluctuation thymique en fonction des événements de vie, du fonctionnement social
- Difficultés à s'inscrire dans un suivi et dans un soin, errance médicale
- Difficultés d'observance médicamenteuse
- Vigilance concernant BZD et hypnotique avec risque de dépendance
- Patiente perdue: plusieurs diagnostics /complexité du tableau clinique, soulagée par la pose d'un diagnostic TP BL et d'une conduite à tenir.

# CAS CLINIQUE 2: MME O.

Mme O. 39 ans, adressée par le psychiatre du CH où elle est hospitalisée, pour évaluation pour des ECT dans le cadre d'une dépression résistante.

## Tableau clinique au 1<sup>er</sup> plan:

- Fixité du regard
- En demande insistante d'ECT, «vous êtes ma dernière chance ».
- Souffrance morale majeure
- Fatigue chronique
- Pas de tristesse, pas d'anhédonie franche.
- Pas de trouble de l'appétit, pas de trouble du sommeil.
- Culpabilité adaptée par rapport à sa fille, ruminations anxieuses
- IDS fluctuantes non scénarisées

=> pas d'EDC structuré

# CAS CLINIQUE 2: MME O.

## HDM:

- Souffrance morale importante depuis son adolescence avec IDS chroniques fluctuantes
- Hospitalisation en ASPDT suite à tentative de défenestration 3 jours après précédente hospitalisation pour EDC avec IDS



# CAS CLINIQUE 2: MME O.

## Antécédents psychopathologiques:

- « Etat dépressif depuis 25 ans »
  - 1<sup>ère</sup> hospitalisation à 36 ans en ASPDT pour EDC avec IDS, ré hospitalisation 15 jours après sa sortie
  - PEC HDJ
  - 2<sup>ème</sup> hospitalisation 1 an plus tard en ASPDT pour EDC (TS par défenestration pdt hospitalisation)
  - 3<sup>ème</sup> hospitalisation 2 ans plus tard pour EDC avec IDS
  - 4<sup>ème</sup> hospitalisation actuellement
  - suivi ambulatoire au CMP 1 à 2 fois/ mois
- 
- Antécédents psychiatriques familiaux:
    - Père: plusieurs hospitalisations en psychiatrie
    - Frères: consommation de toxiques

# CAS CLINIQUE 2: MME O.

## Antécédents médico chirurgicaux:

- asthme
- chirurgie sinus
- fractures vertébrales et cheville suite TS

## • Traitement actuel:

- Norset 30mg/ jour
- risperdal 8mg/ jour
- Lamictal 200mg/ jour
- loxapac 50mg / jour
- atarax 25mg/ jour
- theralene 50gtt/ jour
- lepticur 10mg/ jour

# CAS CLINIQUE 2: MME O.

## Biographie:

- Séparation il y a 3 ans (en couple depuis 20 ans), 1 fille de 15 ans.
- Parents divorcés. Cadette fratrie de 5.
- Bac Pro bureautique, secrétaire. Sans emploi depuis 3 ans.
- Perçoit RSA.
- Pas d'étayage amical

# CAS CLINIQUE 2: MME O.

- Traits de personnalité: instabilité relationnelle avec idéalisation/ rejet, instabilité de l'estime de soi, colères intenses, impulsivité, labilité émotionnelle, sentiment de vide chronique, IDS chroniques avec antécédents passages à l'acte auto agressifs
- Pas d'EDC. Souffrance en lien avec TP BL.
- Annonce dg non réalisée à la patiente car volonté évaluation conjointe avec psychiatres traitants, inquiétude PAA.
- Lien fait avec psychiatre: absence d'indication ECT.

# TAKE HOME MESSAGE

- Possibilité de « bien fonctionner » avec étayage optimal (entourage sécurisant)
- Evènement de vie vient déstabiliser cet équilibre fragile
- Attention au « syndrome du sauveur », idéalisation du thérapeute par patient
- Souffrance importante/ « bruyante » avec demandes dans l'immédiateté => inquiétudes des soignants
- Complexité diagnostique: tendance à poly médication (« effet millefeuille »)
- Favorisée par insistance des patients dans contexte de souffrance importante
- Risque iatrogénie

# Sources de résistance aux traitements chez les patients présentant TP BL

## Facteurs de terrain

Manque d'opportunités pour adressage aux traitements efficaces

Temps limité

Obstacles au remboursement

Controverses sur le diagnostic

Manque de supervision

Manque de formation pratique aux soins

Evaluation insuffisante avant d'initier les soins

Manque de connaissance des guidelines de soins

Poly prescription médicamenteuse

## Facteurs propre au thérapeute



Alliance thérapeutique

Réactions contre transférentielles

Stigmatisation/  
discrimination

Facteurs culturels

Défenses  
psychologiques



## Facteurs propre au patient

Evènements adverses dans l'enfance/ traumas précoces

Comorbidités

Sévérité

Manque de compliance

## Facteurs sociaux

Stress sévère

Traitement adéquat inaccessible

Difficultés financières pour financer le traitement adéquat

Absence d'assurance/  
mutuelle

Chômage/ inactivité professionnelle

# Sources de résistance aux traitements chez les patients présentant TP BL

## Facteurs de terrain

Manque d'opportunités  
pour adressage aux  
traitements efficaces

Stigmatisation/  
discrimination

## Facteurs sociaux

Evènements adverses  
dans l'enfance/ traumas  
précoces

Stress sévère

Traitement adéquat  
inaccessible

Difficultés financières  
pour financer le  
traitement adéquat

Absence  
d'assurance/  
mutuelle

Chômage/ inactivité  
professionnelle

Facteurs culturels

Défenses  
psychologiques

Comorbidités

Sévérité

Manque de  
compliance

## Facteurs propre au patient



Alliance  
thérapeutique



## Facteurs propre au thérapeute

## Evaluation insuffisante avant d'initier les soins

Manque de  
connaissance des  
guidelines de soins

Poly prescription  
médicamenteuse

Obstacles au  
remboursement

Controverses sur  
le diagnostic

Manque de  
supervision

Manque de formation  
pratique aux soins

Temps limité

# Sources de résistance aux traitements chez les patients présentant TP BL

## Facteurs de terrain

Temps limité

Obstacles au  
remboursement

Controverses sur  
le diagnostic

Manque de  
supervision

Manque de formation  
pratique aux soins

**Manque  
d'opportunités pour  
adressage aux  
traitements efficaces**

Réactions contre  
transférentielles

Evaluation  
insuffisante avant  
d'initier les soins

**Manque de  
connaissance  
des guidelines  
de soins**  
**Poly prescription  
médicamenteuse**

**Facteurs propre  
au thérapeute**



**Stigmatisation/  
discrimination**

Evènements adverses  
dans l'enfance/ traumas  
précoces

## Facteurs sociaux

Stress sévère

Traitement adéquat  
inaccessible

Difficultés financières  
pour financer le  
traitement adéquat

Absence  
d'assurance/  
mutuelle

Chômage/ inactivité  
professionnelle

Facteurs culturels

Défenses  
psychologiques

Comorbidités

Sévérité

Manque de  
compliance

**Facteurs propre  
au patient**



Alliance  
thérapeutique



# FAUSSES IDÉES SUR LE TROUBLE BORDERLINE

Trouble rare

On ne doit pas le diagnostiquer pour « laisser une chance au patient » et traiter co-morbidité

Dire à un patient qu'il est borderline témoigne de la colère/frustration psy ou inamabilité patient

Dire au patient qu'il est borderline sera trop difficile pour lui

De toute façon il n'y a pas de traitement

De toute façon, les traitements sont trop compliqués, trop longs, inaccessibles

Il va mal finir

Fréquent

Perte de temps, de chance, risque, inefficace

Stigmatisation

FAUX

Plusieurs psychothérapies étudiées rct

Manuels avec principes simples existent

Evolution naturelle favorable

# UN TROUBLE FRÉQUENT

Dans la population générale 1,3 – 3,2 % population

Consultation psychiatrique: 12% (10% -22,6%)

Hospitalisation psychiatrique: 22% (6,5%-64%)

Consultation dépendance substances: 3,2-65%

Urgences psychiatriques: 9% des patients

Ecart entre diagnostics avec outil et diagnostic clinique:

0,4% vs 14%, 6,9% vs 15%, 14% sur vignettes cliniques

# LAISSER « UNE CHANCE AU PATIENT » EN TRAITANT D'ABORD L'ÉVENTUELLE COMORBIDITÉ

Risque de sous estimer ou sur estimer le risque suicidaire

Prescrire pharmacothérapie sans efficacité

Donne des « résistances » qui n'en sont pas

Amène finalement à des déceptions, et une fatigue du patient et son entourage

Sous-tend l'idée reçue suivante

# LE TERME BORDERLINE TRADUIT UN REJET DU PATIENT (COLÈRE, FRUSTRATION...)

Plusieurs auteurs suggèrent que le diagnostic est victime de « mésusage »

Termes « manipulation, besoin d'attention, démonstratif... »

Diagnostic considéré par certains cliniciens comme une « faillite morale »

Confirmé par les témoignages de patient qui ont eu le sentiment d'être victimes de stigmatisation, qui peuvent craindre la confrontation avec thérapeutes jugeants.

Tous les patients ne sont pas « difficiles »: les plus difficiles à soigner sont hospitalisés ou passent par les urgences (continuum)

MÊME ELLE N'EN A  
PARLÉ QUE 20 ANS  
APRÈS

LIVES RESTORED

## Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight



[View the Video Feature »](#)

Damon Winter/The New York Times

**The Power of Rescuing Others:** Marsha Linehan, a therapist and researcher at the University of Washington who suffered from borderline personality disorder, recalls the religious experience that transformed her as a young woman.

By **BENEDICT CAREY**

Published: June 23, 2011

# DIRE A UN PATIENT QU'IL EST BORDERLINE SERA TROP DIFFICILE POUR LUI...

La psychoéducation seule a des effets thérapeutiques

En notre expérience, cela amène souvent à un soulagement, un sentiment d'être moins seule, un espoir

# INFORMATION SUR LE TROUBLE

1) Une disposition génétique (enfant hypersensible)

Une interaction avec l'environnement

Commence à s'exprimer pendant l'adolescence

2) Une évolution naturelle plutôt favorable

Patient se voit comme une personne moins seule, qui a des vraies difficultés en partie d'origine génétique, mais qui a le potentiel de vivre une vie satisfaisante. Effet positif également sur les familles informées



**IL N'Y A PAS DE TRAITEMENT POUR LE TP BL...**



# THÉRAPIES POUR LES BORDERLINE

## **The BIG FIVE (validés)**

Thérapie Dialectique comportementale (DBT)

Thérapie basée mentalisation (MBT)

Transfert focused therapy (TFP)

Thérapies des schémas (SFT)

**Good psychiatric Management (GPM)**

## **AUTRES (en voie de validation)**

Thérapie interpersonnelle

Modèle conversationnel

Thérapie cognitive analytique

Thérapie focalisée sur les émotions

Groupe DBT seul

Etc...

**LES THÉRAPIES SONT LONGUES, COMPLIQUÉES,  
INACCESSIBLES...**

# **DIFFÉRENTES THÉRAPIES « GÉNÉRALISTES »**

**Good Psychiatric Management (J. GUNDERSON)**

**Stepped Care for Borderline Personality Disorder :  
Making Treatment Brief, Effective and Accessible  
(J. PARIS)**

**Structured Clinical Management (A. BATEMAN  
and KRAWITZ)**

# GOOD PSYCHIATRIC MANAGEMENT

Pas nécessaire de faire une formation

Applicable par tout psychiatre  
(psychologue)

Suffisant pour la majorité des patients  
borderline

Pas de durée préconisée (court terme,  
intermittente)

Approche pragmatique

Case management/soutien

Psychoéducation

Objectifs: atteindre une satisfaction dans  
sa vie professionnelle et relationnelle

Multimodale

Basée sur le modèle de l'hypersensibilité  
interpersonnelle

**IL/ELLE/ÇA VA MAL FINIR...**

# EVOLUTION NATURELLE DU TROUBLE

Plusieurs études rétrospectives sur plus de 15 ans: 75 % de rémission

Etudes prospectives : 99% de rémission à 15 ans (pendant deux ans)

Taux moins élevés pour rétablissement (fonctionnement social) mais supérieur à 60%

Les symptômes qui disparaissent le plus : comportementaux (gestes impulsifs, gestes auto dommageables)

Rechutes possibles

# TAKE HOME MESSAGE

On peut traiter les personnes présentant un trouble de personnalité borderline

Attention aux confusions avec les diagnostics confondants

Ne jamais se précipiter à introduire un ttt AD

Faire une évaluation objective sur l'histoire des symptômes

Intérêt de l'annonce du diagnostic de TP BL (livret) et de l'indication de psychothérapie

# ON DOIT TRAITER LES AUTRES TROUBLES AVANT...

## PRIORISER BORDERLINE

Dépression

Troubles anxiété générale

Phobie sociale

Personnalité narcissique

TSPT

## PRIORISER COMORBIDITE

Episode maniaque

Anorexie

Dépendance substances