



TRAUMATISME COMPLEXE ET PERSONNALITÉ BORDERLINE : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL OU CO- MORBIDITÉ? IMPLICATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Hala KERBAGE
CHU de Montpellier





PLAN

- Trauma complexe (CPTSD)
- Trouble de personnalité borderline (TPB)
- Différences cliniques
- Implications thérapeutiques





PTSD

SYMPTOMES CLES :

- Reviviscences et phénomènes d'intrusion
- Evitement
- Hypervigilance ou sentiment de danger imminent

Dans le DSM5: critère d'altération de l'humeur et des cognitions

Bisson et al, 2019



LE TRAUMA COMPLEXE

Nouvelle catégorie diagnostique dans l'ICD-11, adoptée par l'OMS en 2019.

Exposition répétée et prolongée à des traumatismes interpersonnels, notamment précoces, dans des circonstances où la personne ne peut s'échapper:

- Maltraitance infantile, abus physique et sexuel infantile;
- Trafic de prostitution;
- Violence domestique;
- Victimes de torture ou des formes de violence organisée ou génocidaire



DISTURBANCES OF SELF ORGANIZATION

- 1) **Perceptions et croyances négatives de soi** : culpabilité, honte, auto-dépréciation
- 2) **Dysrégulation émotionnelle**: Hyper ou hypo réactivité émotionnelle, comportements auto-destructeurs, états dissociatifs sous stress, troubles attentionnels.
- 3) **Difficultés interpersonnelles**: Difficulté persistante à maintenir des relations, évitement de la proximité, émoussement affectif



AUTRES ASPECTS DU TRAUMA COMPLEXE

- Troubles de l'attention
- Altération des états de conscience sous stress:
Dépersonnalisation, déréalisation, dissociation
- Perturbations dans les systèmes de sens, et de cohésion interne
- Somatisation +++



DANS LE DSM

Pas de diagnostic de PTSD complexe

1992: introduit par Judith Hermann

DSM-IV: DESNOS

Nouveau critère diagnostique pour le PTSD: altérations de l'humeur et des cognitions

Ajout d'un sous-type dissociatif

Bisson et al, 2019



CRITERES DU TPB

Tendance persistante à des relations, une image de soi, et des émotions instables (c'est-à-dire, une dysrégulation émotionnelle) et à une impulsivité prononcée, illustrée par ≥ 5 des éléments suivants:

- Efforts désespérés pour éviter l'abandon
- Relations intenses instables qui alternent entre idéalisation et dévalorisation.
- Image et un sens de soi instables.
- Impulsivité dans ≥ 2 domaines qui pourraient être autolésionnels



CRITERES DU TPB

- Un comportement, des gestes, et/ou des menaces suicidaires ou d'auto-mutilations répétées.
- Des sautes rapides d'humeur, qui durent de quelques heures à quelques jours.
- Sentiments persistants de vide.
- Une colère intense inappropriée ou des difficultés à contrôler la colère
- Pensées paranoïdes temporaires ou symptômes dissociatifs graves déclenchés par le stress.



SIMILITUDES

- Facteurs de risque partagés: Traumas précoces interpersonnels prolongés
- Episodes dissociatifs induits par le stress
- Problèmes de régulation émotionnelle et notamment d'auto-régulation
- Problèmes interpersonnels
- Troubles de la perception de soi
- Comportements auto-destructeurs
- Impact fonctionnel



1

30% de probabilité
d'avoir un CPTSD si TPB et
inversement.

2

Deux entités distinctes
malgré les nombreuses
similitudes

CPTSD ET TPB



ETIOLOGIES

TPB	Trauma complexe
Exposition traumatique non requise pour le diagnostic	Exposition traumatique cumulative et prolongée requise
<ul style="list-style-type: none">- Etiologie plurifactorielle: traumas précoces mais aussi exposition à des reactions précoces, invalidantes, négligentes, punitives.- Négligence émotionnelle +++- Prédisposition tempéramentale	<ul style="list-style-type: none">- Association avec abus sexuels répétés dans l'enfance.- Traumatisme développemental

Frost et al, 2020





REVIEW

Open Access

Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder

Julian D Ford^{1*} and Christine A Courtois²

Abstract

Complex PTSD (cPTSD) was formulated to include, in addition to the core PTSD symptoms, dysregulation in three psychobiological areas: (1) emotion processing, (2) self-organization (including bodily integrity), and (3) relational security. The overlap of diagnostic criteria for cPTSD and borderline personality disorder (BPD) raises questions about the scientific integrity and clinical utility of the cPTSD construct/diagnosis, as well as opportunities to achieve an increasingly nuanced understanding of the role of psychological trauma in BPD. We review clinical and scientific findings regarding comorbidity, clinical phenomenology and neurobiology of BPD, PTSD, and cPTSD, and the role of traumatic victimization (in general and specific to primary caregivers), dissociation, and affect dysregulation. Findings suggest that BPD may involve heterogeneity related to psychological trauma that includes, but extends beyond, comorbidity with PTSD and potentially involves childhood victimization-related dissociation and affect dysregulation consistent with cPTSD. Although BPD and cPTSD overlap substantially, it is unwarranted to conceptualize cPTSD either as a replacement for BPD, or simply as a sub-type of BPD. We conclude with implications for clinical practice and scientific research based on a better differentiated view of cPTSD, BPD and PTSD.

Keywords: Borderline personality disorder, Complex PTSD, Dissociation, Affect dysregulation

REVIEW

Open Access

Complex PTSD and borderline personality disorder

Julian D. Ford^{1*}  and Christine A. Courtois²



Abstract

Background: This article builds on a previous review (Ford and Courtois, *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 1:9, 2014) which concluded that complex posttraumatic stress disorder (cPTSD) could not be conceptualized as a sub-type of either PTSD or BPD. Recent research is reviewed that extends and clarifies the still nascent understanding of the relationship between cPTSD and BPD.

Main body: The circumscribed formulation of adult cPTSD that has been developed, validated, and included in the 11th Edition of the *International Classification of Diseases* has spurred research aimed at differentiating cPTSD and BPD both descriptively and empirically. A newly validated Developmental Trauma Disorder (DTD) syndrome for children and adolescents provides a basis for systematic research on the developmental course and origins of adult cPTSD and BPD. This review summarizes recent empirical findings regarding BPD, PTSD, and cPTSD in terms of: (1) prevalence and comorbidity; (2) clinical phenomenology; (3) traumatic antecedents; (4) psychobiology; (5) emotion dysregulation; (6) dissociation; and (7) empirically supported approaches to clinical assessment and psychotherapeutic treatment.

HYPERVIGILANCE

BPD	Trauma complexe
<p>Hypervigilance au rejet</p> <p>Pattern d'attachement insécure/désorganisé</p>	<p>Hypervigilance au danger</p>



DEBUT DES SYMPTOMES

TPB	Trauma complexe
Adolescence/jeune adulte	Début suite aux expositions traumatiques
Tendent à s'améliorer avec l'âge, peuvent fluctuer	Persistants



SYMPTOMS TRIGGERS

TPB	Trauma complexe
Déclencheurs peuvent être mineurs	Situations/events rappelant le trauma
Hyperréactivité physiologique face à des scripts évoquant des thèmes d'abandon	Hyperréactivité physiologique face à des scripts évoquant des thèmes de danger



DYSREGULATION EMOTIONNELLE

TPB	Trauma complexe
Impulsivité fréquente avec passage à l'acte et gestes suicidaires: sous-régulation	Tendance à l'évitement, l'isolement, émoussement affectif: surrégulation
Labilité de l'humeur	Colère réactive à un contexte de stress ou des déclencheurs précis



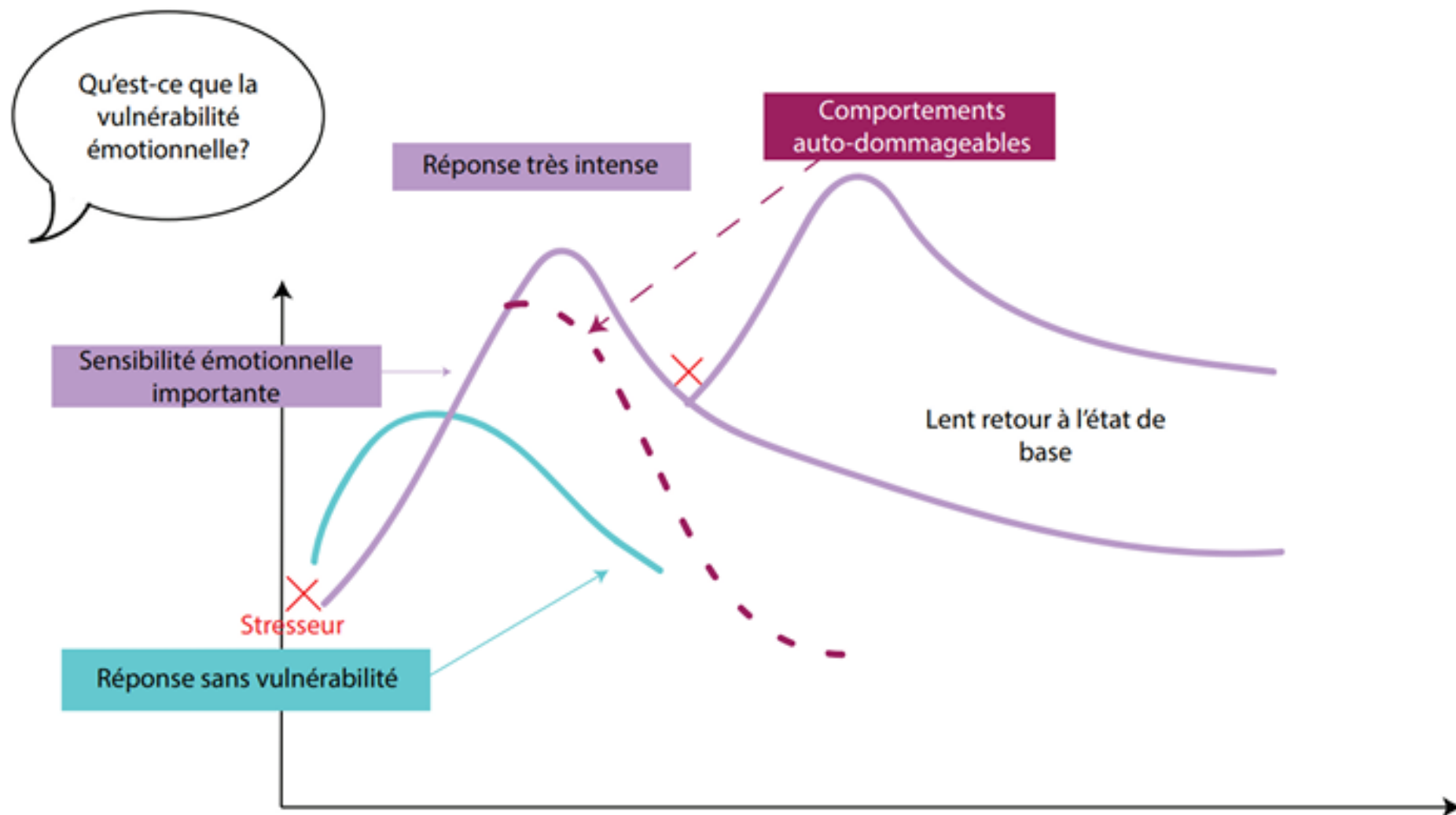
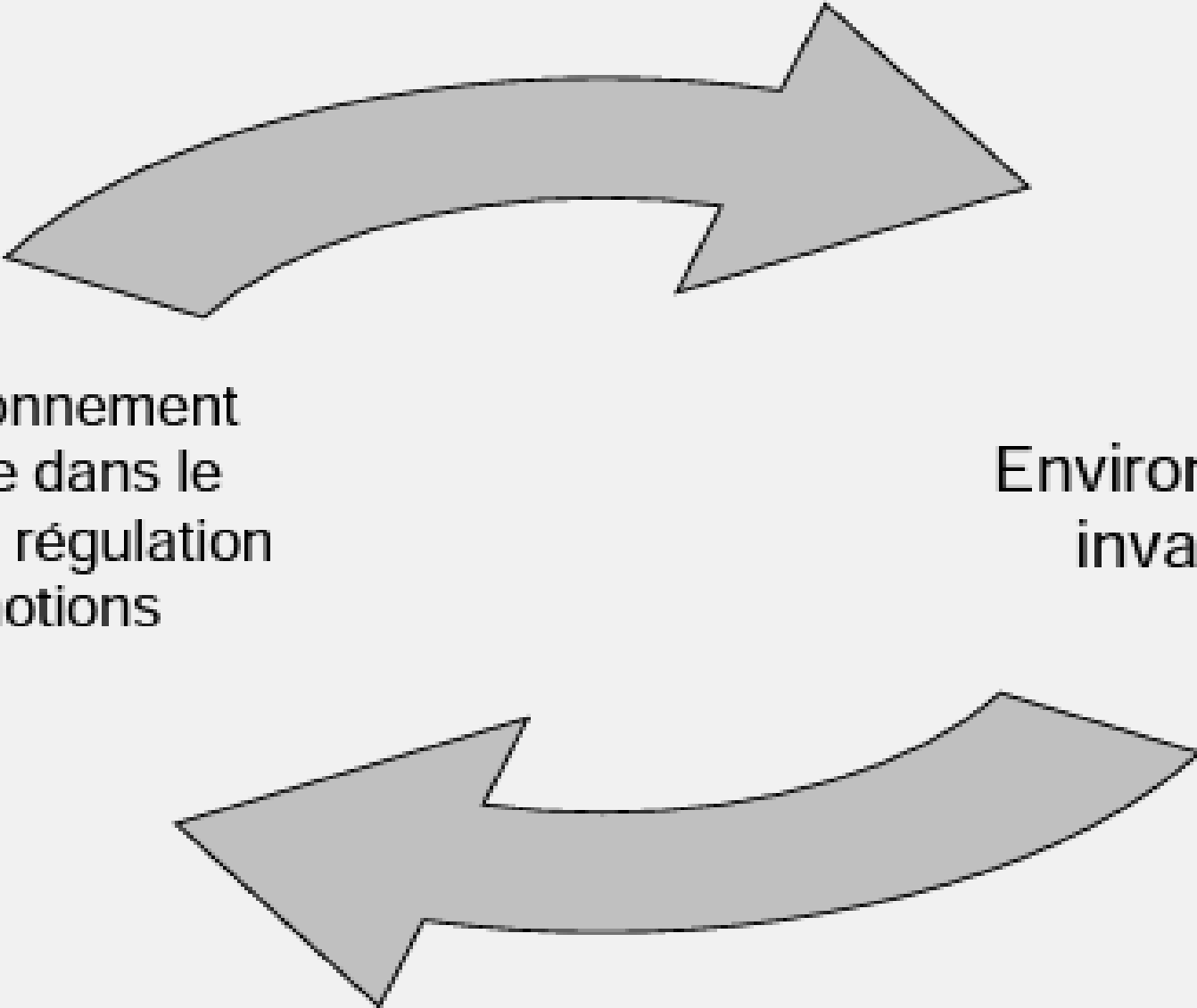


Figure 2. La vulnérabilité émotionnelle (adapté de Linehan, 2015)



Dysfonctionnement
biologique dans le
système de régulation
des émotions

The diagram consists of two large, light gray, curved arrows pointing in opposite directions, one above and one below the text, forming a cycle. The top arrow points from left to right, and the bottom arrow points from right to left.

Environnement
invalidant



IMAGE DE SOI ET IDENTITE

TPB	Trauma complexe
Image et perception de soi instables, sentiment d'identité confus, sentiment de vide.	Image de soi constamment négative et dévalorisée: Honte +++
Image de soi peut shifter et estime de soi fluctuante	Image de soi plus stable.



CONFIANCE

TPB	Trauma complexe
Jalousie, possessivité, peur d'être abandonné	Peur d'être trahi, exploité, maltraité
Contrôler l'autre comme réponse	Evitement, retrait et détachement comme réponse



RELATIONS INTERPERSONNELLES

TPB	Trauma complexe
Peur de l'abandon, relations intenses, explosives, intrusives.	Evitement chronique des relations, peur de l'intimité, isolement et retrait
Relations instables entre idéalisation et dévalorisation	Sentiment d'aliénation des autres , émoussement affectif relationnel



SOUVENIRS TRAUMATIQUES

TPB	Trauma complexe
Non consistants sauf si PTSD associé	Flashbacks traumatiques et cauchemars Amnésie traumatique

Ford et courtois, 2014; 2021



DEPISTER UN CPTSD

Evaluation des Evenements Adverses de l'Enfance

Se former au dépistage des ACE : CTQ ?

Le screening doit bénéficier le patient

Coordination des soins pour éviter un rescreening non nécessaire

Les patients peuvent minimiser l'environnement abusif



DEPISTER DES ACE

- Pouvez-vous vous décrire en tant que jeune enfant?
- Pouvez-vous me décrire l'ambiance dans laquelle vous avez grandi?
- Est-ce que le foyer était pour vous un endroit sécurisant et soutenant?
- Est-ce qu'il s'est passé des choses durant votre enfance qui vous ont fait du mal émotionnellement?
- Avez-vous expérimenté de la violence de la part de vos parents? Par exemple lors de punitions, ou de mesures disciplinaires?
- Quand vous viviez des choses difficiles, pouviez-vous vous tourner vers quelqu'un pour vous sécuriser?
- Vous a-t-on déjà demandé de garder des secrets qui vous semblaient lourds? Vous a-t-on demandé en tant qu'enfant de faire ou de regarder des choses sexuelles?
- Comment gérez-vous en général les situations stressantes?



ECHELLE POUR LE CPTSD

International Trauma Questionnaire
dans sa version française validée



IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Evaluer l'impact fonctionnel sur tous les domaines de la vie.

Considérer la PEC du trauma complexe et du TPB en tant que "dimensions" de symptômes.

Discuter avec le patient de quelle approche doit être considérée: trauma informed care

Dépister et traiter les co-morbidités: TDAH, EDM, Abus de substance +++



DÉFINIR LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT

TPB	Complex PTSD
Réduire la dépendance aux autres	Réduire l'évitement inter-personnel et augmenter le support social
Développer une perception stable de soi	Développer une image positive de soi
Focus on the HERE and NOW	Cibler le contenu et le sens des souvenirs traumatiques



TRAITEMENT TPB: HERE AND NOW

Thérapie comportementale dialectique:

- Tolérance à la détresse, compétences interpersonnelles, régulation émotionnelle et pleine conscience

Mentalized Based Treatment

Transference Focused Psychotherapy

Suivi psychiatrique général régulier





TRAITEMENT DU CPTSD

■ PHASE BASED APPROACH

ISTSS Expert Consensus cPTSD (2012)

Phase 1: Stabilisation

Phase 2: Processing des mémoires traumatiques

Phase 3: Réintégration

STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation) **Phase 1:** Entrainement aux compétences de régulation émotionnelle et interpersonnelle

Phase 2: Exposition prolongée

Cloitre et al, 2002;2010



PHASE 1: STABILISATION

Assurer la sécurité: safety plan, identification des personnes ressources

Construire la relation thérapeutique: support, validation

Réduire l'intensité des symptômes (médicaments)

Psychoéducation sur le trauma

Compétences de régulation émotionnelle, sociales et relationnelles, gestion de stress, restructuration cognitive



PHASE 2: PROCESSING

- Augmenter la capacité à maintenir l'engagement émotionnel avec les souvenirs traumatiques.
- Réorganiser et intégrer les traumas dans la mémoire autobiographique d'une manière adaptative.
- Exposition prolongée (STAIR); TF-CBT; EMDR, Narrative Exposure Therapy



PHASE 3: REINTEGRATION

- Transition de la thérapie vers un plus grand engagement dans les relations, la vie sociale et occupationnelle.
- Reconnection avec soi-même et les autres et amélioration du fonctionnement social
- Follow-up care
- Amélioration de la qualité de vie, projet de vie, système de croyances et de valeurs.



Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial

Marylene Cloitre, Ph.D.

K. Chase Stovall-McClough, Ph.D.

Kate Noonan, Ph.D.

Patty Zorbas, B.A.

Stephanie Cherry, M.S.W.

Christie L. Jackson, Ph.D.

Weijin Gan, M.S.

Eva Petkova, Ph.D.

Objective: Posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse is associated with features of affect regulation and interpersonal disturbances that substantially contribute to impairment. Existing treatments do not address these problems or the difficulties they may pose in the exploration of trauma memories, an efficacious and frequently recommended approach to resolving PTSD. The authors evaluated the benefits and risks of a treatment combining an initial preparatory phase of skills training in affect and interpersonal regulation (STAIR) followed by exposure by comparing it against two control conditions: Supportive Counseling followed by Exposure (Support/Exposure) and skills training followed by Supportive Counseling (STAIR/Support).

Method: Participants were women with PTSD related to childhood abuse (N=104) who were randomly assigned to the STAIR/Exposure condition, Support/Exposure condition (exposure comparator), or STAIR/Support condition (skills comparator) and assessed at posttreatment, 3 months, and 6 months.

Results: The STAIR/Exposure group was more likely to achieve sustained and full PTSD remission relative to the exposure comparator, while the skills comparator condition fell in the middle (27% versus 13% versus 0%). STAIR/Exposure produced greater improvements in emotion regulation than the exposure comparator and greater improvements in interpersonal problems than both conditions. The STAIR/Exposure dropout rate was lower than the rate for the exposure comparator and similar to the rate for the skills comparator. There were significantly lower session-to-session PTSD symptoms during the exposure phase in the STAIR/Exposure condition than in the Support/Exposure condition. STAIR/Exposure was associated with fewer cases of PTSD worsening relative to both of the other two conditions.

Conclusions: For a PTSD population with chronic and early-life trauma, a phase-based skills-to-exposure treatment was associated with greater benefits and fewer adverse effects than treatments that excluded either skills training or exposure.



PHASE BASED APPROACH : STAIR-PE

- Recommandée par : NICE, APA, International Society for the Study of Trauma and Dissociation; Australian Center for Posttraumatic Mental Health.
- Réduit les symptômes de PTSD, dépression, et dissociation chez les femmes avec victimisation chronique dans l'enfance.



COMORBIDITE TPB-CPTSD

- TCD seule n'a pas montré d'efficacité dans la réduction de la honte, culpabilité, anxiété, schémas cognitifs et symptômes liés au contrôle des impulsions.
- Importance de la dissociation dans la résistance au traitement
- Forme adaptée du TCD: Engagement, psychoéducation, anti-dissociation, exposition
- TCD avec exposition prolongée : TCD-cPTSD



TCD-CPTSD

- Souvenirs vs reviviscences
- Compétences anti-dissociation (recentrage, mouvement, techniques sensorielles)
- Maîtrise d'objectifs mesurables à court terme
- Exposition: Activation du contact avec la réalité, désamorcer l'évitement
- Acceptation: Trauma, émotions autour du trauma, responsabilité
- Cognitions autour de la honte et de la culpabilité
- Augmenter le réseau de support social



TAKE HOME MESSAGE

- PTSD, CPTSD ET TPB entités diagnostiques distinctes.
- CPTSD: PTSD + Perturbations de la perception de soi, dysrégulation émotionnelle et problèmes relationnels.
- DEPISTER LES ACE ET LE CPTSD!!!
- ATTENTION AUX COMORBIDITES
- Approche dimensionnelle du traitement du CPTSD et TPB
- Phase oriented approach: Phase 1 à intégrer en niveau 1 et 2.

