

Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline

Sebastian Euler¹, Gerhard Dammann², Katrin Endtner³, Florian Leihener⁴, Nader A. Perroud⁵, Thomas Reisch⁶, Klaus Schmeck⁷, Daniel Sollberger⁸, Marc Walter¹, Ueli Kramer⁹

¹Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

²Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychiatrische Dienste Thurgau

³Psychiatrischer Dienst Spital Emmental AG, Burgdorf

⁴Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Psychotherapie (AWP) Zürich; Psychotherapeutische Praxis, Männedorf

⁵Service des Spécialités Psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

⁶Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM)

⁷Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

⁸Psychiatrie Baselland (PBL), Liestal

⁹Departement de Psychiatrie, Université de Lausanne; Department of Psychology, University of Windsor, Canada

Correspondance: Dr. med. Sebastian Euler, Universitäre Psychiatrische Kliniken,
Erwachsenenpsychiatrische Klinik, Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel,
sebastian.euler@upkbs.ch

1. Préface (Prof. S.C. Herpertz)	5
2. Introduction	5
3. Comment le diagnostic est-il posé?	7
3.1. Diagnostic selon la CIM-10 et le DSM-5.....	7
3.1.1. Interviews et questionnaires se basant sur la CIM-10 et le DSM-5	8
3.1.2. Section III du DSM-5.....	8
3.2. Autres instruments diagnostiques	9
3.3. Diagnostics différentiels importants	10
3.3.1. Trouble dépressif.....	10
3.3.2. Trouble bipolaire.....	11
3.3.3. Syndrome de stress post-traumatique (SSPT).....	11
3.3.4. Schizophrénie et trouble schizotypique	11
3.3.5. Trouble du déficit de l'attention / Hyperactivité (TDAH)	12
3.4. Recommandations pour la pratique	12
4. Selon quels principes et dans quel cadre a lieu un traitement spécifique au trouble ?	13
4.1. Principes de base spécifiques au trouble.....	13
4.2. Psychoéducation	14
4.3. Cadre de la prise en charge	14
4.3.1. Aspects pratiques du traitement ambulatoire	15
4.3.2. Aspects pratiques de l'intervention de crise hospitalière	16
4.3.3. Aspects pratiques d'un traitement semi-hospitalier ou hospitalier spécifique au trouble	16
4.4. Difficultés particulières durant le traitement.....	17
4.5. Recommandations pour la pratique	19
5. Quels mécanismes d'actions et de procédés de traitements sont empiriquement démontrés?	20
5.1. Efficacité et mécanismes d'action dans la psychothérapie du TPB	20
5.2. Procédés psychothérapeutiques basés sur des preuves spécifiques au trouble	21
5.2.1. Thérapie comportementale-dialectique (DBT).....	22
5.2.1.1. Principes fondamentaux.....	22
5.2.1.2. Concept et structure du traitement	22
5.2.1.3. Preuves de l'efficacité pour la DBT	23

5.2.2.	Thérapie basée sur la mentalisation (MBT)	24
5.2.2.1.	Principes fondamentaux.....	24
5.2.2.2.	Concept et structure du traitement	24
5.2.2.3.	Preuves de l'efficacité pour la MBT	25
5.2.3.	Thérapie basée sur le transfert (TFP).....	26
5.2.3.1.	Principes fondamentaux.....	26
5.2.3.2.	Concept et structure du traitement	26
5.2.3.3.	Preuves de l'efficacité pour la TFP	27
5.2.4.	Thérapie des schémas (ST)	27
5.2.4.1.	Principes fondamentaux.....	27
5.2.4.2.	Concept et structure du traitement	28
5.2.4.3.	Preuves de l'efficacité pour la ST	29
5.3.	Autres procédés basés sur les preuves et cliniquement pertinents.....	29
5.4.	Recommandations pour la pratique	29
6.	Quelles possibilités existe-t-il pour le traitement médicamenteux?	30
6.1.	Antidépresseurs.....	30
6.2.	Neuroleptiques	30
6.3.	Stabilisateurs de l'humeur	30
6.4.	Autres traitements pharmacologiques	30
6.5.	Pharmacothérapie et psychothérapie	31
6.6.	Polypharmacie	31
6.7.	Recommandations pour la pratique	31
7.	Comment les comorbidités sont-elles traitées.....	32
7.1.	Troubles de la personnalité	32
7.2.	Troubles affectifs.....	32
7.3.	Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)	33
7.4.	Dépendance aux substances.....	33
7.5.	Dépendance non liée aux substances.....	33
7.6.	Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH).....	34
7.7.	Troubles alimentaires	34
7.8.	Recommandations pour la pratique	34
8.	Quelles particularités sont à observer chez les patients adolescents?	35

8.1.	Particularités dans le diagnostic	35
8.2.	Particularités du traitement.....	36
8.3.	Preuves pour le traitement du TPB durant l'adolescence	38
8.4.	Recommandations pour la pratique	38
9.	Quelles recommandations s'appliquent pour les aspects spécifiques du traitement?	38
9.1.	Recommandations concernant des phénomènes cliniques choisis.....	39
9.1.1.	Suicidalité	39
9.1.2.	Parasuicidalité et comportements auto-mutilants	39
9.1.3.	Dissociations.....	39
9.2.	Implications des proches	40
9.3.	Les patients borderline en tant que parents.....	40
9.4.	Particularités chez les patients âgés.....	41
9.5.	Recommandations pour la pratique	41
10.	Conclusions	42
	Remerciements	
	Conflits d'intérêts potentiel.....	43
	Annexes.....	44
	I. Critères généraux pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 et le DSM-5	44
	II. Pharmacothérapie basée sur les preuves	44
	Littérature	47

1. Préface (Prof. S.C. Herpertz)

Les auteurs s'engagent dans une voie didactique intéressante : ils donnent des recommandations de traitement pour des patients avec un trouble de la personnalité borderline sur la base d'une commission d'experts. Cette dernière évalue l'évidence clinique en se focalisant sur la pertinence pratique pour l'accessibilité des personnes concernées en Suisse. Le résultat est convaincant. Toutes les données disponibles, que ce soient les directives internationales, les reviews systématiques ou les travaux originaux ont été passés en revue afin d'assurer la pertinence scientifique. Il faut surtout souligner le large panel de thèmes abordés qui fournit des réponses à toutes les difficultés rencontrées lors de la pratique quotidienne. Dans ce document, ont été considérés non seulement les diagnostics différentiels les plus fréquents sous une forme cliniquement attrayante ainsi que les implications de comorbidités pour le traitement, mais également des thématiques telles que les particularités dans le traitement des patients adolescents ainsi que des propos concernant l'importance d'évaluer et surtout de conseiller les patients dans leur comportement parental. Les propos concernant le style de communication et d'interaction au sein de l'alliance thérapeutique, les cadres de prise en charge spécifiques ainsi que les constellations et situations de traitement particulièrement compliquées sont très pertinents pour la pratique. Finalement, les recommandations sont présentées de manière concise. Elles peuvent être lues en une fois de manière systématique avec un faible investissement en termes de temps et, grâce aux nombreux résumés et synopsis, consultées au quotidien que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier.

Ces recommandations de traitement donnent aux cliniciens une orientation remarquable dans leurs prises en charge quotidiennes de patients pour qui le pronostic de traitement est souvent meilleur que prédit initialement. Cela à condition que les cliniciens leur offrent un concept de traitement bien réfléchi, structuré (aussi lors des exacerbations) et ne perdant pas de vue le processus global. Pour cette raison, ces recommandations sont une incitation à traiter ce groupe de patients et vont contribuer à élever la qualité du traitement dans la pratique thérapeutique quotidienne.

Heidelberg, le 21.12.2017

Sabine C. Herpertz

2. Introduction

Les présentes recommandations de traitement doivent permettre d'optimiser la situation en Suisse des soins psychiatriques et psychothérapeutiques des patients¹ avec un trouble de la personnalité borderline (TPB). Avec un pourcentage de 10% dans les soins psychiatriques ambulatoires et de 15%-25% dans ceux hospitaliers, le TPB est le trouble de la personnalité avec la plus grande pertinence clinique [1-3]. Cependant, avec une prévalence de 0,7%-2,7% dans les échantillons non cliniques, il n'est pas le trouble de la personnalité le plus fréquent [4-6]. Les troubles de la régulation émotionnelle ainsi que ceux de l'identité, de l'impulsivité ainsi que les préjudices aux relations sociales sont les principaux symptômes de la pathologie. En raison des automutilations, de la suicidalité, des problèmes interpersonnels et des pathologies psychiques comorbides, des difficultés particulières surviennent lors du traitement [7-11]. Malgré ces caractéristiques prégnantes, le TPB est trop rarement ou trop tardivement diagnostiqué [3, 12-14]. La classification de la CIM [15] et du DSM [16] étant jusqu'à présent catégorielle et purement descriptive, l'hétérogénéité clinique des patients n'est pas suffisamment représentée, notamment en ce qui concerne la sévérité des problèmes psychosociaux et des différences spécifiques au genre [17-18]. C'est pourquoi l'annexe du DSM-5 contient une évaluation dimensionnelle supplémentaire au niveau du fonctionnement psychosocial et des caractéristiques psychologiques spécifiques. Cette approche différentielle est aussi prévue pour la CIM-11 [19-20]. Un diagnostic valide relève d'une importance particulière car le traitement des pathologies psychiques comorbides telles que les troubles dépressifs, liés aux substances ou anxieux, ne mènent généralement pas à un succès thérapeutique durable [21]. A l'inverse, la majorité des

¹ Dans les recommandations de traitement, afin de faciliter la lisibilité, la forme masculine a été choisie

comorbidités s'améliorent lorsque le TPB est traité [22]. En outre, un diagnostic précoce et un traitement sont actuellement considérés comme particulièrement significatifs pour le pronostic [13]. Dans ce contexte, une attention singulière est portée à la pertinence particulière du trouble durant l'adolescence. Conformément au DSM-5, le diagnostic peut déjà être posé durant cette période de la vie [23].

Du point de vue de l'étiologie psychosociale de la pathologie, différents facteurs psychologiques sont mis en cause (par exemple, l'invalidité, les schémas inadaptés, la diffusion d'identité, les déficits de mentalisation). Des expériences relationnelles précaires et précoces seraient à la base de ceux-ci [24-26]. Par ailleurs, l'influence des mécanismes neurobiologiques (entre autres des facteurs génétiques et épigénétiques ainsi que des atteintes fonctionnelles de certaines zones spécifiques du cerveau) a bien été documentée [27-28]. Dans les études catamnestiques, il a été possible de montrer que la symptomatologie ainsi que la pathologie elle-même sont moins stables dans le temps que l'on ne l'a crû jusqu'à présent et que la rémission est fréquente [29, 30]. Cependant, les atteintes psychosociales, qui sont souvent plus sévères en comparaison aux autres troubles de la personnalité, persistent souvent après la rémission symptomatologique [31-34].

Dans les années 1980, des réflexions autour de la prise en charge psychothérapeutique propre au TPB se sont développées et cela parallèlement à la différenciation diagnostique d'avec d'autres catégories de troubles. Jusque-là, les patients étaient décrits comme intraitables et destructeurs envers eux-mêmes et les autres. Les pionniers des offres de traitement spécialisées étaient Otto F. Kernberg, avec le développement de la thérapie focalisée sur le transfert (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) [35] sur la base du terme d'une organisation de la personnalité borderline (BPO), [36] et Marsha Linehan avec le développement de la thérapie dialectique comportementale (DBT) [37], pour lesquelles les premières preuves d'efficacité convaincantes furent présentées. Le modèle dialectique de Linehan prend en compte de manière spécifique - en plus du changement - l'acceptation et la validation du vécu subjectif du patient, ce qui a considérablement contribué à une évaluation plus optimiste de la traitabilité du TPB.

Sur la base des études randomisées contrôlées (RCTs), d'autres méthodes ont pu s'établir lors des deux dernières décennies parmi lesquelles la thérapie basée sur la mentalisation (MBT) [38] et la thérapie des schémas (ST) [39]. Différentes considérations conceptuelles sous-tendent ces procédés qui présentent tout de même des chevauchements dans certains domaines. Leur efficacité pourrait être considérablement déterminée par des caractéristiques communes [40-42]. Aujourd'hui, la recherche en psychothérapie met de plus en plus l'accent sur la question des mécanismes de changement sous-jacents, plutôt que de se focaliser sur des études comparatives de méthodes déjà établies. Il est ainsi possible de déduire des offres de traitement différentielles et d'adapter davantage les différentes stratégies d'intervention au processus de changement individuel [43-46]. La considération des comorbidités, l'incidence du traitement sur la réalité sociale et le meilleur accès aux thérapies efficaces sont considérés comme les défis actuels de la recherche et des soins [47].

Pour le TPB, des directives thérapeutiques ont été développées dans différents pays [48, 49]². Ce trouble est considéré aujourd'hui comme une pathologie valide à diagnostiquer et traitable de manière efficace. En contradiction avec cela, le TPB peut être considéré, comparativement à d'autres pathologies psychiatriques - mesurées selon leur pertinence clinique - comme "sous-estimé, insuffisamment traité, sous-financé et stigmatisant" [2]. Seule une minorité de patients reçoit un traitement correspondant aux directives. En plus de la souffrance subjective du patient concerné, cela s'accompagne également de coûts directs et indirects considérables [50-52]. Une raison possible pour le manque de transfert des résultats de la recherche à la pratique est que malgré l'élaboration de directives de grande qualité – y compris les versions les plus actuelles (par exemple, la révision du NICE-Guideline 2015 ou les directives danoises publiées elles aussi en 2015³) - peu de recommandations robustes pour la pratique clinique sont formulées. Pour les questions essentielles relatives au traitement, il n'existe aucune recherche au sens des critères scientifiques rigoureux de la médecine basée sur les preuves. En ce qui concerne ces critères, leur concentration sur les études

² AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Deutschland; NICE - National Institute for Health and Care Excellence, United Kingdom

³ <http://sundhedsstyrelsen.dk/en/publications/2015/national-clinical-guideline-for-the-treatment-of-emotionally-unstable-personality-disorder,-borderline-type>

randomisées contrôlées (RCTs) a également provoqué des évaluations critiques [47, 53]. Outre le fait qu'un clinicien ne doit pas être au fait de tous les résultats de la recherche, leurs forts degrés de spécialisation ne permettent pas aisément une mise en œuvre dans la pratique des soins [54, 55]. C'est pourquoi, une approche plus large a été choisie pour les présentes recommandations. Sur la base de la littérature originale et scientifique propre au trouble ainsi que sur la base de directives existantes, des déclarations les plus pertinentes possibles pour la pratique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du TPB ont été déduites. L'ensemble des recommandations résultent d'un processus consensuel d'une commission d'experts. Dans ce contexte, les présentes recommandations de traitement n'ont pas été élaborées en suivant un processus de développement de directives formalisées. Elles représentent plutôt une synthèse des conclusions scientifiques et cliniques, pondérées en fonction de leur pertinence pour la pratique des soins de santé en Suisse⁴. Elles doivent être utiles à tous les intervenants des domaines psychosociaux afin d'optimiser le traitement des patients avec un TPB. A la fin de chaque chapitre se trouve un résumé synoptique des recommandations les plus importantes pour le traitement selon les principes de l'évidence scientifique et de la bonne pratique clinique (Good Clinical Practice).

3. Comment le diagnostic est-il posé ?

3.1. Diagnostic selon la CIM-10 et le DSM-5

Le diagnostic du TPB se fait principalement sur la base de la version française de l'International Classification of Diseases (ICD/CIM) et/ou du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Les critères généraux pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 [15] et le DSM-5 [16] doivent eux aussi être remplis (voir l'Annexe). Les critères spécifiques des deux systèmes diagnostiques sont repris dans le Tableau 1. Actuellement, le développement de la CIM-11 est sur le point d'aboutir. Dans la version actuelle (Beta-draft⁵), un changement de paradigme est prévu qui n'inclura plus de diagnostic catégoriel des troubles de la personnalité. Le TPB fait figure d'exception car il reste conservé en tant qu'unique trouble de la personnalité spécifique („BPD Qualifier“) [19, 20].

Tableau 1 : Critères diagnostiques selon le DSM-5 et l'ICD-10

Critères diagnostiques selon la CIM 10		Critères diagnostiques selon le DSM-5	
Trouble de la personnalité émotionnellement labile <ul style="list-style-type: none"> • Pour le diagnostic du « type borderline », trois des critères 1-5 sont nécessaires ainsi que deux des critères 6-10. • Le trouble est classifié sous F60.31. • Le diagnostic ne doit pas être posé avant l'âge de 16 ans. 		Trouble de la personnalité borderline <ul style="list-style-type: none"> • Pour le diagnostic, 5 des 9 critères sont nécessaires. • Le TPB est classifié sous la catégorie 301.83 dans le cluster B. • En dessous de 18 ans, les caractéristiques doivent être présentes depuis au minimum 1 an. 	
1	Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.	4	Impulsivité dans au moins 2 domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) (N.B. ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations, ceux-ci sont compris dans le critère 5).

⁴ Pour promouvoir la qualité des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, la SSPP élabore à l'intention de ses membres des recommandations dans le domaine thérapeutique et d'autres importantes questions d'ordre pratique. Ces recommandations reposent sur les connaissances scientifiques actuelles et des procédures éprouvées dans le domaine de la consultation. Dans des cas particuliers, d'autres types de traitement ou de procédures peuvent également atteindre le même objectif. La validité des recommandations de la SSPP est régulièrement réexaminée. La SSPP publie ses recommandations avec le plus grand soin dans une forme susceptible de convenir à ses membres ainsi qu'à toute autre personne intéressée. Le fait de suivre ou non ces recommandations n'engage ni ne dégage le médecin de sa responsabilité.

⁵ <https://icd.who.int/dev11>

Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline

2	Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.		
3	Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.	8	Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
4	Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.		
5	Humeur instable et capricieuse.	6	Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
6	Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).	3	Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
7	Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.	2	Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
8	Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.	1	Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations, ceux-ci sont compris dans le critère 5).
9	Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.	5	Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
10	Sentiment permanent de vide.	7	Sentiments chroniques de vide.
		9	Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

3.1.1. Entretiens et questionnaires se basant sur la CIM-10 et le DSM-5

Les interviews semi-structurées qui rendent possible le diagnostic d'un trouble de la personnalité (TPB inclu) sur la base des critères de la CIM-10 et/ou du DSM-5 sont :

- Le SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV-II) avec le questionnaire de screening le SCID-II-Q [56] dans sa version française.
- La version française de l'IPDE (International Personality Disorder Examination) [58, 59], qui existe aussi sous forme de questionnaire de screening (IPDE-S) [60].

Les deux systèmes de classification sont équivalents en ce qui concerne le diagnostic du TPB. Le DSM est plus opérationnel et plus cohérent, c'est pourquoi il est plus fréquemment utilisé dans la recherche, tandis que le système asséurologique suisse suit principalement la classification de la CIM. Les autres interviews et questionnaires s'appuyant sur la CIM-10 et le DSM-IV sont :

- Interviews
 - Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P) [61].
 - Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV) [62, 63].
 - Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) [64].
- Questionnaires
 - Assessment-of-DSM-IV-Personality-Disorders-(ADP-IV)-Fragebogen [65].
 - McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD) [63, 66].
 - Borderline Personality Questionnaire (BPQ) [67, 68].

3.1.2. Section III du DSM-5

Dans la section III du DSM-5 qui suit une approche diagnostique dimensionnelle, il est possible d'effectuer une estimation diagnostique supplémentaire pour le TPB dans deux domaines (critères A et B) :

- Critère A : une altération du niveau de fonctionnement de la personnalité au niveau du soi (identité, auto-détermination) et de la sphère interpersonnelle (empathie, intimité). Pour poser le diagnostic, un niveau d'altération moyen (niveau 2) est au minimum requis.
- Critère B : une évaluation des caractéristiques problématiques de la personnalité en 5 grands domaines (divisés en 25 facettes) : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme.
- Ces altérations doivent être rigides et envahissantes (critère C), avoir débuté au plus tard à l'adolescence (critère D). Elles ne doivent pas être expliquées par une autre cause.
- Les critères spécifiques pour le TPB sont :
 - Critère A: une altération dans au minimum 2 des 4 domaines.
 - Critère B: satisfaisant au minimum 4 des 7 facettes suivantes :
 - Pour l'affectivité négative : 1. la labilité émotionnelle ; 2. la tendance anxieuse ; 3. la peur de l'abandon ; 4. la dépressivité
 - Pour la désinhibition : 5. l'impulsivité ; 6. la tendance à des comportements à risque
 - Pour l'antagonisme : 7. l'hostilité

En plus des 5 domaines cités plus haut, d'autres caractéristiques de personnalité („Spécifier“) peuvent être répertoriées.

La section III a été ajoutée afin d'inclure des éléments de recherche avant que le diagnostic catégoriel actuellement en vigueur puisse être totalement ou partiellement remplacé [16, 69, 70]. Le critère B peut être évalué avec le Personality Inventory pour le DSM-5 (PiD-5) [71, 72]. Il existe de nouveaux travaux concernant la validité et une conceptualisation fiable des critères A et B [73-77]. La possibilité de représenter la gravité du TPB comme une atteinte du niveau psychosocial représente une nouveauté significative pour la représentation de la réalité clinique.

3.2. Autres instruments diagnostiques⁶

En plus de la CIM-10 et du DSM-5 les instruments diagnostiques présentés ci-dessous peuvent être utilisés. Deux questionnaires servent à la conceptualisation de la symptomatologie générale du TPB :

- Verhaltens-und Erlebensinventar (VEI) [78], adaptation allemande de l'Assessment Inventory (PAI) [79] avec 344 items et une sous-échelle pour le TPB (PAI-BOR).
- Borderline Symptom List-23 (BSL) [80] avec 23 items, version courte du BSL long de 96 items [81].ⁱ

En outre, les domaines des caractéristiques et des symptômes, tels que la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité, la colère, l'identité, la mentalisation, les difficultés interpersonnelles et le niveau d'organisation psychique, peuvent être saisis de manière dimensionnelle avec des instruments d'autoévaluation (questionnaires). Même si le diagnostic doit toujours se faire sur la base d'une interview, les questionnaires permettent d'évaluer les manifestations de ces critères spécifiques. Ils permettent aussi de mesurer l'évolution [82]. Les instruments d'autoévaluation usuels disponibles en allemand et/ou en français, sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Instruments pour l'évaluation dimensionnelle des caractéristiques du TPB

Instruments	Description
DERS Difficulties in Emotion Regulation	36 items qui évaluent la qualité de la régulation émotionnelle [83, 84]
STAXI State-Trait Anger Expression	44 items avec 3 sous-échelles pour l'évaluation du vécu et de l'expression de la colère [85] ⁱⁱ

⁶ Les instruments développés ou adaptés spécifiquement pour les adolescents sont présentés au chapitre 8.

Inventory	
BIS-11 Barratt Impulsiveness Scale ⁱⁱⁱ	30 items pour l'évaluation de l'impulsivité [86]
IES-27 Echelle pour l'évaluation de l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle du TPB	27 items pour l'évaluation de comportements / du vécu impulsif du TPB [87]
DES-T Dissociative Experiences Scale-Taxon ^{iv}	8 items pour différencier les phénomènes psychologiquement normaux de ceux pathologiquement dissociatifs [88]
SHI Self- Harm Inventory	22 items pour l'évaluation des comportements automutilants [89]
DAPP-BQ Dimensional Assessment of Personality Pathology	290 items pour l'évaluation de 18 caractéristiques de personnalité à subordonner en quatre traits principaux : dysrégulation émotionnelle, comportement dyssocial, inhibition, compulsion [90]
GAPD General Assessment of Personality Disorders	85 items pour l'évaluation de pathologies du soi et interpersonnelles en s'appuyant sur le critère A du DSM-5 [91]
IPO-16 Inventory of Personality Organization	Forme abrégée de l'IPO (avec 83 items) pour la saisie de caractéristiques de l'organisation psychique de la personnalité borderline [92]
RFQ Reflective Functioning Questionnaire ^v	54 items pour l'évaluation de la fonction réflexive (mentalisation) avec 2 sous-échelles [93, 94] (la version allemande est disponible, avec la publication des critères de qualité correspondante)
IIP-D Inventaire pour la conceptualisation des problèmes interpersonnels	Version de 64 items et de 32 items pour l'évaluation des difficultés dans en relation avec d'autres personnes [95]
OPD-SF Operationalisierte Psycho-dynamische Diagnostik - Strukturfragebogen	95 items et 8 sous-échelles pour l'évaluation de la structure psychique (par exemple, auto-régulation, communication) [96]

3.3. Diagnostics différentiels importants

Il est important de pouvoir établir un diagnostic différentiel du TPB car les erreurs diagnostiques mènent souvent à des indications de traitement erronées, telle que la polymédication. D'autre part, la différenciation entre le diagnostic différentiel et une possible comorbidité est d'une grande pertinence (à ce sujet voir aussi le chapitre 7).

3.3.1. Trouble dépressif

Les symptômes dépressifs des patients avec TPB sont généralement de courte durée (ils se comptent en heures) et sont souvent liés à des situations interpersonnelles. De plus, ils se distinguent par une forte affectivité négative et un sentiment de vide marqué et d'autocritique [97]. Le fait que, dans un épisode dépressif, les symptômes doivent durer au moins 2 semaines, avec au premier plan, soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir, permet souvent de prendre une décision en termes de diagnostic différentiel [98-100].

3.3.2. Trouble bipolaire

La présence d'épisodes affectifs isolés temporellement et persistants, la phase hypomane étant caractérisée par une élation de l'humeur, une expansivité ou une irritabilité depuis au moins 4 jours associée à une activité accrue persistante ainsi qu'une histoire familiale de trouble bipolaire devrait faire penser à un trouble bipolaire tout comme une persistance des symptômes malgré un traitement psychopharmacologique conforme pour les troubles bipolaires devrait faire penser à un TPB [101-103]. A cela s'ajoute :

- L'irritabilité et la colère ne sont présentes que durant les épisodes humoraux. Ces symptômes présentent une stabilité temporelle dans le TPB.
- Les symptômes psychotiques possibles n'apparaissent que lors des phases humorales. Ces symptômes sont situationnels et souvent associés au stress dans le TPB.
- Le sentiment chronique de vide, la tendance à l'idéalisation et à la dévalorisation ainsi que les comportements auto-dommageables et suicidaires multiples sont rares dans le trouble bipolaire.
- Grâce à des changements d'humeur au caractère plutôt chaotique, très réactif et de courte durée, le TPB se laisse bien différencier du trouble bipolaire II qui présente quant à lui des épisodes cycliques, hypomanes de plus longue durée avec un caractère principalement agité [104].

3.3.3. Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Nombres de symptômes du SSPT – les réactions dissociatives ou les états émotionnels négatifs persistants comme la colère, l'incapacité d'éprouver des émotions positives comme le bonheur - vont ressembler à ceux du TPB, de sorte que les caractéristiques des troubles se recoupent [105]. D'autant plus qu'environ les trois quarts des patients souffrant d'un TPB rapportent eux-mêmes souvent avoir vécu des abus sexuels et/ou corporels et/ou des négligences [106-108]. L'idée d'en déduire un trouble propre, décrit comme le SSPT complexe [109] et conceptualisé comme sous-type du TPB [110], est critiqué [22, 111-113]. Alors qu'il s'agit chez les patients borderline de traumatismes durables en lien avec l'attachement et les relations (traumatismes de type II), ce sont les traumatismes liés à un événement (traumatismes de type I) qui sont caractéristiques du SSPT [114]. Les traumatismes sexuels liés à un événement remémoré rétrospectivement dans le TPB peuvent aussi être, selon Zanarini et al. [115], un « marqueur de souvenir » pour un foyer généralement hautement dysfonctionnel (et ainsi non moins sévèrement traumatisant).

Outre l'exposition à un ou plusieurs événements stressants, les symptômes typiques du SSPT sont : les souvenirs et rêves répétitifs et envahissants de l'événement traumatique, les réactions dissociatives (flashbacks), les sentiments intenses ou prolongés de détresse psychique et des réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices évoquant le traumatisme, l'évitement des stimuli associés au trauma, les altérations cognitives en lien avec le trauma (par exemple, incapacité à se rappeler certains aspects du trauma), la persistance d'états émotionnels négatifs comme la colère, la culpabilité ou la honte, l'hypervigilance, et les réactions de sursaut exagérées.

3.3.4. Schizophrénie et trouble schizotypique

Bien que le critère 9 du DSM-5 pour le TPB fasse expressément référence aux états psychotiques, le diagnostic différentiel d'avec la schizophrénie et les autres troubles psychotiques est généralement

aisé. Les états (quasi-)psychotiques du TPB sont dominés par une instabilité émotionnelle et interpersonnelle forte et sont souvent de courte durée (quelques heures généralement). A côté des idées mégalomanes et délirantes, les hallucinations sont, elles aussi, plus fréquentes qu'on ne le pense [116]. Il est par ailleurs rare d'observer des troubles formels de la pensée. De même, l'abrasement chronique des affects et autres symptômes négatifs de la schizophrénie ne sont pas caractéristiques du TPB [117, 118]. Bien que les symptômes psychotiques dans le TPB puissent durer longtemps, ils ne prédisent aucunement le développement ultérieur d'un trouble psychotique [119]. Contrairement aux troubles schizotypiques, les pensées bizarres ou magiques persistantes ne sont pas typiques du TPB. De même, l'abrasement chronique des affects et autres symptômes négatifs de la schizophrénie ne sont pas caractéristiques du TPB.

3.3.5. Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDA-H)

Le TDA-H est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/d'impulsivité interférant avec le fonctionnement psychosocial. L'impulsivité peut s'exprimer sous la forme d'une réactivité émotionnelle ressemblant beaucoup à celle du TPB [120-122]. La dysrégulation émotionnelle est aussi considérée comme un symptôme de base du TDA-H [123, 124]. Pour le diagnostic différentiel, il est recommandé de s'attarder sur deux aspects :

- Les symptômes TDA-H typiques d'inattention (par exemple, distractibilité) ou d'hyperactivité (par exemple, besoin incessant de bouger) sont persistants et présents dans toutes les situations depuis au moins l'âge de 12 ans [125, 126].
- Les comportements auto-dommageables et suicidaires répétés, les idées persécutives transitoires, les efforts effrénés pour éviter les abandons et le trouble identitaire n'appartiennent pas aux symptômes du TDA-H.

Un screening pour le TDA-H à l'aide d'outils tels que l'« Adult ADHD Self Report Scale » (ASRS) est recommandé lors de l'évaluation d'un TPB [127]⁷. Alternativement, il est aussi possible d'utiliser l'échelle „HASE“-Homburger [128]. Il faut néanmoins garder à l'esprit qu'un screening seul n'est pas suffisant pour différencier le diagnostic d'un TDA-H de celui d'un TPB [129].

3.4. Recommandations pour la pratique

- L'établissement du diagnostic du TPB est fait avec la CIM-10 ou le DSM-5.
- Pour l'établissement du diagnostic définitif il est recommandé de mener une interview structurée (SCID-II, IPDE). Si nécessaire, cette dernière peut être menée de manière ambulatoire dans un centre de soins institutionnel (cliniques ambulatoires des centres hospitaliers et universitaires).
- Le diagnostic clinique ou son exclusion sont aussi possibles grâce à une interview semi-structurée détaillée si la personne établissant le diagnostic dispose d'une solide expérience avec les patients borderline.
- L'établissement provisoire d'un diagnostic est possible, dans un contexte où un diagnostic complet ne puisse pas être posé au moment de l'interview (par exemple, admission d'urgence, services des urgences). L'établissement d'un diagnostic valide doit être ensuite rapidement effectué.
- L'étude soigneuse et spécifique de données concernant l'histoire de vie et les antécédents médicaux est indispensable pour établir un diagnostic définitif.
- Le diagnostic n'est pas basé en premier lieu sur l'observation du comportement.
- La représentation dimensionnelle de la gravité psychosociale, par exemple en conformité avec le critère A du DSM-5, gagne en importance pour le plan de traitement et devrait être envisagée.
- Il faut être vigilant en différenciant le TPB des diagnostics différentiels afin d'éviter les traitements psychiatriques, pharmacologiques et psychothérapeutiques inappropriés. En même temps, la prise en considération des comorbidités est centrale pour le plan de traitement (voir le chapitre 7).

⁷ Disponible en français sous <http://tdah.be/Nicole/Echelleevaluationtestsadultes.pdf>; en allemand sous https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/18Q_German_final.pdf, 5.10.2017

- Les symptômes spécifiques et les diagnostics différentiels peuvent être recensés additionnellement à l'aide d'instruments de screening (questionnaires). Ils ne remplacent pas la passation d'un entretien diagnostique et ne sont pas appropriés pour l'établissement d'une interview diagnostique.

4. Selon quels principes et dans quel cadre a lieu un traitement spécifique au trouble ?

4.1. Principes de base spécifiques au trouble

La psychopathologie du TPB peut être décrite et comprise selon différentes perspectives théoriques. Ces dernières sont en partie caractérisées par les modèles thérapeutiques classiques - psychodynamiques et cognitivo-comportementaux (voir le chapitre 5). Néanmoins, durant ces dernières années, il est apparu dans la littérature spécialisée une aspiration croissante à formuler des principes de base trans-théoriques (dits généraux), éclectiques et propres au trouble pour le traitement du TPB [10, 41, 130-134].

Le principe d'une communication transparente et directe fait partie de ces principes de base. La discussion ouverte des symptômes et du diagnostic sert à identifier les domaines problématiques principaux et à élaborer un consensus concernant la manière dont il est possible de les aborder en thérapie. Le thérapeute prend une position « responsive »⁸, proactive et flexible-éclectique et évite, par exemple, de trop longs silences durant les séances. En ce qui concerne les comportements problématiques, il ne faut pas réagir immédiatement de manière active, par exemple, proposer rapidement une hospitalisation lorsque le patient évoque des impulsions automutilatrices ou s'il menace de se suicider. En particulier, au début du traitement le thérapeute assume une fonction de soutien ("holding"). La transparence sélective des propres pensées et sentiments en lien avec le patient fait aussi partie du spectre d'intervention. Cette transparence sert à éveiller le doute en ce qui concerne les convictions de base souvent rigides et la curiosité pour d'autres points de vue. Finalement, il faut toujours prendre en considération le fait qu'un traitement doit induire des changements en dehors de la thérapie [130]. Pour cette raison, une alternance permanente entre le monde intrapsychique et interpersonnel du patient est recommandée pour la thérapie. Les buts thérapeutiques pour la vie réelle, (par exemple, l'intégration professionnelle, la construction de contacts sociaux, la planification familiale etc.) doivent être réalisés en petites étapes pragmatiques. Ils peuvent aussi être formulés par écrit. Enfin, le thérapeute doit être non-directif tout en se concentrant sur le rôle actif du patient dans le processus thérapeutique [135]. Des études montrent que des méthodes de conceptualisation de cas telle que l'Analyse des Plans, qui permet une compréhension structurée et individualisée, peuvent aider le thérapeute à mieux s'ajuster aux patients borderline et à intervenir de manière « responsive » [136, 137]. A noter que la psychoéducation remplit aussi une fonction essentielle en tant que principe de base (voir le chapitre 4.2).

Les principes de base propres au trouble sont le socle permettant l'utilisation de possibilités d'intervention spécifiques contenus dans les différents modèles psychothérapeutiques. Il peut être judicieux de considérer ces principes comme interventions de première ligne [138] qui sont "suffisamment bonnes" [130] pour permettre la diminution des symptômes centraux du TPB et qui devraient être utilisés plus largement dans les soins (voir Tableau 3) [3, 133]. Par conséquent, un plus grand nombre de patients pourrait être traité. Des études au sujet des approches psychiatriques se basant sur ce principe (Good psychiatric Management, GPM et Structured Clinical Management, SCM) montrent des changements pré-post semblables aux méthodes psychothérapeutiques spécifiques et basées sur les preuves, ce qui est encourageant. Ces effets restent stables sur le long terme [55, 139-142].

Tableau 3 : Principes de base généraux propres au trouble pour l'offre de soin psychiatrique-psychothérapeutique de base du TPB

<ul style="list-style-type: none">- Attitude active, « responsive », non-directive et focalisée du thérapeute.- Focalisation primaire sur les situations problématiques en dehors de la thérapie, focalisation secondaire sur les composantes interpersonnelles au sein de la relation thérapeutique.
--

⁸ En ce qui concerne le terme de « responsiveness » se référer au chapitre 5.1

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Consultation ambulatoire hebdomadaire, contacts et rendez-vous supplémentaires selon besoin et entente.- Lors de troubles comorbides sévères ou d'une symptomatologie spécifique sévère (off-label), la pharmacothérapie fait partie d'un concept de traitement global, <i>cave</i> : polypharmacie.- Au besoin, inclusion des proches et/ou des autres acteurs psychosociaux impliqués. |
|--|

4.2. Psychoéducation

Des représentations claires du patient du type de trouble dont il souffre et du type de traitement permettent d'augmenter son engagement pour la thérapie. Par ailleurs, elles peuvent être centrales pour la construction d'une relation thérapeutique basée sur la confiance et pour la déstigmatisation. Une solide psychoéducation peut en outre améliorer la compréhension du patient des buts thérapeutiques qui seront à déterminer ultérieurement. Le patient doit déjà prendre conscience au début du traitement qu'il a la possibilité, avec l'aide du thérapeute, d'entreprendre des changements dans sa vie. L'intégration professionnelle et sociale représente le but central du traitement. La psychoéducation doit avoir lieu relativement tôt dans le processus psychothérapeutique. A côté de la transmission d'un modèle du trouble clair et intégratif, une communication directe sur le diagnostic incluant les comorbidités représente un contenu essentiel. La discussion du diagnostic est intégrée dans la biographie individuelle et la situation de vie du patient. Celle-ci est mise en lien avec une présentation optimiste des possibilités thérapeutiques et la perspective d'une possible évolution bénigne du TPB [130, 143]. Une psychoéducation soigneuse peut aussi prévenir la sur-identification occasionnellement observée du patient avec le diagnostic qui, dans le sens d'une image de soi statique, peut compliquer le développement de la thérapie.

Lorsque le thérapeute transmet des connaissances de base sur les différentes formes de thérapies - aspects psychothérapeutiques et pharmacologiques - il doit être possible de discuter ouvertement et de choisir la modalité de traitement appropriée et disponible. Finalement, la psychoéducation peut aussi se focaliser sur les difficultés interpersonnelles, par exemple la confrontation avec les modèles relationnels individuels problématiques [144]. La psychoéducation peut aussi avoir lieu en groupe [145, 146].

4.3. Cadre de la prise en charge

La thérapie des patients souffrant du TPB doit s'effectuer essentiellement en contexte ambulatoire. Les prises en charge hospitalières ou semi-hospitalières sont nécessaires de manière passagère, lorsque le patient ne peut plus être traité en ambulatoire ou si une telle prise en charge n'est pas encore possible. Dans le cas d'une suicidalité et de risques pour autrui difficilement contrôlables dans un setting ambulatoire, de troubles affectifs ou anxieux aigus exacerbés, d'états proches de la psychose ou de forts symptômes dissociatifs, une courte intervention de crise hospitalière peut être nécessaire. Des problèmes d'abus de substances ou de dépendance ou l'absence complète d'un réseau psychosocial solide ou un environnement favorisant fortement le maintien des symptômes peuvent aussi nécessiter une intervention de crise hospitalière. En outre, il existe dans quelques pays, dont la Suisse, l'option d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier multimodal et propre au trouble planifiable durant quelques semaines. Les avantages d'un tel traitement sont entre autres la séparation temporaire d'un environnement social maintenant potentiellement les symptômes, la combinaison d'éléments thérapeutiques adjuvants différents dans un cadre individuel ou groupal, ainsi que la simultanéité d'exposition sociale et de thérapie. Il a été démontré qu'un traitement hospitalier préalable dans un service spécialisé peut aider à améliorer le succès d'une thérapie ambulatoire ultérieure. Cela peut en valoir la peine malgré des coûts relativement élevés [51]. Un traitement (semi-) hospitalier devrait être considéré comme faisant partie d'une réhabilitation psychosociale ayant toujours comme but principal du traitement d'habiliter le patient à suivre une thérapie ambulatoire. Les traitements institutionnels de patients avec un trouble de la personnalité borderline sont associés avec des dangers tels que des processus de régression maligne, de comportements imitatifs ou de dépassements de limite entre les patients ou avec les membres de l'équipe (voir le chapitre 4.4). Les équipes de traitement non spécialisées notamment ne sont parfois pas suffisamment préparées au

traitement de ces patients. A l'inverse, une exposition sociale prolongée représente un surmenage pour certains patients. Des troubles interactionnels et Des fautes médicales iatrogènes peuvent en résulter et peuvent avoir un impact négatif sur les patients. Les traitements (semi-)hospitaliers de longue durée comportent en outre le risque que les difficultés sociales quotidiennes soient trop peu traitées dans le cadre protecteur de la clinique. Des fonctions encore intactes (place de travail, partenariat) peuvent être menacées par un séjour hospitalier trop long. Ainsi, ces aspects possiblement préjudiciables doivent, avant ou pendant un traitement (semi-)hospitalier, être soigneusement mis en balance avec les possibles effets positifs. Si un traitement hospitalier semble nécessaire, il devrait être le plus court possible, sauf dans des cadres hospitaliers spécifiques (voir ci-dessous).

Indépendamment du cadre, la supervision régulière du thérapeute ou de l'équipe par un superviseur ayant de l'expertise spécifique au trouble représente un élément central du traitement. Lors de la supervision, les difficultés rencontrées lors du traitement doivent être illustrées si possible à l'aide d'enregistrements vidéo ou audio ou de jeux de rôles. La supervision doit aussi encourager la prise de conscience des propres limites des soignants. Elle doit aussi permettre d'examiner quelles conditions doivent être remplies pour que le travail parfois fortement émotionnel avec les patients – particulièrement dans les situations de crise – puisse être poursuivi avec motivation et avec une attitude ouverte.

4.3.1. Aspects pratiques du traitement ambulatoire

Dans le cadre d'un traitement ambulatoire, il est important que le thérapeute soit conscient de l'objectif fondamental du traitement et des fonctions spécifiques de chaque intervention. Les interventions exploratives non focalisées et uniquement soutenantes sont considérées comme peu favorables pour mettre fin aux relations interpersonnelles inadaptées et renforcer l'image de soi. Par conséquent, l'intégration d'interventions de base spécifique au trouble de la personnalité borderline (voir le chapitre 4.1) peut être utile [148]. Gunderson et Links [130] différencient cinq fonctions de l'intervention thérapeutique : maîtrise, soutien, structure, engagement et activation. L'engagement et l'activation sont des aspects particulièrement centraux d'un traitement ambulatoire d'une certaine durée. Les interventions thérapeutiques doivent déjà après quelques semaines montrer les premiers changements symptomatiques dans le domaine de la symptomatologie aiguë du TPB [141, 149]. Si cela n'a pas lieu, il est tout d'abord conseillé de remettre en question l'offre thérapeutique, puis de déterminer prudemment avec le patient les raisons du manque de progrès [130].

En règle générale, les traitements ambulatoires du TPB durent entre 1 et 3 ans [143, 150]⁹. Cependant, pour certains patients, ils peuvent se poursuivre plus longtemps mais leur efficacité doit être régulièrement systématiquement examinée. Il est également recommandé de clarifier au début de la thérapie déjà si la durée de traitement peut être fixée ou à l'aide de quels critères vérifiables le traitement peut être considéré comme achevé. Leichsenring et Rabung [151] conseillent environ 100 séances comme optimum pour le traitement des troubles de la personnalité, l'intensité et la longueur de la thérapie n'étant toutefois pas forcément décisives pour le succès thérapeutique [47, 152]. Pour tous les méthodes thérapeutiques basées sur des preuves, un temps limité est prévu pour le traitement. Une à deux séances thérapeutiques par semaine sont considérées comme utiles. Au début du traitement, les buts de la thérapie peuvent être, si nécessaire, consignés par écrit. Ils sont évalués régulièrement et peuvent être adaptés en cas de besoin. Initialement, il faut également parvenir à des accords relatifs à la gestion des situations de crise (par exemple, suicidalité aiguë et comportements automutilatoires, voir le chapitre 8.1) qui comprennent aussi l'accessibilité du thérapeute en dehors des séances. Cela peut aussi être articulé par écrit dans un plan de crise.

La combinaison ambulatoire d'un traitement individuel avec des offres groupales propres au trouble telles que le développement de compétences de la thérapie comportementale-dialectique [37, 153], la thérapie de groupe basée sur la mentalisation [154] ou la thérapie des schémas [155], est recommandée après la pose de l'indication correspondante [131, 156]. Dans ce cadre bifocal, le rôle des thérapeutes impliqués doit être bien défini. Le thérapeute du cadre individuel coordonne

⁹ En ce qui concerne les recommandations divergentes pour l'adolescence voir le chapitre 8

généralement le traitement. Des concertations régulières des thérapeutes sont jugées utiles. Cela vaut aussi pour un traitement bifocal d'un psychothérapeute et d'un psychiatre. Dans sa fonction, le thérapeute ambulatoire assure l'échange avec les autres participants du réseau de soin ambulatoire (soins psychiatriques, médecin traitant, travailleurs sociaux, organisation à but non lucratif, case manager, etc.). Des réseaux réguliers incluant le patient sont considérées comme judicieuses, en particulier pour favoriser son intégration sociale et professionnelle.

4.3.2. Aspects pratiques de l'intervention de crise hospitalière

L'intervention de crise hospitalière offre la possibilité aux patients présentant un déficit en termes d'auto-contrôle et un risque de mise en danger élevé de maîtrise et de soutien [130], par exemple lors des crises suicidaires. Généralement, les crises aiguës des patients avec un TPB se remettent très vite. De ce fait, dans beaucoup de cas, ils profitent d'une intervention de crise très courte (1 à 3 jours). Au maximum, une intervention de crise hospitalière doit durer de quelques jours à 2 semaines et ne doit pas se dérouler dans un service de psychiatrie aigu fermé mais dans un service de crise ouvert. Dans la mesure où les caractéristiques structurelles le permettent (par exemple une surveillance étroite), un cadre thérapeutique ouvert est aussi conseillé lors de suicidalité aiguë. Idéalement, l'admission devrait avoir lieu sur un mode volontaire. Les mesures coercitives telles que les isolements ou même les fixations doivent être absolument évitées. Les traitements psychopharmacologiques doivent être mis en place très prudemment et il faut renoncer complètement à la polypharmacie (voir le chapitre 6). En ce qui concerne la réglementation de sortie, il faudrait essayer de trouver une entente avec le patient, de l'adapter individuellement et de convenir ensemble d'une réglementation de sortie. Habituellement, il est possible de parvenir à un accord avec les patients borderline, lorsqu'un arrangement est négocié ensemble. La discussion des conditions générales du séjour et l'évaluation de la suicidalité exigent une expérience clinique et des compétences d'entretien spécifiques.

Durant l'intervention de crise hospitalière, l'offre thérapeutique doit être orientée uniquement sur la stabilisation. En plus du traitement thérapeutique de milieu, d'entretiens thérapeutiques soutenant et d'une éventuelle pharmacologie, les conditions-cadres externes instables peuvent être clarifiées (partenariat, garde des enfants, logement, traitement ambulatoire). En outre, le praticien doit prendre contact rapidement avec l'entourage du patient, et ceci avec son accord et après la levée du secret médical. Il faut aussi, au besoin, impliquer dans le plan de traitement l'entourage et les personnes concernées dans les soins psychosociaux (voir le chapitre 8.2). Dans le cas d'interventions de crise hospitalières répétées, l'efficacité du traitement ambulatoire devra être thématisée avec le patient et le praticien ambulatoire. De plus, la possibilité d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier spécial peut être envisagée et une vérification de l'indication par un service spécialisé sera avisée.

4.3.3. Aspect pratique d'un traitement semi-hospitalier ou hospitalier spécifique au trouble de la personnalité borderline

Un traitement (semi-) hospitalier spécifique au trouble de la personnalité borderline (pour une synopsis voir le Tableau 4)¹⁰ offre la possibilité au patient ayant une autorégulation déficiente et une image de soi négative de faire l'expérience du soutien et de la structure. Durant la première phase du traitement, l'objectif du traitement est choisi et les comorbidités significatives tout comme la psychopathologie spécifique et la problématique psychosociale sont évaluées. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante est établie et renforcée. La condition nécessaire à cela est une attitude de l'équipe sécurisante et instaurant un climat de confiance, afin d'empêcher les arrêts de traitement [157, 158]. La fin du traitement doit être définie initialement et maintenue. Des traitements avec une fin ouverte et des prolongations sont déconseillés. En général, dans les services spécifiques au traitement du trouble de la personnalité borderline, une grande partie des thérapies ont lieu en groupe. Cela présente des avantages économiques. En même temps, beaucoup de problèmes

¹⁰ En ce qui concerne les recommandations divergentes pour l'adolescence voir le chapitre 8

des patients borderline se manifestent dans le groupe, qui est plus proche de la réalité sociale et qui, dans le traitement du TPB – comme intervention spécifique à ce trouble, revêt d'une grande importance [153, 154].

Dans les situations de crise, par exemple lors d'automutilations persistantes ou d'une suicidalité aiguë, le transfert d'un service spécialisé à un service aigu devrait dans la mesure du possible être évité. De préférence, il est conseillé de mettre en place une intervention avec des accords clairs et des modifications du cadre psychothérapeutique dans le sens d'une intervention de crise intégrée. Lors d'une absence de réponse au traitement dans un service spécialisé, les praticiens devraient envisager la cessation de ce traitement. Dans ce cas-là, la sortie avec une éventuelle réadmission est une meilleure alternative qu'un transfert dans un autre service.

Le traitement propre au trouble (semi-)hospitalier reprend de manière générale les principes de traitement déjà énumérés. En général, il suit un procédé spécifique au trouble basé sur des preuves (voir le chapitre 5.2). Il est aussi possible de combiner les éléments de différentes approches : par exemple une orientation sur la thérapie basée sur la mentalisation avec des éléments de la thérapie dialectique comportementale [159, 160]. Dans tous les cas, l'intégration conceptuelle des différents procédés doit être assurée par un concept thérapeutique global et par une structure de gestion claire (tout comme le rôle et le fonctionnement de tous les corps professionnels impliqués). Des thérapies à intervalle sont possibles, mais elles doivent être mises en place seulement pour des cas particuliers, par exemple lors de fortes déprivations psychosociales afin de ne pas mettre en danger la proximité quotidienne et l'autonomie du patient. Des traitements semi-hospitaliers se déroulant de manière similaire sont particulièrement appropriés pour maintenir un ancrage dans la réalité de la vie durant le traitement [161].

L'efficacité des traitements spécifiques au trouble, qu'ils soient hospitaliers ou semi-hospitaliers, est prouvée [142, 162-169]. Il existe des élaborations conceptuelles pour les psychothérapies hospitalières propres au trouble sur la base du MBT [170, 172], de la DBT [147, 164], de la TFT [172] et de la ST [173].

Tableau 4 : Synopsis de la psychothérapie multimodale (semi-)hospitalière pour le TPB

<ul style="list-style-type: none">- Indications : traitement ambulatoire manifestement insuffisant ou non évaluable en raison de la situation de vie psychosociale ou de la gravité de la symptomatologie du TPB (suicidalité chronique, comportements automutilants chroniques, etc.) ou de la symptomatologie comorbide marquée (par exemple consommation de substances, dépression).- Admission élective selon un entretien antérieur en vue de poser une indication : pose de diagnostic, vérification de l'indication en ce qui concerne la motivation pour le traitement et les buts thérapeutiques, exigences particulières liées au traitement comme par exemple des thérapies groupales, disposition à l'abstinence des substances psychotropes, accords concernant le traitement comme par exemple les comportements de mise en danger.- Durée : 8-12 semaines, date de sortie clairement définie, durant la phase de sortie éventuellement traitement hospitalier journalier- Contrat thérapeutique et accord spécifique sur le traitement (par exemple sur la consommation de substances psychotropes)- Traitement en 3 phases :<ul style="list-style-type: none">o phase d'admission avec formulation de l'objectif et construction d'un plan de traitement interdisciplinaireo phase du traitement principalo phase de sortie- Orientation selon les principes de base psychothérapeutiques propres au trouble (voir le chapitre 4.1) et les modalités de traitement basées sur les preuves (voir le chapitre 5.2), la combinaison des procédés est possible- Dans la phase de sortie, focus sur la mise en place d'une situation de vie psychosociale stable (traitement ambulatoire, situation du logement et professionnelle, contacts sociaux).- Coordination globale des modules et des groupes professionnels par une structure de gestion claire
--

4.4. Difficultés particulières durant le traitement

Il n'existe que peu d'études empiriques à ce sujet. Dès lors, les recommandations découlent dans l'ensemble d'un consensus d'experts.

Stigmatisation des patients. Dans le contexte professionnel, les patients avec un TPB sont souvent définis comme "manipulateurs", "clivants", "agissants" ou avec d'autres terminologies négatives [174]. Avec cela, les comportements inadaptés des patients - qui traduisent généralement des processus intrapsychiques difficilement supportables ou une détresse émotionnelle – sont souvent considérés comme étant provoqués de manière intentionnelle sur le plan interpersonnel. Qui plus est, leur ampleur réelle est souvent surestimée [175, 176]. Les praticiens, dans le cas d'interactions difficiles, doivent essayer de proposer des relations créatives et « responsive » ("don't blame the patient") [114]. Une communication transparente de ses propres limites - et cela principalement dans la phase initiale d'un traitement déjà - peut également être utile.

Absence de coordination du thérapeute. La tension émotionnelle de base élevée et une activation émotionnelle déclenchée interpersonnellement chez les patients du TPB sont bien étayés neurologiquement (aperçu par Herpertz, 2011) [27]. Plus particulièrement, lors de la phase initiale du traitement les thématiques activant les émotions représentent un grand défi pour le patient et le thérapeute. La faible capacité de réflexion des processus psychiques complexes lors d'une activation émotionnelle devrait être affrontée par un ajustement sur l'état mental actuel [177]. Dans tous les cas, le thérapeute doit prendre une attitude active et attentive, faut de quoi des répercussions négatives du traitement sont à craindre.

Il peut être également difficile de répondre aux besoins interpersonnels fluctuants des patients borderline avec une offre relationnelle à la fois suffisamment contraignante et en même temps limitée. Par exemple, cela peut représenter un défi de passer d'un fort engagement temporaire en cas de détresse émotionnelle au cadre de la thérapie initialement convenu. A l'inverse, une subtile réduction de l'engagement du thérapeute ou un refus ou déplacement de la thérapie peut être perçu par les patients comme des stimuli fortement aversifs. Les effets non souhaités de la psychothérapie peuvent fortement dépendre du comportement du thérapeute [178-180].

La régulation de la proximité et de la distance dans la relation thérapeutique doit donc être dès le début un sujet de réflexion pour le thérapeute et doit être discutée de manière transparente avec le patient. Des feedbacks réalistes de l'offre relationnelle réelle (à durée déterminée, professionnelle) doivent être dans un rapport de juste équilibre avec les réassurances et la prise de position personnelle concernant le propre engagement émotionnel en lien avec le patient. Afin de prévenir ces risques, il est indispensable pour les thérapeutes traitant des patients avec un TPB de se soumettre régulièrement à de la supervision ou de l'intervision et/ou de discuter directement en équipe des difficultés qui se profilent et y réfléchir.

Absence de réponse thérapeutique et interruption de traitement. Dans la thérapie des patients avec un TPB, les progrès surviennent parfois avec lenteur. Il existe souvent de grandes peurs associées au changement avec des tendances à l'évitement. Une péjoration passagère est régulièrement observée dans le traitement des patients borderline [181, 182]. De tels développements négatifs ne sont pas toujours facilement reconnaissables, ce qui s'explique entre autres par le biais du thérapeute qui tend à percevoir plus fortement les changements positifs. Par conséquent, il peut être difficile de juger si une thérapie est efficace sur le long terme. Il est donc essentiel de définir des objectifs thérapeutiques concrètement vérifiables et régulièrement évalués ensemble par le thérapeute et par le patient, par exemple tous les 3 à 6 mois. De plus, un monitoring des résultats peut également permettre de vérifier l'efficacité d'une thérapie. Un tel système améliore manifestement la qualité d'une offre psychothérapeutique et peut aider à prévenir les développements négatifs [183].

Les impulsions amenant à une interruption de la thérapie lors du traitement de patients borderline proviennent des patients mais aussi régulièrement des thérapeutes. Dans un tiers des traitements, la thérapie est effectivement interrompue [184]. Le risque d'interruption potentiel doit être discuté dans la phase thérapeutique initiale déjà. Des mesures préventives peuvent aussi être convenues. Dans la DBT standard, le thérapeute indique qu'une interruption de la thérapie est possible seulement après 4 consultations manquées consécutivement [185]. Pour la thérapie hospitalière, il est proposé de convenir au début du traitement qu'une interruption est considérée comme définitive après une certaine latence. Lorsqu'une interruption de traitement est imminente, il peut être fréquemment obtenu du patient qu'il suspende sa décision jusqu'à un moment défini (par exemple, la fin de la séance). Il est recommandable pour le thérapeute d'être préparé à ce que les patients souhaitent mettre fin à la

thérapie de manière assez inattendue et d'exercer ce type de situation, par exemple sous la forme de jeu de rôle.

Régression maligne. Certains patients s'enlisent durant le traitement hospitalier de manière sévère et persistante. Ce phénomène est décrit dans la littérature psychodynamique, entre autres par Balint, sous le terme de « régression maligne » [186]. Une régression maligne survient en raison de la méconnaissance d'une problématique interpersonnelle profonde chez le patient – éventuellement à la suite d'une stabilisation symptomatique initiale – qui provoque une détérioration persistante et graduelle. L'augmentation des automutilations graves ou des actions suicidaires sont emblématiques de ce phénomène. Les stratégies d'interventions standardisées sont souvent contreproductives. Une spirale interactionnelle continue, problématique et négative peut en résulter – aussi provoquée par les réactions de contre-transfert correspondantes, pour laquelle les mesures coercitives semblent finalement inéluctables. Dans l'ensemble, cette situation est dans bien des cas fortement et durablement accablante pour le personnel et les patients. En sus du traitement spécifique au trouble par un personnel spécialement formé, il est aussi recommandé comme prévention de ce développement de procéder à de très courtes hospitalisations avec comme focus thérapeutique une stabilisation immédiate. Dans le cas d'une régression maligne, une offre de traitement adaptée et modifiée de manière flexible doit être poursuivie. Les plans de traitements « pédagogiques » (par exemple, les plans graduels) sont contre-indiqués. Il en va de même d'une intensification de la psychothérapie. Dans le cas où la suicidalité demeure et qu'une sortie n'est pas possible, un encadrement 1 :1 ou de fréquents contacts thérapeutiques de courte durée peuvent favoriser une stabilisation émotionnelle ou éviter des mesures coercitives. Ces dernières doivent cependant être prescrites à un seuil élevé et doivent être, en raison des fonctions de renforcement, bien monitorées. Dès qu'une sortie est causée par une mise en danger de soi ou d'un tiers, elle doit avoir lieu immédiatement. La poursuite d'une offre de contact ambulatoire a fait ses preuves. Il faut accorder une attention particulière à ce que la direction soutienne suffisamment l'équipe impliquée. Cette dernière doit avoir la possibilité de bénéficier d'un soutien externe (telle une supervision à court terme) pendant la totalité de la phase d'une régression maligne.

4.5. Recommandations pour la pratique

- La forme primaire de traitement est la psychothérapie ambulatoire avec une fréquence d'1-2 séances par semaine pendant 1-3 ans¹¹. La discussion précoce et transparente du diagnostic, la détermination ainsi que la vérification régulière des buts thérapeutiques tout comme l'entente autour d'un plan de crise sont considérées comme les conditions essentielles à un traitement réussi.
- La psychoéducation est recommandée comme partie initiale de chaque traitement.
- Les supervisions et les interventions sont considérées comme des éléments obligatoires de chaque traitement des patients avec un TPB
- Traitement ambulatoire :
 - Les principes de base propres au trouble sont à la base d'une utilisation de méthodes psychothérapeutiques spécifiques.
 - Le succès thérapeutique est déterminé de manière primaire par une réduction de la symptomatologie prédominante ainsi que par une amélioration de la situation de vie psychosociale. Ces domaines sont régulièrement évalués ensemble par le thérapeute et le patient.
 - Le thérapeute ambulatoire principal (en général le psychothérapeute médical ou psychologique) inclut activement les autres personnes impliquées (proches, médecin généraliste, assurance invalidité, spitex, thérapeutes du groupe, thérapeutes du non verbal, etc.) en accord avec le patient, et en cas de besoin des discussions communes ont lieu.
 - Les thérapies de groupe adjuvantes spécifiques au trouble manualisées (DBT, MBT, ST) sont recommandées et sont proposées dans quelques pratiques psychothérapeutiques et cliniques

¹¹ En ce qui concerne les recommandations divergentes pour l'adolescence voir le chapitre 8

de centres hospitaliers. La poursuite du développement d'offres groupales ambulatoires propres au trouble est considérée comme judicieuse du point de vue de la politique des soins.

- Pour les traitements bifocaux avec un thérapeute individuel et un thérapeute de groupe ou avec un psychiatre et un psychothérapeute, une concertation régulière entre professionnels est conseillée.
- Interventions de crise hospitalières
 - Elles sont de la plus courte durée possible (1 jour à 2 semaines au maximum), en règle générale sur une base volontaire et dans un service ouvert avec une équipe de soin qualifiée ayant l'expertise spécifique au trouble en question.
- Traitements (semi-)hospitaliers spécifiques au trouble
 - Elles ont lieu de manière élective dans des services psychothérapeutiques avec un concept de traitement multimodal spécifiquement conçu pour le TPB après une pose d'indication préalable si la complexité de la symptomatologie et la situation de vie psychosociale ne sont pas traitables en ambulatoire ou qu'aucun traitement ambulatoire n'ait pu être établi. Elles suivent un des procédés propres au trouble basés sur des preuves ou une combinaison de ces procédés.
 - Le traitement (semi-)hospitalier spécifique au trouble de deuxième choix est un traitement dans un service de psychothérapie traitant différents diagnostics, pour autant qu'il existe un concept clairement structuré spécifique au trouble pour le TPB.
 - Les interventions de crise et les interruptions de traitement prématurées sont traitées par l'équipe soignante et ne mènent pas, dans la mesure du possible, à un transfert dans d'autres services psychiatriques ou institutions.
- Les possibles impacts négatifs des traitements hospitaliers et semi-hospitaliers sont à évaluer avant et pendant le traitement.
- Dans le cas d'une régression maligne, la sortie et la poursuite d'une thérapie ambulatoire à haute fréquence devraient avoir lieu, dès que les aspects de dangerosité le permettent.

5. Quels mécanismes de changement dans les traitements ont été démontrés empiriquement ?

5.1. Efficacité et mécanismes d'action dans la psychothérapie du TPB

La psychothérapie est le traitement de choix pour le TPB. L'efficacité des procédés psychothérapeutiques spécifiques au trouble est bien documentée [9, 53, 187, 188], bien que la plupart des études se concentrent sur 4 thérapies : la thérapie comportementale dialectique (DBT) [189], la thérapie basée sur la mentalisation (MBT) [38], la thérapie focalisée sur le transfert (TFP) [190] et la thérapie des schémas (ST) [39]. Des effets significatifs apparaissent déjà après 6 et 12 mois [139, 141, 142, 191]. Il faut néanmoins relever que les troubles de la personnalité montrent en général une réponse thérapeutique moins favorable que les autres troubles psychiques [192]. En particulier, les effets du point de vue de l'intégration sociale et professionnelle du patient doivent encore être mieux étudiés [30, 47, 193]. Les premiers résultats spécifiques concernant une intégration sociale et professionnelle améliorée ont pu être obtenus pour quelques types de traitement [194, 195]. Les traitements se focalisant particulièrement sur l'amélioration de l'auto-efficacité du patient sont la MBT, la DBT et le GPM [47] décrit plus haut.

Parmi les mécanismes de changement, on peut compter les composantes centrales d'une thérapie dont la considération par le thérapeute peut servir pour le plan de traitement individuel et pour l'augmentation de l'efficacité du traitement [196]. Ces mécanismes de changement trans-théoriques sont entre autres discutés dans la psychothérapie du TPB : une alliance thérapeutique positive, une meilleure perception des émotions, une meilleure régulation émotionnelle, une meilleure transformation des émotions ainsi qu'une meilleure capacité de mentalisation [43, 46, 157, 197].

Alliance thérapeutique et « responsiveness ». Le développement d'une alliance thérapeutique solide est corrélée positivement avec l'intensité de la réduction symptomatologique [198, 200]. Cette corrélation reste peu documentée à ce jour en comparaison avec d'autres groupes de patients. Entre

autres, cela est à mettre en lien avec les états mentaux fluctuants des patients avec un TPB [46, 201]. Afin de compenser cela, au moins en partie, une bonne « responsivness »¹² du thérapeute est proposée [45, 203], cette dernière permettant une amélioration des effets. L'adaptation individuelle et situationnelle flexible du thérapeute au patient semble ainsi jouer un rôle important dans l'efficacité du traitement. Une alliance thérapeutique solide se distingue par exemple par une approche constructive des épisodes de « rupture and repair »¹³ dans la thérapie [45, 205]. En outre, la relation thérapeutique est considérée comme particulièrement importante pour le management des crises suicidaires et cela à travers les différents type de psychothérapies [47, 206].

Perception, régulation et transformation émotionnelle. Une meilleure perception des émotions fait référence à la conscience et l'utilisation des processus corporels internes dans l'ici et maintenant. Il a pu être démontré que leur amélioration chez les patients borderline influence le succès thérapeutique lors des thérapies comportementales dialectiques [207]. Une régulation émotionnelle effective comprend une évaluation de la situation qui correspond à la réalité et l'emploi de stratégies de coping effectives [208]. Plus particulièrement pour la DBT, il s'agit supposément d'un facteur d'efficience central de la thérapie [209, 210]. Empiriquement, cette hypothèse a été vérifiée à maintes reprises [211, 212]. Des stratégies de coping améliorées déterminent le succès thérapeutique, non seulement pour les thérapies comportementales mais aussi psychodynamiques-psychiatriques du TPB. Par conséquent, on attribue à la régulation émotionnelle un rôle central prouvé dans la psychothérapie du TPB [213]. La transformation émotionnelle désigne le changement dynamique des émotions durant le processus thérapeutique. La diminution du vécu subjectif du stress négatif (« distress ») a été décrite dans diverses formes de thérapie comme corrélat du succès thérapeutique [214]. Chez le patient borderline, l'augmentation de la colère assertive, et non pas rejetante, favorise l'intégration sociale et professionnelle dans le contexte de l'entraînement des compétences de la DBT [215].

Capacité de mentalisation. La capacité à réfléchir et à discuter de manière réflexive et différenciée sur les pensées, les sentiments et les relations a été opérationnalisée avec le concept de la fonction réflexive (FR) [216, 217]. Il a été admis qu'une amélioration de la capacité de mentalisation est une composante centrale de l'efficacité dans la psychothérapie du TPB [218, 221]. Un changement de la FR a été empiriquement démontré dans la psychothérapie psychodynamique (TFP) et dans la thérapie basée sur la mentalisation. Ce n'est pas le cas pour d'autres types de thérapie, tels que la DBT et la thérapie de soutien [160, 222-224]. La capacité de mentalisation peut déjà s'améliorer durant la thérapie en un laps de temps relativement court [225].

5.2. Formes de psychothérapie basées sur des preuves spécifiques au trouble de la personnalité borderline

Dans ce chapitre, les quatre formes de psychothérapie spécifiques au trouble de la personnalité borderline avec évidence scientifique avérée sont présentés. Les principes thérapeutiques, la structure du traitement et les preuves d'efficacité¹⁴ sont abordés. Cette présentation offre un aperçu de l'utilisation pratique des différents concepts théoriques du trouble et met en évidence les similitudes et les différences. Pour une mise en œuvre pratique adéquate, le perfectionnement, la formation continue ainsi que de la supervision dans les méthodes respectives sont indispensables. Bien que les modèles théoriques sous-jacents à ces 4 formes de traitement sont différents, tous les manuels présentent d'importantes ressemblances. Les facteurs communs sont : une attitude relativement active et clarifiante du thérapeute, l'emphase du diagnostic, les concertations thérapeutiques et la focalisation du traitement sur l'ici et maintenant [42, 226]. Selon Bateman, Gunderson et Mulder [41] les similitudes des procédés consistent à une structuration basée sur des manuels en ce qui concerne les difficultés typiques des patients borderline, à encourager les patients à être autonomes et efficaces, à ce que les thérapeutes soient actifs, « responsive » et validant et aident les patients à

¹² On entend par « responsivness » la capacité du thérapeute à s'adapter aux caractéristiques particulières du patient. 202 Caspar F, Grosse Holtforth M: Responsivness–eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 2009;38(1):61-69.

¹³ Par rupture/repair il est entendu la manière profitable d'utiliser les ruptures dans la relation thérapeutique.

¹⁴ Comme preuves d'efficacité sont considérées ici seulement les études randomisées contrôlées (RCTs), celles pour le traitement des adolescents se trouvent dans le chapitre 9.

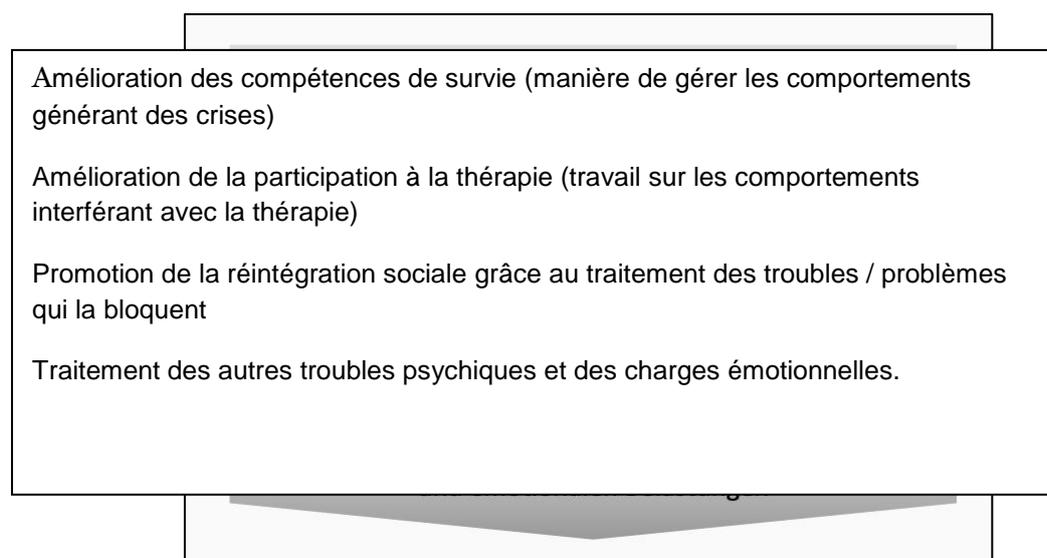
associer les sentiments avec les évènements ou les actions, et à ce que les thérapeutes aient recours aux supervisions et interventions spécifiques. Ces principes se recoupent très fortement avec les principes de base déjà évoqués précédemment (voir le chapitre 4). Ensemble, ils peuvent être considérés comme le « common ground » trans-théorique du traitement du TPB.

5.2.1. Thérapie comportementale dialectique (DBT)

5.2.1.1. Principes fondamentaux

La thérapie comportementale dialectique (TCD) a été développée dans les années 1980 par Marsha M. Linehan comme traitement ambulatoire spécifique pour les patients suicidaires chroniques avec un TPB [37, 227-230]. Actuellement, c'est la forme de thérapie la plus étudiée scientifiquement. Linehan explique l'apparition et le maintien du TPB par une théorie biosociale et la définit comme un trouble profond de la régulation émotionnelle. Selon cette théorie, la disposition biologique vulnérable d'un individu interagit avec des conditions vécues comme invalidantes dans son environnement immédiat. La disposition vulnérable comprend 4 composantes : a) une tension de base plus élevée, b) une grande sensibilité de l'individu à l'encontre des stimuli émotionnels significatifs, c) des réactions émotionnelles amplifiées à ces stimuli, d) un retour ralenti au niveau émotionnel initial, avec des réactions émotionnelles durant relativement longtemps. L'invalidité est définie comme un manque de reconnaissance des limites personnelles (dans le cas le plus grave cela peut prendre la forme d'un traumatisme physique) et/ou la manière vécue comme inadéquate de composer de l'environnement avec les émotions et les besoins des êtres humains. Par conséquent, il en résulte une invalidité traumatisante chez la personne concernée (= une forte expérience durablement décevante, que ses propres limites et ses émotions ne sont pas considérées comme importantes). La personne touchée va essayer d'éviter le vécu et l'expression des sentiments et va apprendre diverses stratégies principalement dysfonctionnelles afin de réguler l'excitation émotionnelle. Cette régulation perturbée des affects se répercute quant à elle sur l'interaction sociale et la construction identitaire. Les principes centraux de la DBT sont une attitude fondamentale empreinte d'acceptation, une approche relationnelle dialectique largement déterminée par la clarté et l'ouverture d'esprit et toujours suffisamment validante, dans laquelle l'équilibre entre l'acceptation nécessaire et le changement possible est au centre, tout comme une certaine structuration de la thérapie par des algorithmes clairs (voir l'image 1).

Image 1 : Structuration du traitement dans la DBT¹⁵



¹⁵ © Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie (AWP), AWP Zürich 2017

5.2.1.2. Concept et structure du traitement

La DBT a été initialement développée comme une thérapie ambulatoire et a été rapidement aussi conceptualisée pour un cadre hospitalier [164]. Le concept thérapeutique de la DBT [37, 227-230] repose sur la thérapie comportementale dialectique et intègre des éléments d'autres formes de thérapie, par exemple les techniques basées sur la pleine conscience. Trois aspects centraux sont exprimés dans ces dernières : a) une attitude clairement définie orientée vers l'acceptation et cela à l'aide de principes thérapeutiques formulés, b) des structures et des conditions générales transparentes et respectées de manière contingente ainsi que c) des stratégies de traitement spécifiques, entre autres dialectiques avec un focus particulier sur le transfert d'habiletés. Selon le concept de la DBT, 4 composantes combinées appartiennent obligatoirement au traitement ambulatoire : la thérapie individuelle, l'entraînement des compétences, le coaching téléphonique et la supervision. L'intensité du traitement est définie selon la gravité du trouble actuel et par le besoin individuel. La thérapie individuelle représente la base centrale du processus thérapeutique.

Au début de la thérapie, un diagnostic détaillé est effectué et la base du trouble est expliquée au patient. Ensuite, un engagement clair pour tous les éléments nécessaires au traitement est élaboré avec le patient (promesse de non-suicide, buts thérapeutiques supérieurs, principes et instruments du traitement, durée de la thérapie, etc.). Quand le thérapeute a atteint cet objectif, la collaboration thérapeutique au sens restreint commence, idéalement avec ces 4 composantes. Lors de la thérapie individuelle, le processus de changement est activé en suivant les buts thérapeutiques individuels fixés. Principalement, il s'agit de surmonter les comportements dysfonctionnels et ceux interférant avec la thérapie, d'accepter et d'apprendre à moduler ses propres émotions et de s'intégrer au mieux socialement. Plus particulièrement, cela est rendu possible par les analyses précises des comportements en lien avec les domaines et les situations problématiques et l'utilisation continue de techniques thérapeutiques avant tout focalisées sur les émotions et les comportements. L'entraînement des compétences représente un programme d'entraînement dont le contenu est clairement structuré, qui transmet au patient des compétences dans un cadre groupal afin de pouvoir apprendre à réagir de manière adaptative et fonctionnelle aux sentiments, pensées, perceptions ou impulsions d'action éprouvantes ou douloureuses. Le coaching téléphonique par le thérapeute est une forme d'intervention de crise et doit garantir rapidement la généralisation et le transfert des compétences dans des situations quotidiennes difficiles. Il est à disposition du patient entre les séances (avec un cadre et un déroulement clairement réglementés). La supervision régulière (« consultation team ») doit aider le thérapeute à aborder les difficultés du traitement de manière opportune et constructive et peut en même temps lui servir de prophylaxie contre le burn-out. Elle est un pilier du traitement.

5.2.1.3. Preuves de l'efficacité de la DBT

Il existe actuellement plus de 10 études randomisées contrôlées (RCTs) qui ont examiné l'efficacité de la DBT [53, 188]. Par exemple Linehan et al. [231] ont trouvé un avantage significatif de la DBT d'une année en comparaison à un traitement psychothérapeutique non spécifique (TAU) en ce qui concerne la diminution des comportements parasuicidaires, le nombre de jours de traitement hospitalier et les interruptions de traitement, et cela déjà après 4 mois. Par contre, en ce qui concerne la dépressivité, aucune différence entre les groupes de patients n'a été mise en évidence. Dans une autre étude menée elle aussi par Linehan et al. [209], le traitement de 101 patientes a été comparé. Celles-ci présentaient toutes un comportement suicidaire ainsi que des automutilations dans un passé proche et remplissaient les critères du TPB. Les patientes recevaient dans un cadre ambulatoire soit la DBT soit un traitement administré par des experts en psychothérapie. Sur deux ans, les résultats ont montré que les patientes traitées avec la DBT firent moitié moins de tentatives de suicide en comparaison aux autres patientes et présentèrent moins d'hospitalisation et de visites aux urgences médicales. De plus, les patientes ayant reçu la DBT montrèrent moins d'automutilations et d'interruptions de la thérapie. Dans le cadre d'une étude menée par un groupe indépendant de chercheurs des Pays-Bas, Verheul et al. [232] ont comparé le traitement ambulatoire d'une année de 52 patientes avec la DBT contre celui d'une psychothérapie non spécifique. Les résultats corroborent

ceux des études précédentes : les patientes traitées avec la DBT en comparaison à celles ayant reçu une psychothérapie non spécifique présentent moins d'interruptions de la thérapie, une plus forte réduction des automutilations et des comportements impulsifs autodestructeurs. L'étude de McMain et al. [140, 141] a randomisé 180 patients souffrant d'un TPB dans 2 groupes : la DBT vs. le General Psychiatric Management (GPM) selon Gunderson et Links [130]. Pour cette étude très solide méthodologiquement, aucune différence n'a été trouvée entre les deux groupes, que ce soit après une année de thérapie ou après une période de suivi catamnestique de 36 mois. Les deux groupes montrent d'autant bons résultats.

L'efficacité de la thérapie individuelle et de l'entraînement des compétences comme uniques composants thérapeutiques a aussi été prouvée par une étude [198].

La DBT peut assurément être considérée comme une méthode efficace pour le traitement du TPB [111].

5.2.2. Thérapie basée sur la mentalisation (MBT)

5.2.2.1. Principes fondamentaux

La thérapie basée sur la mentalisation (MBT) a été initialement développée pour une prise en charge semi-hospitalière [167]. Elle a entre-temps été conceptualisée pour une prise en charge ambulatoire [139] et existe sous forme de manuel (intensive Outpatient Treatment, IOT) [233]. La MBT se focalise sur les schèmes d'attachement insécure des patients borderline et les difficultés de mentalisation qui les accompagnent, dans le contexte interpersonnel avant tout. Le concept de mentalisation intègre les résultats de la recherche en psychologie développementale, en psychodynamique, en sciences cognitives et en neurobiologie. Il peut être compris comme un concept transdiagnostique électrique [171].

Mentaliser signifie se référer à ses propres états mentaux internes (pensées, sentiments, souhaits, besoins, convictions, etc.) ainsi qu'à ceux d'autrui, de comprendre que ces états sous-tendent (au niveau de l'intention) le comportement et de pouvoir y réfléchir [234]. La mentalisation se laisse définir plus précisément comme une capacité dynamique [235, 236] grâce à quatre dimensions s'appuyant sur la neurobiologie (voir Tableau 5), dont la flexibilité des interactions détermine la réussite de la mentalisation.

Tableau 5 : Dimensions de la mentalisation (modifié d'après Bateman und Fonagy, 2012) [235]

Automatique (implicite)	Contrôlé (explicite)
Focalisé vers l'intérieur	Focalisé vers l'extérieur
Orienté vers soi	Orienté vers les autres
Processus cognitif	Processus affectif

Selon la psychologie du développement, les modes non mentalisés ou pré-mentalisés (mode téologique, mode d'équivalence, mode « comme si ») précèdent la capacité de mentalisation dans la petite enfance. Ces modes représentent une forme immature de processus de traitement mental et apparaissent aussi régulièrement à l'âge adulte chez les patients borderline afin de protéger le moi psychique (aperçu par Euler und Walter, 2018) [171].

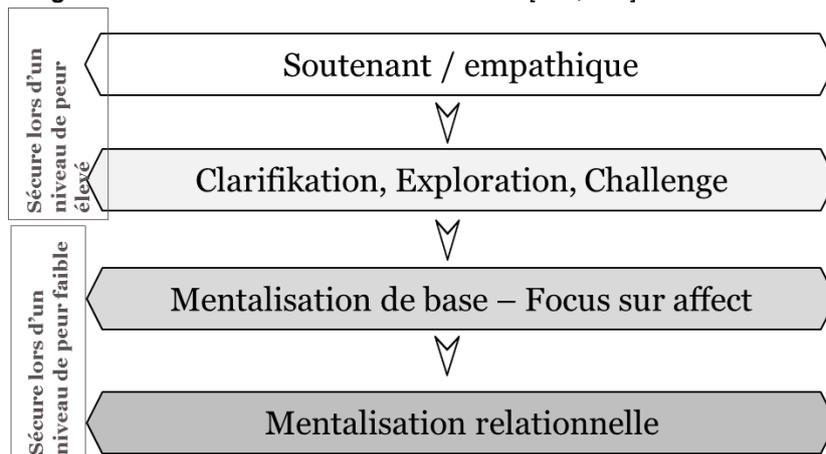
5.2.2.2. Concept et structure du traitement

L'attitude et la technique de la MBT se basent sur la théorie sous-jacente qui suppose que chez les patients avec trouble de la personnalité borderline les situations interpersonnelles (ré)activent un schème d'attachement insécure et consécutivement les modes non mentalisés associés à une excitation émotionnelle. Ainsi la mentalisation, et avec elle la focalisation psychothérapeutique sur les états mentaux, sont rendues impossibles tout du moins difficiles. Le but primaire de la MBT est donc

de permettre, ou de maintenir, la mentalisation dans un contexte d'attachement sécuritaire. Cela est rendu possible par une attitude de base collaborative et non savante du thérapeute, où le bon équilibre entre une trop forte ou trop faible intensité affective est recherché. Les interventions suivent une hiérarchisation dynamique, commençant par une validation empathique passant par l'exploration et du challenge (induction d'un changement de perspective, par exemple remise en question bienveillante) jusqu'à l'identification d'affects dans un contexte interpersonnel à l'extérieur et finalement à l'intérieur de la relation thérapeutique. L'instauration d'un climat de confiance avec les thérapeutes est considérée comme le principe phare avant tout dans la phase initiale du traitement, afin de pouvoir se développer positivement (à nouveau) à travers les relations avec autrui, via l'apprentissage social (paradigme „epistemic trust“) [114] - une aptitude déficiente du point de vue développemental.

Dans la MBT, la suicidalité, les comportements d'automutilation et d'autodestruction, tout comme les comportements agressifs vis-à-vis des autres, sont compris comme un échec de mentalisation engendré par une perte menaçante de la cohérence de soi. Le but du traitement psychothérapeutique consiste à un examen progressif du processus mental dans le sens d'une analyse fonctionnelle de ce qui suit et précède l'évènement concerné. Ceci est « mentalisé » dans le contexte de la relation thérapeutique afin d'induire un changement dans les représentations intrapsychiques tout en tenant compte des évènements affectifs et interpersonnels dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique avec une forte activation du système d'attachement.

Image 2 : Hiérarchie d'intervention dans la MBT [171, 237]



Chaque séance suit elle aussi une hiérarchisation dynamique, en se focalisant sur un évènement (en général interpersonnel). Par des interventions contre-intuitives et des contre-mouvements aux quatre dimensions de la mentalisation (voir Tableau 5) le thérapeute assure, que le(s) patient(s) et lui-même mentalisent de manière flexible et dynamique.

La thérapie groupale (MBT-G) est un élément central de la MBT, équivalent de par sa conceptualisation à la thérapie individuelle [154, 156]. Le processus interpersonnel d'échanges sur les états mentaux dans un contexte d'attachement sécuritaire occupe le premier plan. Le but du groupe n'est explicitement pas de générer de l'introspection ni de se donner réciproquement des conseils.

L'introduction de la thérapie se fait via plusieurs entretiens avec l'établissement et la discussion du diagnostic, la formulation de cas, le plan de traitement, l'élaboration d'un plan de crise et une convention thérapeutique. Puis, dans le procédé standard de l'IOT, une psychoéducation groupale structurée (MBT-I) a lieu durant 8-12 semaines avant que commence le traitement ambulatoire individuel et groupal d'une séance chacun par semaine pendant 18 mois. Des modifications de ce déroulement sont possibles [171].

5.2.2.3. Preuves d'efficacité pour la MBT

Il existe trois RCTs en ce qui concerne l'efficacité de la MBT [53, 188]. La première étude compare la MBT dans une clinique de jour avec un traitement habituel (*treatment as usual*, TAU, N=44) [142, 167]. Dans la deuxième étude, la MBT dans un cadre ambulatoire est comparée à un management clinique structuré (SCM, N=134) [139]. Pour les deux études, des analyses de suivi catamnestique ont été effectuées durant 8 ans. Une troisième RCT conduite par un groupe de recherche danois indépendant a comparé la MBT à une thérapie de soutien (N=85) [238]. Les critères objectifs premiers de toutes ces études étaient la réduction de la suicidalité, des automutilations et des réhospitalisations. La MBT était supérieure dans tous ces domaines tout comme dans ceux concernant les symptômes psychiatriques tels que la peur, la dépressivité et les symptômes généraux. Les analyses de suivi catamnestique montrent que l'avantage de la MBT persiste aussi de longues années en ce qui concerne le fonctionnement global et le statut professionnel et de formation. Les analyses secondaires des études des traitements ambulatoires ont montré que la MBT est plus particulièrement avantageuse pour les patients borderline ayant des troubles de la personnalité comorbides ou de graves atteintes symptomatiques [239, 240].

La MBT peut être considérée comme une méthode de traitement efficace pour le TPB [111].

5.2.3. Thérapie focalisée sur le transfert

5.2.3.1. Principes fondamentaux

La TFP [35, 241, 242] se base sur le modèle diagnostique de l'organisation état-limite de la personnalité (Borderline Personality Organization ; BPO) et part de l'hypothèse que la pathologie borderline remonte à un trouble de la relation d'objet interne [36, 243]. Les représentations du soi et des objets fractionnées et polarisées - entre positives et de manière dominante négatives dans le monde intérieur du patient - ne sont pas intégrées en une identité différenciée de la personne. Le manque de cohérence de l'image de soi et de l'image des autres significatifs est défini dans la TFP par le terme de diffusion d'identité. Sur cette dernière se fonde le changement rapide des attitudes émotionnelles envers soi et les autres tout comme les mécanismes de défenses immatures correspondant et typique du trouble de la personnalité borderline (entre autres, projection, idéalisation et dévalorisation, identification projective, déni). Ces deux phénomènes aboutissent à des difficultés interactionnelles préjudiciables socialement et à des conflits chroniques voire des ruptures dans les relations intimes, l'emploi, le travail et les loisirs.

5.2.3.2. Concept et structure du traitement

Le but thérapeutique de la TFP est de changer les problèmes structurels de la personnalité, en premier lieu la diffusion d'identité. Cette dernière sous-tend les patterns de comportement dysfonctionnel, les réactions affectives extrêmes, ainsi que les distorsions de perception cognitives et les distorsions de pensée. Le changement se fait à l'aide de la dissolution de fixations des relations d'objet internalisée. Lors de la psychothérapie, le travail porte sur l'intégration des parties fractionnées du soi et de l'objet, afin de parvenir à une image différenciée de soi et des autres.

Le point de départ de la thérapie est constitué par la relation transférentielle se développant dans l'ici et maintenant de la dyade thérapeutique. Le fondement de la TFP réside dans l'hypothèse que les relations d'objets projectives internalisées ou dissociées se basant sur les expériences relationnelles passées sont actualisées dans la relation thérapeutique. Ces représentations internes sont rendues conscientes lors du travail sur la relation thérapeutique et sont intégrées dans le sens d'une identité différenciée.

Les stratégies globales à long terme qui orientent le thérapeute dans chaque séance (voir Tableau 6) se distinguent des tactiques et des techniques (voir Image 3).

Tableau 6 : Principes stratégiques de la TFP (modifié d'après Clarkin, Yeomans und Kernberg, 2008) [35]

Principe stratégique 1	Définition de la relation d'objet dominante 1. Faire l'expérience et tolérer la confusion 2. Reconnaître la relation d'objet dominante 3. Citer les acteurs 4. Faire attention à la réaction des patients
Principe stratégique 2	Observer et indiquer la permutation des rôles des patients
Principe stratégique 3	Observer et indiquer les liens entre les dyades de relation d'objet qui se défendent réciproquement
Principe stratégique 4	Intégration des parties fractionnées des objets

Les accords thérapeutiques et la clarification des responsabilités font partie des tactiques. Ils rendent possible un cadre thérapeutique obligatoire pour le déploiement de la dynamique du monde interne du patient et une protection de la capacité de réflexion du thérapeute. Il est prioritaire de protéger le patient contre toutes formes de dangers (comportements suicidaires et auto-destructifs, mensonges, consommation de drogue, menaces du thérapeute, etc).

Les techniques utilisées pour le travail sur la relation d'objet dyadique comprennent la clarification, la confrontation, l'interprétation, l'analyse du transfert, le maniement de la neutralité technique du thérapeute et le travail conscient sur le contre-transfert. La supervision a aussi une grande importance dans cette forme de traitement. Dans un premier temps, l'agir et les mécanismes de défense immatures sont interprétés. Puis, c'est la relation d'objet dyadique actuellement vécue qui est interprétée et finalement c'est au tour des dyades sous-jacentes refoulées avec la tentative de comprendre leur défense.

La TFP a été développée pour un cadre thérapeutique ambulatoire individuel et est administrée sous la forme de deux séances par semaine durant environ 2 ans. Entre-temps, une forme de traitement hospitalier basée sur la TFP [163, 166, 244] s'est établie, entre autres pour le contexte forensique [245].

5.2.3.3. Preuves d'efficacité pour la TFP

En ce qui concerne l'efficacité de la TFP, il existe actuellement une RCT (qui la compare avec un traitement psychothérapeutique non spécifique au trouble) [191] et une étude Multi-Wave remarquables [246]. En outre, il existe une étude dans laquelle une approche psychodynamique a été comparée à la ST, mais il est peu clair si la TFP a été effectuée *lege artis* [150]. L'étude de Giesen-Bloo montre une meilleure efficacité, sur une durée de traitement de trois ans, de la ST en ce qui concerne une réduction de la symptomatologie spécifique au TPB, la qualité de vie et les variables particulières de la personnalité comme la diffusion identitaire. Les effets entre les formes de traitement en ce qui concerne la psychopathologie générale ne sont pas significatifs. Différents aspects méthodologiques ont été critiqués au sujet de cette étude [247].

Clarkin et al. [246] ont montré avec leur étude – à faible pouvoir statistique, ce qui explique que Stoffers et al. [188] ne l'ait pas prise en considération pour leur méta-analyse - qu'en plus de la réduction de la suicidalité (qui est comparable avec la DBT), la TFP améliore plus particulièrement le contrôle des impulsions et permet une réduction de l'agressivité.

L'étude de Doering et al. [191] montre quant à elle l'avantage de la TFP dans les domaines suivants : suicidalité, symptomatologie borderline, fonctionnement psychosocial, organisation de la personnalité et fréquence des traitements hospitaliers.

La TFP peut vraisemblablement être considérée comme une méthode efficace pour le traitement du TPB [111].

5.2.4. Thérapie des schémas (ST)

5.2.4.1. Principes fondamentaux

La thérapie des schémas (ST) [39, 248] a été développée à partir de la thérapie cognitive et se distingue en plus des éléments cognitifs par son orientation sur le vécu et les besoins. La ST a d'abord été conçue pour les entretiens individuels ambulatoires puis a été transférée ultérieurement et avec succès au cadre groupal et hospitalier [173, 249, 250]. Il existe des manuels pour le traitement individuel et groupal [155, 251]. Dans la ST, les schémas inadaptes sont conceptualisés comme une structure cognitive stable, en s'appuyant sur la définition d'A.T. Beck et al. [252]. On entend par là l'excitabilité (traits) du cerveau, causée par des expériences accablantes durant l'enfance et l'adolescence, dont l'activation est associée avec un modèle défini de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles. Les expériences accablantes font référence à de frustrations sévères des besoins psychiques centraux durant l'enfance comme par exemple la sécurité, l'amour, la chaleur, l'attention, l'acceptation ou l'autonomie. Les schémas ont une forte influence sur la perception qu'a la personne d'elle-même, de sa relation aux autres et du monde dans son ensemble. Quand un schéma est activé, il est accompagné d'émotions douloureuses. Pour faire face à ces émotions désagréables, l'enfant développe précocement certaines stratégies de coping comme l'évitement, la surcompensation ou la soumission. En raison, entre autres, de la forte complexité du modèle initial, Young élargit par la suite sa théorie des schémas avec l'approche des modes. Un mode est défini comme une combinaison de schémas activés à un moment donné et de stratégies de coping. Il décrit l'état émotionnel actuel. Les modes peuvent changer très rapidement alors que les schémas sont très rigides et durables. La ST décrit 5 modes centraux qui sont fréquemment actualisés chez les patients borderline et qui montrent, la plupart du temps, des changements rapides. Ils sont le point de départ du travail thérapeutique :

1. Le mode de l'enfant abandonné et maltraité dans lequel le patient éprouve des émotions désagréables intenses comme la tristesse, la solitude ou la peur d'être abandonné ou blessé. Le patient se montre fragile et désespéré.
2. Le mode de l'enfant irritant et impulsif qui est activé par une frustration. Le patient apparaît en colère, entêté ou montre un comportement impulsif.
3. Le mode des parents punitifs qui est caractérisé par une forte dévalorisation, de la honte ou de la haine de soi. Il est supposé s'agir ici d'hypothèses internalisées concernant le soi acquises en raison des messages ou des comportements des personnes de référence importantes.
4. Le mode d'autodéfense distancié atténue les émotions et tient à distance les autres êtres humains, dans le sens d'une stratégie de survie.
5. Le mode de l'adulte sain qui est généralement absent ou très peu marqué chez les patients borderline, mais qui peut prendre une fonction modulante favorable comme par exemple celle de protéger le patient qui est dans le mode de l'enfant maltraité.

5.2.4.2. Concept et structure du traitement

Le principe de base du traitement de la ST est d'aider le patient à mieux percevoir et satisfaire ses propres besoins et à changer ses schémas non-adaptatifs. Chaque module s'accompagne d'objectifs de traitement spécifiques : les modes enfantins doivent être soignés et réconfortés, les modes parentaux doivent être combattus et réduits, les modes de maîtrise sont validés, remis en question et finalement remplacés par des stratégies plus saines et plus flexibles. Les modes sains sont renforcés de telle manière que le patient puisse assumer lui-même ces fonctions. Au début de la thérapie, une formulation de cas est élaborée avec chaque patient à l'aide du modèle des modes qui met en lien les symptômes et les problèmes interpersonnels du patient avec son arrière-plan biographique. Puis, tous les problèmes et les symptômes émergents ou le comportement du patient sont intégrés dans la formulation de cas. Cela signifie que pour chaque problème on analyse quels modes sont impliqués et qu'on intervient ensuite en fonction des buts cités ci-dessus. Les techniques basées sur l'expérience comme l'imagination (« imagery rescripting ») et les dialogues en utilisant une chaise figurent au premier plan aux côtés des techniques cognitives et comportementales. Lors de l'« imagery rescripting », la situation traumatisante de l'enfance est rappelée dans l'imaginaire et modifiée de telle façon que les besoins frustrés de l'enfant soient satisfaits. La conception de la relation thérapeutique avec le « limited reparenting » (reparentage limité) joue par ailleurs un rôle particulier. Dans ce cadre, le

thérapeute se comporte avec le patient comme un bon parent – dans les limites de la relation thérapeutique professionnelle. Il constitue ainsi un antidote aux traumatismes de l'enfance et rend possible des expériences correctrices en ce qui concerne les émotions, les besoins et les relations. La thérapie se divise en 3 parties. Dans la première phase, la relation thérapeutique, la conceptualisation de cas et la régulation des affects sont établies. Dans la deuxième phase, les modes de schémas intrapsychiques sont changés et réorganisés. Dans la troisième et dernière phase, le développement de l'autonomie est travaillé. Dans les études, la durée et le dosage du traitement vont de 30 séances groupales hebdomadaires sur 8 mois [253] à 2 séances hebdomadaires individuelles sur 3 ans [150].

5.2.4.3. Preuves d'efficacité pour la ST

L'efficacité de la ST a été démontrée dans une RCT. Comme mentionné plus haut (5.2.3.3.), selon l'étude de Giesen-Bloo et al. [150], la ST s'est révélée plus efficace du point de vue d'une amélioration du degré de sévérité générale du TPB et montrait un plus faible taux d'abandon comparativement à un traitement psychodynamique basé sur la TFP. Toutefois, il n'y avait pas de différence en ce qui concerne la psychopathologie générale. D'autre part, la ST semble aussi présenter des avantages pour les coûts de la santé [254]. Dans une très petite RCT (n=28) l'efficacité d'un format modifié a aussi été démontrée (thérapie groupale vs. groupe contrôle non spécifique) [253].

La ST peut possiblement être considérée comme une méthode efficace pour traiter le TPB [111].

5.3. Autres formes de traitement basés sur les preuves et cliniquement pertinents

Les autres formes de traitement dont l'efficacité empirique pour le traitement du TPB a été démontrée, et qui sont en principe recommandés, sont entre autres [53, 188] : le Good Psychiatric Management, (GPM; s. Kapitel 5.1) [55], le STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [255], la thérapie psychoanalytique-interactionnelle [256] et les psychothérapies interpersonnelles [257], la psychothérapie structurale [258], la Cognitive-Analytic Therapy (CAT) [259], la psychothérapie orientée sur la clarification [260], la thérapie focalisée sur les émotions [261], la thérapie groupale selon le concept de la thérapie de la pleine conscience et de l'engagement (ACT) [262] tout comme d'autres psychothérapies spécifiques psychodynamiques [263, 264] et cognitivo-comportementales [265-267]. De plus, des approches intégratives ont été formulées, appliquées et testées spécifiquement au TPB, comme par exemple la relation thérapeutique orientée sur les motifs [149, 268], ainsi que des approches psychothérapeutiques modulaires [269, 270] et combinées [160] (par exemple, la MBT et la DBT).

5.4. Recommandations pour la pratique

- Une attention particulière est portée à l'établissement et l'aménagement de la relation thérapeutique. L'adaptation flexible et situationnelle du thérapeute (« responsiveness ») à chaque patient et une approche constructive des situations interpersonnelles critiques sont centrales. En outre, il est conseillé de connaître et de considérer les processus de changement émotionnels et de mentalisation comme des mécanismes d'action potentiels.
- Dans le cas d'un traitement régulier de patients avec un TPB, il est recommandé pour le thérapeute, selon les préférences, de se former, de se perfectionner ou d'entreprendre une formation continue sur les formes de traitement spécifiques au trouble de la personnalité borderline, qui sont empiriquement fondées.
- Les aspects communs des traitements basés sur les preuves sont considérés comme la base de chaque psychothérapie :
 - Structuration claire et intégration conceptuelle du traitement
 - Buts thérapeutiques convenus conjointement et orientés sur les difficultés principales du patient
 - Attitude fondamentale thérapeutique active
 - Encouragement de l'activité et de l'auto-efficacité du patient
 - Supervision régulière du thérapeute

6. Quelles possibilités existe-t-il pour le traitement médicamenteux ?

Officiellement, aucun traitement médicamenteux n'a été jusqu'à maintenant autorisé par Swissmedic¹⁶ pour le traitement du TPB. La pratique de prescription se contredit de manière flagrante. La majorité des patients borderline sont traités avec une médication psychopharmacologique fixe, dont un cinquième avec quatre préparations et plus [55, 271]. En ce qui concerne l'évolution à long terme, 71% des 84% des patients initiaux prennent encore après 16 ans régulièrement au minimum un psychotrope [272]. Par ailleurs, un tiers des patients prend régulièrement des médicaments de réserve [273]. Les recommandations des directives existantes sont hétérogènes avec des propositions qui vont d'aucune médication pour les NICE guidelines à des substances spécifiques pour chaque domaine symptomatique du TPB pour les APA guidelines [48, 274].

Nos recommandations s'appuient sur les directives existantes et sur nos propres recherches de littérature. Ces dernières incluent les RCTs disponibles et tiennent compte de l'interprétation stricte des évidences et de la pratique observée de l'autre. Le traitement s'effectue généralement de manière spécifique aux symptômes, car il n'existe aucune médication efficace pour la symptomatologie générale du trouble. Un aperçu de chaque préparation et des études correspondantes se trouve dans le Tableau 7 de l'annexe.

6.1. Antidépresseurs

Les antidépresseurs agissent sur la dépressivité, l'anxiété et la colère/ragé. Malgré l'existence de plusieurs RCTs, l'état actuel de la recherche ne permet pas de répondre à la question de manière suffisamment fiable de savoir s'ils ont un effet spécifique sur les véritables symptômes du TPB. Si les symptômes mentionnés apparaissent dans le cadre du TPB, aucun antidépresseur ne doit être prescrit car leur efficacité est discutable [275]. Dans le cas d'un diagnostic valide de dépression (au minimum d'une sévérité modérée en tenant compte du critère temporel requis) ou d'un trouble anxieux, les symptômes doivent être traités pharmacologiquement conformément aux directives¹⁷ (voir le chapitre 7.2).

6.2. Neuroleptiques

Les neuroleptiques atypiques comme l'olanzapine, l'aripirazole et la quetiapine peuvent être introduits pour le traitement symptomatique de l'agressivité, l'irritabilité, la colère, et des symptômes cognitivo-perceptifs (« psychotiques ») [276-278]. Le niveau d'évidence reste bas malgré plusieurs RCTs [271, 279].

Pour les neuroleptiques, un équilibre adéquat entre l'efficacité et les effets secondaires est nécessaire. Ainsi l'olanzapine peut être contre-indiquée pour certains patients en raison de la prise de poids potentielle et du risque de syndrome métabolique [280].

De faibles dosages doivent généralement être préférés [271, 279, 281]. D'un point de vue clinique, les doses journalières de 2,5 - 5mg d'olanzapine, de 50 – 100mg de quetiapine ou de quetiapine retard et de 5mg aripirazole sont souvent suffisantes.

6.3. Stabilisateurs de l'humeur

Les stabilisateurs de l'humeur sont recommandés pour le traitement de la colère, de l'agressivité, et de l'impulsivité [276-278]. Dans sa réactualisation, Ingenhoven [279] conseille la lamotrigine ainsi que le topiramate. D'autres auteurs, comme Stoffers & Lieb [271] ou Herpertz (communication personnelle) recommandent une certaine prudence et soulignent qu'une trop large utilisation pourrait être dangereuse sans que les avantages aient clairement été démontrés. L'acide valproïque est contre-indiqué chez les femmes en raison du risque tératogène important. La prescription de Lithium

¹⁶ Swissmedic est l'autorité d'autorisation et de contrôle des produits thérapeutiques en Suisse.

¹⁷ <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/>

pour le traitement de la suicidalité et des automutilations doit être évaluée individuellement, en raison de la faible marge thérapeutique.

6.4. Autres traitements pharmacologiques

Les oméga-3 sont utilisés pour les symptômes dépressifs [276]. Ils augmentent aussi les effets des stabilisateurs de l'humeur [271]. D'autres molécules, comme l'ocytocine en spray nasal, ont été testées dans des études expérimentales. Il manque encore des preuves d'efficacité suffisamment solides.

Bien qu'elles soient souvent prescrites dans la pratique, les benzodiazépines sont contre-indiquées dans le TPB car, en plus du potentiel de dépendance, elles influencent négativement le contrôle des impulsions [55, 281, 282].

6.5. Pharmacothérapie et psychothérapie

La pharmacothérapie a été étudiée dans quelques cas comme complément à la psychothérapie [283-285]. Vu le faible niveau d'évidence, il n'est pas possible d'affirmer clairement qu'elle apporte un effet bénéfique supplémentaire. On peut supposer une interaction dynamique entre les deux approches qui doit être considérée dans la relation thérapeutique [286].

6.6. Polypharmacie

D'un point de vue clinique, une polypharmacie inappropriée et potentiellement dommageable peut résulter essentiellement en raison: des comorbidités sont insuffisamment diagnostiquées et sont traitées par voie médicamenteuse ; d'un médicament introduit durant une crise aiguë qui n'est pas retiré après la stabilisation ; en l'absence de médicaments homologués ou efficaces pour la symptomatologie globale du TPB, d'un médicament qui est introduit pour chaque symptôme ; de la dynamique relationnelle associée à la médication qui est insuffisamment considérée (pression élevée d'agir lors de grandes souffrances, satisfaire le souhait d' « avoir les choses en main »). Au début de chaque traitement, dans le cas d'une polypharmacie, il faut l'évaluer de manière critique à l'aide des aspects susmentionnés et convenir de contre-mesures appropriées.

6.7. Recommandations pour la pratique

- La psychopharmacothérapie doit être principalement limitée aux situations de crise, durant lesquelles une psychothérapie propre au trouble n'est pas (encore) disponible ou l'est de manière restreinte.
- Lors d'une psychothérapie, un traitement pharmacologique comme part d'un plan thérapeutique global peut être utile dans certains cas, bien que son utilité n'ait pas pu être prouvée jusqu'à présent. Il faut évaluer la pharmacothérapie régulièrement de manière structurée. Cela concerne aussi la discussion systématique de la prise de la médication de réserve.
- Lorsqu'une pharmacothérapie est discutée, les principes de base spécifiques au trouble (voir le chapitre 4.1) sont pris en considération. La fonction et le rôle de la médication doivent être réfléchies à l'intérieur de la relation thérapeutique.
- En cas de besoin, une pharmacothérapie suit une hiérarchisation focalisée sur les symptômes : le symptôme provoquant le plus de souffrance et possédant la meilleure perspective de soulagement est traité avec le produit possédant la moindre probabilité d'effets indésirables.
- La colère, l'agressivité et l'impulsivité sont traitées le plus souvent avec la lamotrigine et le topiramate, l'irritabilité et les symptômes cognitivo-perceptifs avec la quetiapine et l'aripiprazole.
- Le traitement commence avec la dose thérapeutique la plus faible possible. Les doses sont généralement maintenues au niveau le plus bas.
- Les traitements doivent être prescrits pour la durée la plus courte possible.
- Lors d'atteintes dues aux effets secondaires, le médicament doit être retiré de manière contrôlée en raison des faibles preuves d'efficacité.

- Il faut complètement renoncer à l'utilisation de benzodiazépines.
- Un traitement ciblé des comorbidités avec la médication appropriée doit être systématiquement et soigneusement évalué.
- La polypharmacie est à éviter. Dès que les patients sont traités avec plusieurs médicaments, que ce soit en ambulatoire ou en (semi-)hospitalier, chaque médicament doit être soigneusement examiné quant à son efficacité et à ses effets secondaires. En accord avec le patient et le médecin prescripteur (par exemple, le médecin de famille), il est possible de diminuer progressivement le traitement à titre d'essai.

7. Comment les comorbidités psychiatriques sont-elles traitées ?

La différenciation du TPB d'autres diagnostics différentiels est primordiale (voir le chapitre 3.3). Plus de la moitié des patients borderline ont, en plus d'un trouble de la personnalité, un ou plusieurs autres troubles psychiques diagnostiqués [287]. Même si le TPB est en général le diagnostic primaire et que son traitement est considéré comme prioritaire – à l'exception d'un épisode maniaque floride ou d'une toxicomanie aiguë exacerbée ou d'une anorexie (BMI<16), - un diagnostic rigoureux des comorbidités est décisif et est de plus en plus considéré comme significatif pour le plan de traitement [47, 130]. Les traitements basés sur les preuves (voir le chapitre 5.2) prennent normalement en compte les comorbidités et les études ont montré que ces traitements sont efficaces dans ce contexte [239, 288].

7.1. Troubles de la personnalité

Plus de 60% des patients sont affectés par plus d'un trouble de la personnalité [287]. Les troubles de la personnalité comorbides les plus fréquents sont le trouble de la personnalité anxieux-évitant (TPae) avec un taux de prévalence de 43-47%, le trouble de la personnalité dépendante avec un taux de prévalence 16-51% et le trouble de la personnalité paranoïaque avec un taux de prévalence de 14-30% [289]. D'autres sources citent le trouble de la personnalité narcissique et le trouble de la personnalité anti-sociale comme autre comorbidité fréquente (TPas) [7].

Par manque de procédés thérapeutiques basés sur les preuves pour les autres troubles de la personnalité – à l'exception du TPB et partiellement du TPae - [290, 291] et étant donné leur fort recoupement [292], il est actuellement conseillé comme approche pragmatique de traiter les troubles de la personnalité comorbides dans le cadre d'une thérapie spécifique au TPB.

Les problèmes spécifiques (tels que l'inhibition sociale chez le TPae et la violence chez le TPas) sont à considérer comme faisant partie du plan thérapeutique global.

7.2. Troubles affectifs

Les troubles dépressifs sont la comorbidité la plus fréquente chez les patients borderline avec un taux oscillant entre 43% et 83% [289]. Les patients borderline avec une dépression comorbide montrent des valeurs plus élevées de dépressivité mais aussi de colère, de désespoir et d'instabilité affective que les patients borderline sans dépressivité comorbide [293]. Chez les patients borderline, la dépression est typiquement caractérisée par un sentiment de vide intérieur, de solitude, de désespoir et de difficultés dans les relations interpersonnelles [99, 100, 294, 295]. Il faut porter une attention particulière au risque de suicide cumulatif des deux psychopathologies [296].

Le traitement de la dépression selon les directives¹⁸ est effectué autant de manière psychothérapeutique [297] - et peut être pris en considération lors de la psychothérapie spécifique au TPB [298] - que pharmacothérapeutique. Si une intervention médicamenteuse a lieu, le traitement doit se faire selon les directives avec en première ligne des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) ou des antidépresseurs duels (par exemple, SNRI) [299, 300]. Il faut être attentif au fait que le succès d'un traitement antidépresseur mené de manière *lege artis* peut être influencé

¹⁸<http://www.psychiatrie.ch/spp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/>

défavorablement par un TPB [301]. A l'inverse, la dépression s'améliore en général avec un traitement du TPB réussi [302].

Jusqu'à 20% des patients présentent une comorbidité avec un trouble bipolaire (Typ I ou II) [103, 289]. Toutefois, le danger de poser un diagnostic faussement positif persiste [295, 303]. Un trouble bipolaire comorbide a moins d'influence sur l'évolution clinique que l'inverse [103, 304]. Ici aussi le risque de suicide est plus élevé. Le traitement d'un épisode maniaque aigu exacerbé est l'une des rares conditions qui est considérée comme prioritaire au traitement du TPB. Selon les directives² il doit être appliqué prioritairement [130].

7.3. Syndrome de stress post-traumatique (PTSD)

La comorbidité avec un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) est également élevée avec un minimum de 25-30 % [112, 305]. La symptomatologie est plus sévère, en raison des dissociations, des symptômes psychotiques et de la suicidalité [110, 305-311]. Elle influence négativement l'évolution du TPB sur le long terme [312]. Le succès de la DBT et du GPM pour les TPB avec un PTSD comorbide [306, 313] a été montré. Quelques études recommandent un traitement spécifique sur le trauma pour la comorbidité [130, 288, 314], par exemple la DBT-PTSD [315] ou la Narrative Exposure Therapy (NET) [316]. Ces dernières se sont montrées efficaces pour les patients borderline avec un PTSD comorbide pour des petites populations d'étude et dans des conditions hospitalières.

A ce propos, il y a lieu de souligner que la majeure partie des patients avec un TPB parle de traumatismes dans le sens d'abus ou de négligences, sans remplir les critères d'un PTSD [106-108]. Ces patients profitent d'un traitement spécifique au TPB [130, 233], comme cela a pu être démontré par la DBT [108].

Pour les experts du TPB, il est toujours nécessaire qu'un travail sur le trauma ait lieu, dans la hiérarchie de traitement, lors du traitement des symptômes principaux du TPB seulement [107, 143]. Toutefois, d'autres études sont urgentes afin de vérifier cette pratique [55]. Si des symptômes du PTSD sont prépondérants (comme les dissociations ou les intrusions), un traitement spécifique du trauma peut être envisagé, après une indication soigneuse basée sur les études actuelles.

7.4. Dépendance aux substances

En comparaison avec d'autres troubles de la personnalité, le TPB présente un risque plus élevé de développer une toxicomanie (aperçu par Walter et al., 2009 et Euler et al., 2015) [10, 11]. Dans les soins hospitaliers, au moins la moitié des patients avec un TPB souffre d'une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues [317]. A son tour, cette dernière impacte négativement la symptomatologie et l'évolution du TPB [318, 319]. Ici aussi, il faut être particulièrement attentif à la cumulation du risque de suicide des deux pathologies [320]. Qui plus est, les comportements sexuels à risque sont fréquents pour la comorbidité [321].

A l'exception d'une toxicomanie exacerbée aiguë, le traitement du TPB figure à nouveau au premier plan [130, 233]. En ce qui concerne des psychothérapies basées sur des preuves pour le double diagnostic de TPB et de dépendance aux substances, il existe quelques résultats positifs pour la DBT [288, 322] tout comme pour la DBT-S modifiée pour les toxicomanies [323, 324], la „Dual-Focused Schematherapy“ (DFST) modifiée pour les toxicomanies [325, 326], et la „Dynamic Deconstructive Psychotherapy“ (DDP) [327] basée sur la psychodynamique (aperçu par Walter et Euler, 2016; Kienast et al., 2014 et Lee et al., 2015) [22, 328, 329]. Les deux procédés modifiés basés sur les preuves comprennent la consommation comme un type de coping inadapté qui est traité comme les comportements automutilants. La MBT suit aussi cette approche en considérant la consommation de substances [233]. Avec son orientation sur la théorie de la relation d'objet, la TFP présente elle aussi de grandes ressemblances avec les principes de la DDP. Dans la DFST, la prévention de la rechute et les stratégies de coping face au craving sont particulièrement prises en compte. Il est donc possible de conclure que sous réserve de modifications spécifiques les procédés psychothérapeutiques soutenus empiriquement sont aussi efficaces lors de la comorbidité du TPB et d'une toxicomanie.

Selon le principe de la hiérarchisation dynamique, la toxicomanie tient alors une place importante (voir l'Image 1) [330].

Il semblerait que les patients dépendants aux substances avec ou sans TPB répondent de manière similaire à une prévention des rechutes médicamenteuses [331]. Une dépendance aux substances grave et aiguë est une des rares conditions qui fait précéder le traitement de la dépendance à celui du TPB [130].

7.5. Dépendance non liée aux substances

La recherche sur la comorbidité avec des dépendances non liées aux substances n'est qu'à ses débuts – le jeu pathologique, ainsi que l'utilisation pathologique d'internet sont ici significatifs. Un tiers des patients touchés présentent une comorbidité avec un trouble de la personnalité, principalement avec le Cluster B (aperçu par Euler et al., 2015) [11]. Pour le jeu pathologique, des répercussions négatives sont décrites sur l'évolution de la comorbidité ainsi que sur son traitement [332]. A ce jour, il n'existe aucune évidence pour des recommandations de traitement spécifiques. Le traitement institutionnel ambulatoire ou (semi-)hospitalier avec la participation d'experts pour les deux catégories de troubles est jugé prometteur. Cependant, en raison du manque d'études, cela a actuellement le statut d'avis d'experts.

7.6. Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH)

Les enfants avec un TDAH, une fois à l'âge du jeune adulte, présentent un plus grand risque de développer un TPB que sans TDAH. Environ 15% des patients avec un TPB ont en plus à l'âge adulte un TDAH [333]. La comorbidité est associée avec une impulsivité plus élevée et avec un plus grand déficit de mentalisation que chaque trouble pris individuellement [334, 335].

Quelques études avec le méthylphénidate lors d'un TDAH comorbide montrent des résultats en partie positifs sur le changement symptomatique du TPN et une amélioration de la réponse à l'entraînement des compétences de la DBT [334, 336]. Avant la prescription d'une médication, le diagnostic doit si possible être vérifié lors d'une consultation spéciale (voir le chapitre 3.3).

7.7. Troubles alimentaires

La boulimie nerveuse (BN) apparaît chez environ 25% des patients comme trouble comorbide. Elle est généralement plus fréquente que l'anorexie ou l'obésité [130]. Le trouble de l'hyperphagie boulimique (THB) en tant que forme particulière de l'obésité est étroitement lié au TPB [337]. Les caractéristiques communes avec la BN et qui se cumulent négativement sont : l'émotivité négative, l'impulsivité, les comportements automutilants et la suicidalité [338, 339]. Lors d'une BN comorbide, la symptomatologie du TPB est généralement plus sévère. Cependant, selon une étude, les différences se nivellent après 3 ans de thérapie cognitivo-comportementale [340]. Par ailleurs, au cours d'un trouble alimentaire comorbide, un changement symptomatique a souvent lieu entre les différentes entités des troubles alimentaires [341].

Il existe quelques études sur la DBT, particulièrement pour la BN et la THB [288, 342, 343]. Des modifications de la DBT et de la MBT sont aussi utilisées dans le traitement de la comorbidité [294, 344]. Il existe actuellement des résultats seulement pour la DBT modifiée (DBT-E) qui conceptualise la symptomatologie du trouble alimentaire comme une régulation dysfonctionnelle des émotions et du stress [294]. En principe, une approche thérapeutique pour la comorbidité du TPB et de la BN favorisant la capacité d'adaptation émotionnelle aux situations interpersonnellement stressantes est proposée [345].

7.8. Recommandations pour la pratique

- Les comorbidités sont centrales pour la planification et le succès du traitement du TPB et doivent être soigneusement diagnostiquées. Leur évaluation doit avoir lieu lors d'une consultation spéciale.

Avant d'établir un traitement médicamenteux, une telle consultation est conseillée surtout pour le diagnostic d'un TDAH adulte.

- Le traitement du TPB avec une psychothérapie propre au trouble est considéré en général comme primordial. Les problèmes spécifiques engendrés par la comorbidité sont considérés comme part du plan de traitement général (voir le chapitre 4.3). La consommation de substances, les symptômes d'un trouble alimentaire ou d'un comportement antisocial peuvent être conceptualisés comme une régulation dysfonctionnelle du stress et des émotions – tout comme les comportements automutilatoires. Ils doivent être traités par l'approche thérapeutique spécifique qui s'y rapporte.
- A l'exception d'un grave PTSD comorbide diagnostiqué de manière valide, un travail sur le trauma doit avoir lieu, dans la hiérarchie de traitement du TPB, lors du traitement des symptômes principaux. Si les dissociations et les intrusions prédominent de façon marquée, un traitement spécifique sur le trauma peut être envisagé dans un service spécialisé ou dans un service ambulatoire spécialisé. En Suisse, certaines institutions proposent ces deux offres.
- Le risque suicidaire est le plus élevé lors d'une comorbidité avec une dépression, un trouble bipolaire, une BN ou une dépendance aux substances.
- Dès qu'une dépression, un trouble bipolaire ou un TDAH a été diagnostiqué de manière valide, un éventuel traitement médicamenteux correspondant aux directives doit être considéré. Lors d'une dépendance aux substances comorbide, une prophylaxie médicamenteuse des rechutes doit être examinée.

8. Quelles particularités sont à observer chez les patients adolescents?

8.1. Particularités pour le diagnostic

Selon les définitions, le TPB débute durant l'enfance et l'adolescence. Un diagnostic fiable et valide est déjà tout à fait possible durant l'adolescence, plus particulièrement dès le milieu de celle-ci (c'est-à-dire dès 14 ans). Il est aussi conforme au critère nécessaire d'une stabilité temporelle des symptômes [23, 346-350]. Environ 10 à 20% des patients ambulatoires [351] en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent remplissent les critères diagnostiques. Presque tous les adolescents souffrent en plus de troubles psychiatriques comorbides, comme cela a aussi été décrit pour l'âge adulte [352].

Dans le système de classification du DSM-5 [16], la limite d'âge pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité a été supprimée, lorsque des altérations stables et cela dans tous types de situation sont observables durant au minimum 1 an (critère C) et que la symptomatologie n'est pas explicable par le stade de développement (critère D). Pour le modèle alternatif du DSM-5 (voir le chapitre 3.1.), la limite d'âge a été complètement retirée. Le modèle dimensionnel est aussi considéré comme un complément prometteur pour l'adolescence [353]. La suppression de la limite d'âge a aussi été annoncée pour la CIM-11 [354].

Pour le diagnostic, l'utilisation d'interviews ou de procédés structurés (par exemple, le SCID-II, voir le chapitre 3.1) est aussi nécessaire et applicable aux adolescents. De plus, il existe une série de questionnaires diagnostiques pour le TPB dans l'adolescence. Afin d'évaluer la diffusion identitaire dans l'adolescence, le questionnaire AIDA a été développé. Ce dernier est disponible en allemand et est particulièrement approprié pour la différenciation essentielle, lors du diagnostic, des crises d'adolescence passagères de la diffusion identitaire du TPB (voir le Tableau 8) [355].

Tableau 7 : Instruments d'évaluation pour le TPB durant l'adolescence

Instrument	Description
DAPP-BQ-A	Version adaptée de la DAPP-BQ pour les adolescents
Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire	Tromp und Koot [356]. Approprié pour l'adolescence, la DAPP-BQ l'est aussi pour les adultes (voir le chapitre 3) [357].

AIDA Assessment of Identity Development in Adolescents	58 items pour l'évaluation de troubles du développement identitaire chez les adolescents [355].
BPFSC-11 Borderline Personality Feature Scale for Children	Version courte de la Borderline Personality Feature Scale adaptée pour les enfants et les adolescents [358].
LoPF-Q 12-18 Levels of Personality Functioning Questionnaire	Questionnaire avec 97 items pour l'évaluation des quatre fonctions de la personnalité selon le DSM-5 : identité, autoguidage, empathie et intimité [359]
OPD-KJ2-SF Operationalisierte Psycho-dynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Strukturfragebogen	Questionnaire avec 81 items pour la collecte des 4 dimensions de l'axe structurel de l'OPD-KJ-2 : commande, identité, interpersonnalité, attachement [360]

Bien que le TPB dans l'adolescence soit repris dans quelques directives [48, 361], beaucoup de ces constats ne sont pas appliqués dans la pratique quotidienne. Le diagnostic a fréquemment lieu de manière différée, de sorte que seuls peu de patients borderline adolescents reçoivent un traitement spécifique au trouble [13]. Lors du diagnostic d'adolescents, la crainte de la stigmatisation est particulièrement prononcée [349, 362, 363]. Une absence de diagnostic peut cependant avoir des conséquences particulièrement graves. En effet, les interventions inappropriées et les erreurs de traitement iatrogènes influencent négativement le développement de la personnalité. En outre, le pronostic de l'évolution d'un TPB est plus mauvais si le trouble se manifeste tôt. Ainsi une intervention précoce et la prévention sur la base d'un diagnostic valide sont particulièrement décisives [352, 362, 364].

8.2. Particularités du traitement

Le TPB chez les adolescents se caractérise entre autres par des symptômes aigus fortement accentués tels que les comportements automutilatoires et auto-destructeurs (binge-drinking, comportements sexuels à risque), la suicidalité, l'impulsivité et la colère. Souvent, ils nécessitent une évaluation des risques au début du traitement [349, 363, 365].

Par ailleurs, les relations des adolescents touchés avec leurs pairs tout comme avec les autres membres de leur famille subissent généralement des préjudices considérables. En raison du manque fréquent de relations stables avec les pairs, leurs amis ne peuvent les aider dans leur développement [366], de telle sorte que le développement de l'autonomie est entravé. D'une part, les adolescents entretiennent des relations conflictuelles intenses avec leurs parents, d'autre part ils ont aussi plus de difficultés que les autres adolescents à se détacher d'eux [367]. Puisqu'ils ne peuvent pas encore vivre seuls, une très grande importance est accordée à l'amélioration de l'interaction avec les personnes adultes de référence. Dès lors, la différence centrale du traitement spécifique au trouble des adolescents repose sur l'inclusion systématique des parents (ou des personnes de référence, si les adolescents vivent en institution) dans le traitement. Il existe désormais toute une série de possibilités de traitements manualisés spécifiques au trouble pour l'adolescence qui sont dans leur grande majorité adaptés et modifiés des traitements ambulatoires pour adultes avec un TPB. Toutes les formes de thérapie mises en place à cet âge ne durent pas plus que 8-12 mois, c'est-à-dire 25-40 séances [23, 368], bien que des traitements plus longs pourraient être dans certains cas nécessaires.

Tableau 8: Procédés manualisés pour le traitement des adolescents avec un TPB

Procédé thérapeutique	Description
DBT-A [369, 370]	Adaptation de la thérapie dialectique comportementale pour le traitement des adolescents
MBT-A [371]	Adaptation de la thérapie basée sur la mentalisation pour le traitement des adolescents
AIT [372]	Adolescent Identity Treatment : procédé intégratif pour les adolescents avec des techniques de traitement adaptées de la TFP
TFP-A [373]	Adaptation de la thérapie focalisée sur le transfert pour le traitement des adolescents
SFT-A [374]	Adaptation de la thérapie focalisée sur les schémas pour le traitement des adolescents
PIM [375]	Méthode psychoanalytique-interactionnelle pour le traitement hospitalier des adolescents
CAT ¹⁹ [259]	Adaptation de la Cognitive Analytic Therapy pour le traitement des adolescents
ERT ¹⁸ [376]	Emotion Regulation Training, en tenant compte de la STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [255]

Dans les procédés de la DBT-A, de la MBT-A, de la TFP-A et de l'AIT, le travail continu avec les personnes de référence adultes représente une part essentielle du procédé manualisé. Dans le procédé de traitement AIT, en plus des techniques psychodynamiques de la thérapie individuelle, un plan d'action („Homeplan“) avec des exigences obligatoires pour les adolescents et les adultes est utilisé, afin d'aider à améliorer la vie commune des adolescents dans le contexte parental et institutionnel. Dans la MBT-A [377, 378], une séance individuelle et familiale a lieu hebdomadairement et cela durant toute la durée de la thérapie. Dans le cadre de l'entraînement des compétences de la DBT-A, un module supplémentaire a été introduit („Walking the Middle Path“), à l'aide duquel les conflits familiaux principaux doivent être traités. Dans le sens de l'orientation dialectique de cette forme de traitement, les adolescents doivent trouver un équilibre entre leur désir de changement et l'acceptation des exigences parentales [379]. La psychoéducation en présence des personnes adultes de référence est une autre composante du travail thérapeutique (voir le chapitre 4.2.). La participation des parents peut aussi être vue comme la chance d'une meilleure compréhension de l'étiologie individuelle du trouble, potentiellement plus difficile à obtenir chez les patients adultes. Les traitements psychothérapeutiques hospitaliers et semi-hospitaliers sont spécifiques pour le TPB chez les adolescents, mais n'ont été jusqu'à présent que trop peu manualisés, sur la base de la méthode psychoanalytique interactionnelle (PIM) [375]. Pour les adolescents qui se trouvent dans une situation psychosociale très pesante, un placement dans une institution d'aide pour les jeunes appropriée peut être effectué à la place d'un traitement psychiatrique (semi-)hospitalier. Cela permet de construire une base stable pour le traitement ambulatoire spécifique au trouble [380].

Comme pour les adultes, aucun médicament n'est admis pour le traitement du TPB chez les adolescents. Il faut donc faire preuve de retenue dans l'utilisation de médicaments [381]. Pour le

¹⁹ Les deux procédés sont d'importance secondaire dans l'espace germanophone

traitement des comorbidités selon les directives, des interventions pharmacothérapeutiques peuvent être indiquées [349, 363].

8.3. Evidences pour le traitement du TPB durant l'adolescence

Le diagnostic du TPB n'étant à ce jour que trop rarement posé à l'adolescence, la recherche est beaucoup plus rare que celle concernant l'âge adulte. Jusqu'à présent, les études comprennent fréquemment des patients adolescents en-dessous du seuil diagnostique du TPB (≥ 3 critères). La meilleure évidence est actuellement montrée par la DBT-A. Mehlum, et al. [382] ont mené une RCT et l'ont comparé à un traitement contrôle intensif non spécifique au trouble, qui, après 19 semaines de traitement, a montré une forte réduction des comportements automutilatoires, des idées suicidaires et des symptômes dépressifs. Une étude de suivi catamnestiques a montré qu'après 1 an [383], l'avantage de la DBT-A persiste pour les comportements automutilatoires. Par contre, pour la symptomatologie borderline, le fonctionnement psychosocial ou la symptomatologie dépressive, aucune différence n'a été trouvée. La Cognitive Analytic Therapy [384] a été testée dans une RCT dans le cadre du modèle HYPE [385] et n'a montré que des avantages modérés en comparaison à une condition de contrôle structurée (TAU). Dans une RCT, l'Emotion Regulation Training n'a présenté aucune supériorité en comparaison à une condition de contrôle de haute qualité [386]. La MBT-A a été étudiée dans une RCT avec des adolescents présentant des SVV et majoritairement diagnostiqués borderline. Elle s'est révélée supérieure au TAU en ce qui concerne la diminution des SVV et la dépressivité [387]. Une RCT sur la thérapie groupale de la MBT-A avec des patients borderline adolescents est en cours [388]. Krischer, et al. [389] ont comparé, dans un cadre semi-hospitalier, la TFP-A (combinée avec l'entraînement des compétences de la DBT-A) avec un groupe contrôle d'attente. Pour un cadre hospitalier, Salzer, et al. [390] ont montré que chez un groupe d'adolescents avec une symptomatologie borderline (le diagnostic du TPB n'a lui-même pas été utilisé), le procédé manualisé PIM amène à un taux de rémission plus élevé ainsi qu'une amélioration significativement plus grande de la symptomatologie, comparativement à une condition TAU.

En résumé, il n'existe jusqu'à présent pour aucun procédé des preuves d'efficacité suffisamment robustes pour le traitement d'adolescents avec un TPB. Il est cependant probable que – comme pour les traitements basés sur les preuves pour les patients borderline adultes - des caractéristiques essentielles communes – entre autres des approches structurées et orientées sur des manuels de traitement tout comme l'intégration systématique des personnes adultes de référence - sont les critères déterminants pour un traitement efficace de ce groupe de patients [23, 349].

8.4. Recommandations pour la pratique

- Le diagnostic d'un TPB pour les adolescents peut être posé de manière fiable et valide sur la base du DSM-5. Il constitue une condition nécessaire pour l'introduction systématique d'une intervention précoce efficace.
- Un traitement ambulatoire doit suivre une approche structurée basée sur une approche développée pour les adolescents et adaptée à eux. Il doit inclure systématiquement la famille ou les personnes adultes de référence.
- Un traitement hospitalier temporaire dans une unité de psychothérapie spécialisée (comme par exemple, la PIM, la DBT-A) ou le placement dans un foyer éducatif peut être envisagé.
- Les interventions pharmacothérapeutiques doivent être utilisées avec beaucoup de retenue – il en va de même pour le traitement de comorbidités éventuelles.

9. Quelles recommandations s'appliquent pour les aspects spécifiques du traitement ?

Le chapitre suivant traite d'une sélection de questions cliniques importantes dans le traitement du TPB. Il n'existe guère d'études empiriques à ce sujet. Les recommandations suivantes se fondent donc sur un consensus d'experts.

9.1. Recommandations concernant des phénomènes cliniques sélectionnés

9.1.1. Suicidalité

La suicidalité aiguë ou chronique (dite „latente“) intermittente des patients borderline peut représenter un grand défi pour le traitement. Par suicidalité est compris stricto sensu l'intention ou le désir de mourir. Bien que (ou parce ce que) les idées suicidaires, les impulsions ou les menaces peuvent avoir des fonctions communicatives ou interpersonnelles, elles doivent toujours être prises au sérieux et ne doivent pas être minimisées avec des termes comme « démonstratif » ou « appellatif ». Les idées, les impulsions ou les actions suicidaires peuvent offrir la possibilité d'explorer plus en détail la souffrance sous-jacente. A travers le travail relationnel qui y est lié, des fonctions de soutien peuvent être offertes aux patients et une meilleure compréhension pour la dynamique intrapsychique en lien avec la suicidalité peut être élaborée. Par cette voie, le risque aigu peut être mieux évalué et des solutions adéquates peuvent être recherchées. Il est souvent suffisant de mettre au point des accords clairs pour la gestion d'une crise suicidaire. Dans les cas particuliers, de brèves hospitalisations comme interventions de crise peuvent être nécessaires (voir le chapitre 4.3.2).

Au début du traitement déjà, il faut explorer de manière détaillée les idées suicidaires antérieures et les éventuelles tentatives de suicide afin d'élaborer préventivement une compréhension commune basée sur les conditions déstabilisantes et déclenchantes. Sur cette base, des solutions individuelles pour les situations de crise peuvent être discutées et intégrées au plan de traitement [134, 228]. Après une tentative de suicide, un débriefing actif avec le patient est important. Qui plus est, il est aussi recommandé pour les thérapeutes expérimentés de réfléchir suffisamment à l'importance subjective en super-/interview.

Certains patients sont suicidaires de manière persistante ou récidivante sur une très longue durée. Selon la méthode de traitement, les interventions choisies doivent être utilisées avec constance.

La prise de responsabilité du patient dans la thérapie comprend aussi l'engagement répété de chercher de l'aide lors de crises suicidaires. L'engagement ponctuel du thérapeute en dehors des séances thérapeutiques (par exemple, appel téléphonique d'urgence, SMS et e-mails) peut être utile.

9.1.2. Parasuicidalité et comportements automutilatoires

Par comportement parasuicidaire est compris un comportement qui accepte ou provoque le risque de mourir, bien qu'il n'y ait aucune intention claire de décéder. Les comportements automutilatoires sont aujourd'hui généralement qualifiés de comportements automutilatoires non suicidaires (NSVV) et comprennent en revanche une blessure/lésion intentionnelle, sans aucune intention suicidaire et sans le risque potentiel de mourir. Il est très important d'analyser dans le discours immédiat du patient et avec ce dernier s'il s'agit, en fonction de la situation, d'un comportement suicidaire, parasuicidaire ou automutilatoire. Les comportements parasuicidaires ou suicidaires sont traités de manière semblable en thérapie. Les NSVV sont traités comme les autres comportements autodestructeurs non létaux.

Environ 85% des patients avec un TPB montrent des comportements parasuicidaires ou autodestructeurs [227]. Leur traitement est considéré comme central dans toutes les approches psychothérapeutiques spécifiques au trouble de la personnalité borderline. Les procédés se différencient simplement dans la façon de procéder. Il s'agit d'identifier avec les patients dans un processus interpersonnel commun la fonction ou la signification („dynamique“) associée aux comportements (para)suicidaires et/ou automutilants. La DBT permet d'élaborer des compétences afin de pouvoir remplacer cette fonction et amener des conséquences positives à long terme pour les patients [230].

9.1.3. Dissociations

Les phénomènes dissociatifs sont définis comme une perte plus ou moins claire de l'intégration psychique du vécu et de l'action qui comprend en général une brève interruption de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement [391]. Ce sont des phénomènes d'un

processus psychophysiologique. La perte de contrôle qui est éprouvée peut provoquer un grand désarroi et une grande détresse chez les patients.

Les dissociations ne sont pas spécifiques au TPB, mais elles surviennent chez environ 60% des patients sous la forme de phénomènes dissociatifs transitoires liés au stress (souvent interpersonnel) [227]. Sur un spectre dimensionnel, environ un tiers des patients souffrent de graves dissociations. Ces dernières sont, du point de vue de la psychologie développementale, généralement liées à un trauma d'attachement et fréquemment, mais pas toujours, associées à un PTSD comorbide (voir le chapitre 7) et répondent moins bien à la psychothérapie [392, 393].

Derrière les dissociations se cache un état d'excitation (« hyperarousal ») émotionnel causé par une régulation des affects inefficaces qui rend supportable des états mentaux difficilement tolérables grâce à la dissociation [394]. Elles sont fréquemment déclenchées par des stress interpersonnels, en lien avec les problématiques d'attachement [395].

Le travail sur la régulation des affects sous stress interpersonnel est pris en considération dans tous les traitements spécifiques au TPB et il est, de ce fait, considéré comme efficace au sein d'un traitement psychothérapeutique. Bien que les dissociations répondent généralement à la psychothérapie, cette dernière a été utilisée comme variable de résultat seulement dans un nombre limité d'études jusqu'à présent [393, 395]. Par exemple, la DBT transmet des compétences aux patients qui leur permettent de reconnaître et d'interrompre à temps les phénomènes dissociatifs débutants [230]. Si les patients présentent des états dissociatifs sévères durant le traitement, ils doivent en être extraits activement aussi rapidement que possible grâce à des stimuli d'orientation qui leur sont proposés [143]. En voici quelques exemples : clamer à voix haute leur prénom, taper des mains à côté de leurs oreilles ou utiliser d'autres stimuli sensoriels forts – si cela a été préalablement convenu, il est possible d'employer des contacts physiques succincts tels qu'une poignée de main ferme, toucher les extrémités, pincer l'oreille, etc. Par la suite, une offre interactionnelle sécurisante comprenant peu de stimuli peut être utile.

9.2. Implication des proches

Alors que les membres de la famille sont impliqués systématiquement dans le traitement des patients borderline adolescents (voir le chapitre 8), il existe peu de recommandations concrètes pour le traitement des patients adultes. Comme la symptomatologie du TPB s'accompagne entre autres de problèmes interactionnels considérables avec les personnes proches, la participation de ces dernières peut aussi jouer un rôle crucial chez les adultes. Suite aux difficultés de proximité-distance des patients borderline, les proches sont souvent confrontés à des besoins changeant rapidement. La participation des proches peut les aider à développer et à améliorer une compréhension et à recevoir des suggestions afin de les gérer de manière fonctionnelle. Les proches peuvent être invités lors de certaines séances en cas de besoin d'information, mais aussi pour qu'ils aient la possibilité d'exprimer leur propre vécu émotionnel ou leurs besoins de prendre de la distance. En cas de besoin, les proches peuvent être encouragés à se mettre en lien et à échanger dans des groupes de proches (par exemple, groupes d'entraide pour les proches²⁰). Les interventions thérapeutiques familiales peuvent aussi être menées de manière ciblée pour les adultes et peuvent encourager le développement d'une communication constructive dans le système familial (par exemple, selon Hoffman, Fruzzetti und Swenson [396]). Les membres de la famille (mais aussi les couples) apprennent à entretenir des rapports validants et à reconnaître à l'aide d'analyses en chaîne parallèles comment les situations conflictuelles typiques se développent et dégènèrent.

9.3. Les patients borderline en tant que parents

Pour les enfants, la qualité et la continuité des relations avec les personnes de référence primaires est d'une importance essentielle pour un développement psychique et psychosociale stable. Il suffit pour ce faire que les parents soient „suffisamment bons“ dans le sens de Winnicott. Cela signifie qu'un certain degré d'erreurs éducationnelles appartient vraisemblablement à chaque interaction parents-

²⁰ Par exemple, <https://www.promentesana.ch/de/wissen/selbsthilfe/fuer-angehoerige.html>

enfant. Les enfants sont donc en général suffisamment robustes pour ne pas développer de maladies psychiques [397]. Certains symptômes de base du TPB rendent considérablement plus difficile pour le parent atteint de remplir son rôle parental de manière « suffisamment bien ». La recherche d'intense proximité, qui est vécue ensuite comme une menace et qui doit être terminée subitement, la sensibilité excessive à l'encontre des rejets, la colère excessive et les accès de violence, les menaces ou les propos dénigrants tout comme les sauts d'humeur imprévisibles, en alternance avec des phases de comportements normaux et bienveillants entraînent chez les enfants exposés à ce type de comportements un sentiment menaçant de confusion, d'imprévisibilité et d'impuissance [398-400]. Un TPB floride chez un des parents s'accompagne en règle générale d'effets négatifs sur l'interaction parents-enfant et sur le développement de ce dernier à long terme. Cela peut mener à une transmission de la vulnérabilité qui est associée à une probabilité accrue de développer des maladies psychiques [399, 400]. De tels effets ont entretemps été décrits de manière exhaustive par les personnes affectées (voir par exemple, Buck-Horstkotte et al., 2015 und Reich, 2014) [401, 402]. Le schéma interactionnel décrit, qui comprend aussi l'identification projective, ne peut pas être surmonté par les enfants eux-mêmes. Dans ces cas-là, la protection des enfants par un parent sain s'avère décisive pour leur développement. Lors de constellations parentales dysfonctionnelles ou d'un parent avec un TPB élevant seul son enfant, le réseau d'aide a le devoir de se focaliser non seulement sur le traitement du patient lui-même mais aussi de garantir un soutien à l'enfant [403]. Les nouveaux types d'approche des interventions précoces considèrent le traitement conjoint avec l'enfant comme essentiel. Celui-ci doit être focalisé sur la psychoéducation, les interactions sociales et la création du lien, le thérapeute jouant alors un rôle de coach [398, 404]. Il existe d'autres interventions appropriées telles que l'activation du système familial élargi, le placement dans une institution mère-enfant (avant tout pour les mères très jeunes), une prise en charge ambulatoire très intensive avec un traitement comme la MST-CAN (Multisystemische Behandlung bei Child Abuse and Neglect)²¹ ou un placement temporaire de l'enfant dans une famille d'accueil. Pour l'autorité de protection des mineurs et des adultes (APMA), en raison de la symptomatologie fluctuante des parents borderline, il est plus difficile que pour d'autres troubles psychiatriques de reconnaître suffisamment tôt la mise en danger des enfants et d'agir. Ici aussi la responsabilité du réseau d'aide psychiatrique-psychothérapeutique est soulignée pour expliquer aux professionnels juridiques ou pédagogiques la maladie et ses conséquences sur l'interaction parents-enfants. Le psychothérapeute du patient doit thématiser la possible mise en danger de l'enfant. Cela requiert toutefois une relation thérapeutique stable et une gestion prudente à l'intérieur d'une approche procédurale. Ici aussi, il peut être utile d'impliquer d'autres personnes et institutions.

9.4. Particularités chez les patients âgés

Bien que ces dernières années le nombre d'études concernant le diagnostic et le traitement des troubles de la personnalité chez les enfants et les adolescents ait augmenté, les troubles de la personnalité chez les adultes d'âge avancé restent toutefois peu étudiés. Bien qu'il soit admis que la personnalité - et donc également les troubles de la personnalité - est soumise à des changements tout au long de la vie, les critères diagnostiques n'ont jusqu'à présent pas été adaptés à l'âge [405]. Dans le même temps, à un âge avancé, il y existe moins d'éléments déclencheurs dans l'environnement familial et professionnel. La diminution de la prévalence avec l'âge [406] pourrait être un artefact [26]. De manière générale, il est rapporté une certaine stabilisation des patients borderline après l'âge de 40 ans et 45 ans [26, 407]. Ceci est valable en particulier pour la symptomatologie « aiguë » comme la suicidalité et les SVV alors que les facteurs comme la colère chronique et les difficultés interpersonnelles semblent être plutôt stables à long terme [34]. Le nombre de suicides augmente toutefois avec l'évolution de la maladie [408]. Une étude actuelle a pu à nouveau confirmer que la symptomatologie aiguë tout comme les traitements aigus diminuent avec l'âge, alors que les déficiences psychosociales sont particulièrement sévères [409].

Il n'est pas rare que les patients de la psychiatrie de la personne âgée - traités pour des troubles affectifs, des troubles de la somatisation ou de dépendances - rapportent avoir présenté une

²¹ Par exemple, <http://www.upkbs.ch/patienten/ambulantes-angebot/kinder-und-jugend/mst/mstcan/Seiten/default.aspx>

symptomatologie typique du TPB lorsqu'ils étaient jeunes adultes après que cela leur ait été demandé de manière ciblée. Après une stabilisation psychosociale temporaire, bien qu'elle ne soit pas complète, les conflits et les difficultés après l'âge de 60 ans (départ des enfants, problèmes familiaux, séparation ou décès du partenaire, limitations physiques, etc.) peuvent entraîner une nouvelle manifestation du TPB avec un tableau clinique modifié. Le TPB peut aussi causer des problèmes considérables dans la psychothérapie de la personne âgée (voir par exemple, Martius et Ibach, 2011 et Abrams, 2000) [410, 411]. Ceux-ci ressemblent à ceux des jeunes patients malgré une symptomatologie différente. Les spécificités générales de la psychothérapie de la personne âgée ont été décrites ailleurs [412, 413]. L'importance d'une grande différence d'âge pour la relation thérapeutique doit également être prise en considération de même que les problèmes physiques, les maladies somatiques concomitantes sévères, les limites cognitives et la perspective fondamentalement différente de ces personnes qui ont toute une vie derrière elles.

9.5. Recommandations pour la pratique

- La parasuicidalité et la suicidalité sont des phénomènes potentiellement létaux. La prise en charge thérapeutique suit une hiérarchisation dynamique dans une interaction thérapeutique structurante : de la validation et l'exploration au développement d'une compréhension dynamique-fonctionnelle situative et ensuite seulement une évaluation du danger actuel avec un accord comprenant des solutions concrètes.
- Lors de la prise en charge thérapeutique, les comportements automutilants et auto-destructeurs doivent être compris comme l'expression d'une détresse intrapsychique qui n'est momentanément pas gérable ou communicable autrement par le patient. Les interventions psychothérapeutiques concrètes sont expliquées dans les manuels de tous les procédés spécifiques au trouble.
- Les dissociations sont l'expression d'une régulation émotionnelle insuffisante associée au stress. En fonction de la situation, les phénomènes dissociatifs sévères doivent être interrompus par de forts stimuli de l'environnement, suite à quoi une offre interactionnelle communicante et rassurante est proposée.
- Les proches importants doivent être activement intégrés dans le traitement. La psychoéducation et le soulagement émotionnel peuvent avoir lieu lors d'une unique rencontre ou lors d'entretiens réguliers. Il faut inciter les proches concernés à avoir recours à des groupes d'entraide spécifiques ou à des offres de conseil.
- La pathologie aiguë du TPB est fréquemment associée à des soins parentaux insuffisants à l'encontre des enfants. Si aucune personne de référence ne peut compenser ce manque, alors il convient au thérapeute de thématiser les soins apportés aux enfants et l'implication d'un tiers. Le traitement conjoint du patient et de l'enfant est recommandé.
- Chez les personnes âgées, le diagnostic d'un TPB peut être rendu plus compliqué par le tableau clinique potentiellement modifié. Lorsque la symptomatologie aiguë classique du TPB est absente, il ne faut pas pour autant renoncer à poser un diagnostic. Le manque de recommandations spécifiques empiriquement validées rend nécessaire l'étayement des traitements spécifiques au trouble par des recommandations générales pour la psychothérapie gériatrique.

10. Conclusions

Les interventions psychothérapeutiques propres au trouble sont les traitements de choix pour le TPB, les interventions pharmacologiques sont secondaires.

Malgré l'efficacité prouvée de plusieurs méthodes psychothérapeutiques, elles sont aussi associées à des difficultés particulières et des effets indésirables. Chaque thérapeute évolue au sein de ces tensions. Les offres de traitement doivent dès lors être conçues de manière spécifique au trouble et basées sur les preuves. La connaissance et la mise en pratique des résultats les plus importants de la recherche sont centrales pour mener une thérapie adéquate. Malgré cela, ces résultats ne peuvent pas toujours répondre à certains questionnements cliniques spécifiques. D'une part, pour certains aspects, il n'existe pas d'études scientifiques ou alors ces dernières sont insuffisantes. D'autre part,

les méthodes basées sur les preuves ne sont pas toujours disponibles ou alors le patient ne souhaite pas bénéficier de l'offre existante. De plus, les résultats des grandes études ne sont pas transposables sans restriction à chaque situation individuelle. Les principes de base spécifiques au trouble et les recommandations peuvent alors favoriser de bonnes pratiques cliniques.

C'est aussi dans ce sens qu'il faut comprendre les présentes recommandations. Elles doivent fournir aux cliniciens un aperçu des procédés étayés scientifiquement pour le traitement des patients borderline. De plus, elles offrent la possibilité de s'orienter sur des principes élaborés par un consensus d'experts (qui sont disponibles et applicables aux soins suisses) pour les questions pertinentes lorsque les études n'offrent pas une base suffisante. Dans les prochaines années, le transfert des connaissances scientifiques au traitement concret deviendra encore plus central pour les patients. Cela vaut aussi pour le fondement scientifique des méthodes de traitement. Avec la possibilité d'établir un diagnostic dimensionnel et individualisé dans le DSM-5 et la CIM-11, les fondations ont été posées pour permettre de prendre davantage en compte la diversité des patients au sein du spectre diagnostique du TPB dans le cadre du traitement.

Nous espérons avoir contribué au transfert de la science et de l'expertise dans la pratique quotidienne, afin que l'offre de traitement pour les patients borderline en Suisse puisse être continuellement optimisée.

Remerciements

Nous remercions la SSPP, notamment Anouk Gehret et Daniel Bielinski, pour le mandat de réalisation de ces recommandations de traitement car il nous semble que le TPB n'est toujours pas suffisamment pris en considération dans la politique des soins. Nous adressons tout particulièrement nos remerciements à Mme Prof. Sabine Herpertz, Heidelberg pour la révision critique et le commentaire du manuscrit, de même que Michael Kaess, Bern, Eva Fassbinder, Lübeck et Lukas Nissen, Bâle (chapitre sur la thérapie des schémas). Nous remercions également Pauline Zufferey et Mélanie Aubert pour le soutien apporté à la traduction et Silvia Bischoff et Hannah Lindenmeyer pour le travail rédactionnel. De plus, nous souhaitons particulièrement adresser notre gratitude aux scientifiques qui, avec leurs recherches sur le TPB et son traitement, ont rendu possible de concevoir le trouble comme traitable et nous ont permis de formuler des principes thérapeutiques utiles. Enfin, nos remerciements vont vers tous les patients que nous nous sommes toujours efforcés de traiter au mieux lors de notre parcours professionnel, mais malgré tout peut-être pas toujours « suffisamment bien ». Les expériences personnelles et les constatations basées sur ces traitements avec ou par les patients ont aussi été largement prises en compte dans nos recommandations.

Conflits d'intérêts potentiels

Les auteurs déclarent avoir ou avoir eu les intérêts commerciaux, personnels et matériels suivants avec les industries ou les institutions privées à but lucratif (cliniques privées, éditions, instituts psychothérapeutiques, etc.), qui sont pertinents par rapport aux thèmes abordés.

S.E. déclare comme potentiel conflit d'intérêt la mise en œuvre de formation continue en MBT et de la supervision tout comme des publications sur la MBT aux éditions Kohlhammer, Schattauer et Klett-Cotta.

K.E. déclare comme potentiel conflit d'intérêt la mise en œuvre de formation continue en DBT ainsi que de la supervision.

F.L. déclare comme potentiel conflit d'intérêt l'organisation et la mise en œuvre de formation continue en DBT pour l'AWP Zürich tout comme la publication d'un recueil d'études de cas sur la DBT aux éditions Beltz.

D.S. déclare comme potentiel conflit d'intérêt la mise en œuvre de formation continue en TFP ainsi que de la supervision.

G.D. déclare comme potentiel conflit d'intérêt la mise en œuvre de formation continue en TFP ainsi que de la supervision tout comme diverses publications sur la TFP.

K.S. déclare comme potentiel conflit d'intérêt la direction d'une étude scientifique sur l'efficacité de l'AIT et la mise en œuvre de formation continue en AIT. Il déclare aussi être le co-auteur d'un manuel de traitement sur l'AIT et de divers instruments de mesure pour la conceptualisation des pathologies de la personnalité chez les adolescents.

Annexe

I. Critères généraux pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10 et le DSM-5

• CIM-10 :

Il s'agit d'états non directement imputables à une lésion ou à une maladie cérébrale ou à un autre trouble psychiatrique, et qui répondent aux critères suivants.

1. Attitudes et comportements nettement dysharmonieux, dans plusieurs secteurs du fonctionnement, par exemple l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser, et le mode de relation à autrui.
2. Le mode de comportement anormal est durable, persistant et n'est pas limité à des épisodes de maladie mentale.
3. Le mode de comportement anormal est profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées.
4. Ces manifestations apparaissent toujours dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte.
5. Ce trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable mais qui peut être d'apparition tardive.
6. Le trouble est habituellement, mais pas toujours, associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

• DSM-5 :

1. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - la cognition (c'est-à-dire la manière de se percevoir et de percevoir les événements ainsi que de les interpréter)
 - l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 - le fonctionnement interpersonnel
 - le contrôle des impulsions
 - Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
2. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
3. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
4. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
5. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, substance avec un potentiel d'abus, médicaments) ou d'une affection médicale (par exemple, une lésion cérébrale)

II. Pharmacothérapie basée sur les preuves

Tableau 9 : Pharmacothérapie basée sur les preuves sur la base des RCTs existantes:

* l'étude montre un effet significatif; # l'étude ne montre pas d'effet significatif

Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline

Table 1		Symptômes généraux	Dimension impulsive		Dimension affective							
			Impulsivité	Suicidalité	Dysrégulation des émotions	Dépression	Anxiété	Colère	Hostilité agressive	Irritabilité	Tension aversive	Biais de détection des visages évoquant des émotions de colères
Antidépresseurs	Miansérine (30mg/j)	#	#	#		#						
	Tranlycypromine (40mg/j) (IMOA irr)	*	*	*		*	*	*				
	Phénelzine (IMAO irr) (<=90mg/j)	#	#*			##	#	*	*			
	Amtryptiline (100-175mg/j)	##	#			#*	##	#*	#			
	Desipramine (163mg/j)	#	#			#		#				
	Fluoxétine (20-60mg/j)	#	#*	#		##*	##	##*	#			
	Fluvoxamine (150-200mg/j)		#		*				#			
Neuroleptiques	Flupenthixol (20mg/4sem)		*	*								
	Thiothixène (5-40mg/j)	#				#		#	#			
	Trifluoperazine (7.8mg/j)	#	#	*		#	*	#				
	Haloperidol (4-16mg/j)	#*	##			###*	##*	##*	#*	*		
	Olanzapine (2.5-20mg/j)	####	###	*#####	###	*###	**##	**#	#####	***#		
	Aripipazole (15mg/j)	**				**	**	**	**			
	Quetiapine (150-300mg/j)	*	#		*	#			*			
Ziprasidone (40-200mg/j)	#	#	#	#	#	#	#	#				
Stabilisateurs de l'humeur	Carbamaépine (600-1200mg/j)	*#	*#	*		*#	*#	*#				
	valproate (500-1500mg/j)	*	*##	#		###		*	**#	#		
	lamotrigine (25-275mg/j)	#	**		*			**				
	topiramate (250mg/j)	*				#	*	***	*			
	lithium (dose thérapeutique)	*	*			#		#				
Autres traitements	Omega 3 (ethyl-eicosapentaenoic acid)	*	#*	*		***	*		*#		*	
	Clonidine (0.450mg/j)	#			* (chez patients)	#						
	Oxytocine (intranasal spray)				*							***
	Buprénorphine (0.1mg-0.44mg/j)			*		*						
	Naltrexone (50-200mg/j)											
	fludrocortisone (0.4mg)											
	Hydrocortisone (10mg)		#									
	Physostigmine (14microg/kg)					*	*	*				
	Naloxone (0.4mg)											
Alprazolam (1-6mg/j)		#										

Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline

Table 1		Dimension cognitive et perceptive					Dimension anxiété-inhibition					Ref
		Empathie	Symptômes psychotiques	Troubles cognitifs	Mémoire	Dissociation	Difficultés interper.	Sentiment chron. de vide	Trouble identitaire	Peur de l'abandon	Anxiété sociale	
Antidépresseurs	Miansérine (30mg/j)											1
	Tranylcypromine (40mg/j) (MOA irr)									*		2
	Phenelzine (IMAO irr) (<=90mg/j)		#									3
	Amitriptyline (100-175mg/j)		##				#					4
	Desipramine (163mg/j)											5
	Fluoxétine (20-60mg/j)						#					6
	Fluvoxamine (150-200mg/j)											7
Neuroleptiques	Flupenthixol (20mg/4sem)											8
	Thiothixène (5-40mg/j)		*				#				*	9
	Trifluoperazine (7.8mg/j)									#		10
	Haloperidol (4-16mg/j)		##**				*					11
	Olanzapine (2.5-20mg/j)		***#				***#	###	###	###		12
	Aripiprazole (15mg/j)		**								**	13
	Quétiapine (150-300mg/j)			*			*					14
Stabilisateurs de l'humeur	Ziprasidone (40-200mg/j)		#				#	#	#	#		15
	Carbamaépine (600-1200mg/j)		#				#			*		16
	valproate (500-1500mg/j)						*					17
	lamotrigine (25-275mg/j)											18
	topiramate (250mg/j)		#				*				*	19
Autres traitements	lithium (dose thérapeutique)											20
	Omega 3 (ethyl-eicosapentaenoic acid)		*									21
	Clonidine (0.450mg/j)											22
	Oxytocine (intranasal spray)						#					23
	Buprénorphine (0.1mg-0.44mg/j)											24
	Naltrexone (50-200mg/j)						#					25
	fludrocortisone (0.4mg)	#			##							26
	Hydrocortisone (10mg)				*							27
	Physostigmine (14microg/kg)											28
	Naloxone (0.4mg)						#					29
Alprazolam (1-6mg/j)											30	

Ref: 1 (Montgomery & Montgomery, 1982; Montgomery, Roy, & Montgomery, 1983), 2 (Cowdry & Gardner, 1988), 3 (Cornelius, Soloff, Perel, & Ulrich, 1993; Soloff et al., 1993), 4 (Soloff et al., 1986; Soloff et al., 1989), 5 (Links, Steiner, Boiago, & Irwin, 1990), 6 (Coccaro & Kavoussi, 1997; Salzman et al., 1995; Simpson et al., 2004), 7 (Rinne, van den Brink, Wouters, & van Dyck, 2002), 8 (Montgomery & Montgomery, 1982), 9 (Goldberg et al., 1986), 10 (Cowdry & Gardner, 1988), 11 (Cornelius et al., 1993; Soloff et al., 1993; Soloff et al., 1986; Soloff et al., 1989), 12 (Bogenschutz & George Nurnberg, 2004; Linehan, McDavid, Brown, Sayrs, & Gallop, 2008; Schulz et al., 2008; Soler et al., 2005; Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2007; Zanarini et al., 2011; Zanarini et al., 2006), 13 (Nickel, Loew, & Pedrosa Gil, 2007; Nickel et al., 2006), 14 (Black et al., 2014), 15 (Pascual et al., 2008), 16 (Cowdry & Gardner, 1988; de la Fuente & Lotstra, 1994), 17 (Frankenburg & Zanarini, 2002; Hollander et al., 2001; Hollander, Swann, Coccaro, Jiang, & Smith, 2005; Hollander et al., 2003), 18 (Leiberich, Nickel, Tritt, & Pedrosa Gil, 2008; Reich, Zanarini, & Bieri, 2009; Tritt et al., 2005), 19 (Loew et al., 2006; Nickel & Loew, 2008; Nickel et al., 2005; Nickel et al., 2004), 20 (Links et al., 1990), 21 (Amminger et al., 2013; Hallahan, Hibbeln, Davis, & Garland, 2007; Zanarini & Frankenburg, 2003), 22 (Ziegenhorn et al., 2009), 23 (Bertsch et al., 2013; Brune et al., 2013; Brune, Kolb, Ebert, Roser, & Edel, 2015; Ebert et al., 2013; Simeon et al., 2011), 24 (Yovell et al., 2016), 25 (Schmahl et al., 2012), 26 (Fleischer et al., 2015; Wingenfeld et al., 2014; Wingenfeld et al., 2015), 27 (Carvalho Fernando et al., 2013; Wingenfeld et al., 2013), 28 (Steinberg et al., 1997), 29 (Philipsen, Schmahl, & Lieb, 2004), 30 (Gardner & Cowdry, 1985. **Ref:** 1 [414, 415], 2 [416], 3 [417, 418], 4 [419, 420], 5 [421], 6 [283, 422, 423], 7 [424], 8 [414], 9 [425], 10 [416], 11 [417-420], 12 [284, 285, 426-431], 13 [432, 433], 14 [434], 15 [435], 16 [416, 436] 17 [437-440], 18 [441-443], 19 [444-447], 20 [421], 21 [448-450], 22 [451], 23 [452-456], 24 [457], 25 [458], 26 [459-461], 27 [462, 463], 28 [464], 29 [465], 30 [466]

Littérature

1 Gunderson JG, Weinberg I, Choi-Kain LW: Borderline personality disorder. Focus 2013;11(2):129-145.

- 2 Kernberg OF, Michels R: Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(5):505-508.
- 3 Gunderson JG: The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2016;173(5):452-458.
- 4 Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Brit J Psychiatry* 2006;188(5):423-431.
- 5 Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ: Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010;24(4):412-426.
- 6 Volkert J, Gablonski TC, Rabung S: A systematic review and meta-analysis on the prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: 15th International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD). Heidelberg, Germany, 2017, Free Communication Symposium Treatment III,
- 7 Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):533-545.
- 8 Gunderson JG: Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(11):1637-1640.
- 9 Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F: Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377(9759):74-84.
- 10 Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC, Yen S, Stout RL, Skodol AE: New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow- ups: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Addiction* 2009;104(1):97-103.
- 11 Euler S, Sollberger D, Bader K, Lang UE, Walter M: Persönlichkeitsstörungen und Sucht: Systematische Literaturübersicht zu Epidemiologie, Verlauf und Behandlung. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie* 2015;83(10):544-554.
- 12 Biskin RS, Paris J: Diagnosing borderline personality disorder. *Can Med Assoc J* 2012;184(16):1789-1794.
- 13 Chanen AM, Sharp C, Hoffman P: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017;16(2):215-216.
- 14 Sisti D, Segal AG, Siegel AM, Johnson R, Gunderson J: Diagnosing, disclosing, and documenting borderline personality disorder: a survey of psychiatrists' practices. *J Pers Disord* 2016;30(6):848-856.
- 15 WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
- 16 APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2013.
- 17 Clarkin JF, De Panfilis C: Developing conceptualization of borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013;201(2):88-93.
- 18 Ellison WD, Rosenstein L, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M: The clinical significance of single features of borderline personality disorder: anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *J Pers Disord* 2016;30(2):261-270.
- 19 Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M, Chanen A, Goodman M, Mehlum L, Moran P, Newton-Howes G, Scott L, Sharp C: The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *J Pers Disord* 2017;31(5):577-589.
- 20 Mulder RT, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR: Validating the proposed ICD-11 domains. *Personal Mental Health* 2016;10(2):84-95.
- 21 Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M: A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29(2):263-279.
- 22 Walter M, Euler S, Sollberger D: Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Stuttgart, Kohlhammer, 2016.
- 23 Sharp C, Fonagy P: Practitioner Review: borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(12):1266-1288.
- 24 Gunderson JG: Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 2009;166(5):530-539.
- 25 Bateman A: Treating borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry* 2012;169(6):560-563.

- 26 Chanen AM, Kaess M: Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiat Rep* 2012;14(1):45-53.
- 27 Herpertz SC: Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2011;82(1):9-15.
- 28 Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P: Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;40:6-19.
- 29 Biskin RS: The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60(7):303-308.
- 30 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):663-667.
- 31 Frankenburg FR, Zanarini MC: The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry* 2004;65(12):1660-1665.
- 32 Hopwood CJ, Zanarini MC: Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(4):585-589.
- 33 Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB: A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2010;24(3):365-376.
- 34 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM: Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry* 2016;173(7):688-694.
- 35 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: Psychotherapie für Borderline Persönlichkeitsstörung - Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart, Schattauer, 2008.
- 36 Kernberg OF: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt, Suhrkamp, 1978.
- 37 Linehan MM: Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- 38 Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford, Oxford University Press 2004.
- 39 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schema therapy: a practitioner's guide. New York, Guilford Press, 2003.
- 40 Bohus M, Doering S, Schmitz B, Herpertz SC: Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59(3/4):149-157.
- 41 Bateman A, Gunderson J, Mulder R: Treatment of personality disorder. *Lancet* 2015;385(9969):735-743.
- 42 Sollberger D, Walter M: Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2010;78(12):698-708.
- 43 Forster C, Berthollier N, Rawlinson D: A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother*, 10.4172/2161-0487.1000133.
- 44 Clarkin JF, Levy KN: Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006;62(4):405-410.
- 45 McMains SF, Boritz TZ, Leybman MJ: Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychother Integr* 2015;25(1):20-29.
- 46 Kramer U: Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychother Res*, 2017 Sep 25 DOI: 10.1080/10503307.2017.1377358.
- 47 Links PS, Shah R, Eynan R: Psychotherapy for borderline personality disorder: progress and remaining challenges. *Curr Psychiat Rep* 2017;19(3):1-16.
- 48 NICE: Borderline personality disorder: the nice guideline on treatment and management. London, The British Psychological Society, 2009.
- 49 AWMF: S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg, Steinkopff, 2013.
- 50 Bohus M, Kroger C: Psychopathologie und psychotherapie der borderline-persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2011;82(1):16-24.
- 51 Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC, Lieb K, Berger M, Roepke S, Heinz A, Gallinat J, Lyssenko L: Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 2016;87(7):739-745.
- 52 Chanen AM: Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *J Clin Psychol* 2015;71(8):778-791.

- 53 Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbu C, Cuijpers P: Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74(4):319-328.
- 54 Paris J: Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27(4):297-301.
- 55 Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT: What works in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2017;4(1):21-30.
- 56 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS: User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-II. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1997.
- 57 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen H: SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe 1997
- 58 Loranger AW, Janca A, Sartorius N: Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- 59 Mombour W, Zaudig M, Berger P, Gutierrez K, Berner W, Berger K, Cranach Mv, Giglhuber O, Bose Mv: International Personality Disorder Examination (IPDE). Göttingen, Hogrefe, 1996.
- 60 Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B: The international personality disorder examination: the world health organization/alcohol, drug abuse, and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(3):215-224.
- 61 Bronisch T, Hiller W, Mombour W, Zaudig M: IDCL-P: Internationale Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV, Manual. Bern, Huber, 1995.
- 62 Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch WMC, de Bie AJHT: Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Pers Disord* 2003;17(1):45-59.
- 63 Kröger C, Vonau M, Kliem S, Roepke S, Kosfelder J, Arntz A: Psychometric properties of the german version of the borderline personality disorder severity index-version IV. *Psychopathol* 2013;46(6):396-403.
- 64 Zanarini MC: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord* 2003;17(3):233-242.
- 65 Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schatz DS, Schotte C, DeDoncker D, Schüßler G: Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53(2):111-128.
- 66 Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J: A screening measure for BPD: the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord* 2003;17(6):568-573.
- 67 Henze R, Barth J, Parzer P, Bertsch K, Schmitt R, Lenzen C, Herpertz SC, Resch F, Brunner R, Kaess M: Validierung eines Screening-Instruments zur Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter – Gütekriterien und Zusammenhang mit dem Selbstwert der Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013;81(6):324-330.
- 68 Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C: The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord* 2006;20(3):247-260.
- 69 Zimmermann J, Benecke C, Bender DS, Skodol AE, Krueger RF, Leising D: Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-5. *Psychotherapeut* 2013;58(5):455-465.
- 70 Herpertz SC: Was bringt das DSM-V Neues zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen? *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2015; 59:261-266.
- 71 Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE: Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012;42(9):1879-1890.
- 72 Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pretsch J, Alexopoulos J, Spitzer C, Benecke C, Krueger RF, Markon KE: The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord* 2014;28(4):518-540.
- 73 Morey LC: Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 level of personality functioning scale. *Psychol Assess* 2017;29(10):1302-1308.
- 74 Hutsebaut J, Kamphuis JH, Feenstra DJ, Weekers LC, De Saeger H: Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Pers Disord Theor Res Treat* 2017;8(1):94-101.
- 75 Skodol AE: Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Curr Opin Psychol* 2017;21:33-38.
- 76 Miller JD, Sleep C, Lynam DR: DSM-5 alternative model of personality disorder: testing the trait perspective captured in Criterion B. *Curr Opin Psychol* 2017;21:50-54.

- 77 Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E: ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Aust N Z J Psychiatry*, 2017 August 23 DOI: 10.1177/0004867417727867.
- 78 Groves JA, Engel RR: The German adaptation and standardization of the Personality Assessment Inventory (PAI). *J Pers Assess* 2007;88(1):49-56.
- 79 Morey LC: Personality assessment inventory (PAI): professional manual. Odessa, Psychological Assessment Resources, 2007.
- 80 Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M: The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathol* 2009;42(1):32-39.
- 81 Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kühler T, Stieglitz RD: Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathol* 2007;40(2):126-132.
- 82 Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE: Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):159-172.
- 83 Gratz KL, Roemer L: Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav* 2004;26(1):41-54.
- 84 Dan-Glauser ES, Scherer KR: The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss J Psychol* 2013;72(1):5-11.
- 85 Schwenkmezger P, Hodapp V: A questionnaire for assessing anger and expression of anger. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1991;39(1):63-68.
- 86 Hartmann AS, Rief W, Hilbert A: Psychometric properties of the German Version of the Barratt Impulsiveness Scale, version 11 (Bis-11) for adolescents. *Percept Mot Skills* 2011;112(2):353-368.
- 87 Kröger C, Kosfelder J: Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung: IES-27; Manual. Göttingen, Hogrefe, 2011.
- 88 Spitzer C, Freyberger H, Brähler E, Beutel ME, Stieglitz R: Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *PPmP* 2015;65(03/04):134-139.
- 89 Mueller A, Claes L, Smits D, Brahler E, de Zwaan M: Prevalence and Correlates of Self-Harm in the German General Population. *PloS one* 2016;11(6):1-17.
- 90 Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E: Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *J Pers Disord* 2001;15(5):450-456.
- 91 Hentschel AG, Livesley J: Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personal Ment Health* 2013;7(2):133-142.
- 92 Zimmermann J, Benecke C, Horz-Sagstetter S, Dammann G: Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Z Psychosom Med Psychother* 2015;61(1):5-18.
- 93 Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M: The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PloS one* 2015;10(12):1-14.
- 94 Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B: Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one* 2016;11(7):1-28
- 95 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version (Testmappe): 2. überarbeitete und neunormierte Auflage. Weinheim, Beltz, 2000.
- 96 Ehrenthal JC, Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H: Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP* 2012;62(01):25-32.
- 97 Staun L: Mentalisieren bei Depressionen, ed 1. Stuttgart, Klett-Cotta, 2017.
- 98 Levy KN, Edell WS, McGlashan TH: Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiat Quart* 2007;78(2):129-143.
- 99 Silk KR: The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord* 2010;24(1):25-37.
- 100 Beatson JA, Rao S: Depression and borderline personality disorder. *Med J Aust* 2012;197(11):620-621.
- 101 Bayes AJ, McClure G, Fletcher K, Roman Ruiz Del Moral YE, Hadzi-Pavlovic D, Stevenson JL, Manicavasagar VL, Parker GB: Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133(3):187-195.
- 102 Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, Ganança L, Solmi M, Veronese N, Stubbs B: The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;195:105-118.

- 103 Frías A, Baltasar I, Birmaher B: Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016;202:210-219.
- 104 Bayes AJ, Parker GB, Fletcher K: Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(1):14-20.
- 105 Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B: Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Nervenarzt* 2013;84(5):608-614.
- 106 Zanarini MC: Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(1):89-101.
- 107 Dulz B, Herpertz SC, Sachse R, Kernberg OF: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011.
- 108 McFetridge MA, Milner R, Gavin V, Levita L: Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open* 2015;1(1):18-20.
- 109 Sack M: Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 2004;75(5):451-459.
- 110 Frías A, Palma C: Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathol* 2015;48(1):1-10.
- 111 Fiedler P, Herpertz SC: *Persönlichkeitsstörungen*, ed 7. Weinheim, Basel, Beltz, 2016.
- 112 Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ: The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003;160(11):2018-2024.
- 113 Ford JD, Courtois CA: Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(9):1-17.
- 114 Fonagy P, Luyten P, Allison E: Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord* 2015;29(5):575-609.
- 115 Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1101-1106.
- 116 Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I: Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(1):113-119.
- 117 Dammann G, Benecke C: Psychotische Symptome bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2002;6(4):261ff.
- 118 Dammann G, Walter M: Zur Differenzialdiagnose psychotischer Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Borderlinestörungen. *Psychiatr Praxis* 2003;30(6):304-311.
- 119 Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu-Biringier R, Spitzer C, Lang S: Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Curr Psychiat Rep* 2010;12(3):186-195.
- 120 Matthies SD, Philipsen A: Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—review of recent findings. *Curr Psychiat Rep* 2016;18(4):1-33.
- 121 Matthies SD, Philipsen A: Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(3):1-13.
- 122 Prada P, Hasler R, Baud P, Bednarz G, Ardu S, Krejci I, Nicastro R, Aubry JM, Perroud N: Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Res* 2014;217(1-2):107-114.
- 123 Cavelti M, Corbisiero S, Bitto H, Moerstedt B, Newark P, Faschina S, Chanen A, Moggi F, Stieglitz RD: A comparison of self-reported emotional regulation skills in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *J Atten Disord*, 2017 April 2 DOI: 10.1177/1087054717698814.
- 124 Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E: Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2014;171(3):276-293.
- 125 Philipsen A: Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psy Clin N* 2006;256:42-46.
- 126 Asherson P, Young AH, Eich-Höchli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W: Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin* 2014;30(8):1657-1672.
- 127 Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K: Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 2006;18(3):145-148.

- 128 Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz RD: HASE - Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen, Hogrefe, 2007.
- 129 Weibel S, Nicastro R, Prada P, Cole P, Rüfenacht E, Pham E, Dayer A, Perroud N: Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *J Affect Disord* 2017;226:85-91.
- 130 Gunderson JG, Links PS: Handbook of good psychiatric management (GPM) for borderline patients. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 2014.
- 131 Links PS, Ross J, Gunderson JG: Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2015;71(8):753-763.
- 132 Livesley WJ: Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26(1):17-42.
- 133 Bateman A, Krawitz R: Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford, Oxford University Press, 2016.
- 134 Livesley WJ: Integrated modular treatment for borderline personality disorder: a practical guide to combining effective treatment methods. Cambridge, Cambridge University Press, 2017.
- 135 Linehan MM, Davison GC, Lynch TR, Sanderson C: Technique factors in treating personality disorder; in Castonguay LG, Beutler LE (eds): Principles of therapeutic change that work Oxford, Oxford University Press, 2006, pp 239–252.
- 136 Kramer U, Flückiger C, Kolly S, Caspar F, Marquet P, Despland JN, De Roten Y: Unpacking the effects of therapist responsiveness in borderline personality disorder: motive-oriented therapeutic relationship, patient in-session experience, and the therapeutic alliance. *Psychother Psychosom* 2014;83(6):386-387.
- 137 Caspar F: Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse, ed 3. Bern, Huber, 2007.
- 138 Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG: Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harv Rev Psychiatry* 2016;24(5):342-356.
- 139 Bateman A, Fonagy P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1355-1364.
- 140 McMains SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS: Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012;169(6):650-661.
- 141 McMains SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL: A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1365-1374.
- 142 Bateman A, Fonagy P: 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165(5):631-638.
- 143 Herpertz SC, Rudolf G, Lieb K: Borderline-Persönlichkeitsstörungen; in Herpertz S, Caspar F, Lieb K (eds): Psychotherapie – Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München, Elsevier, 2017, pp 395-412.
- 144 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB: The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):929-935.
- 145 Rentrop M, Reicherzer M, Bäuml J: Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München, Urban & Fischer, 2007.
- 146 Taubner S, Bateman A, Fonagy P: Mentalisierungs-Basierte Therapie. Göttingen, Hogrefe, in Press.
- 147 Bohus M, Bathruff H: Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *PiD* 2000;1(04):55-66.
- 148 Fonagy P, Luyten P, Bateman A: Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here? *JAMA Psychiatry* 2017;74(4):316-317.
- 149 Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, Berger T, De Roten Y, Marquet P, Despland JN: Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83(3):176-186.
- 150 Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):649-658.

- 151 Leichsenring F, Rabung S: Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 2011;199(1):15-22.
- 152 Davidson KM, Tran CF: Impact of treatment intensity on suicidal behavior and depression in borderline personality disorder: a critical review. *J Pers Disord* 2014;28(2):181-197.
- 153 Linehan MM, Wilks CR: The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother* 2015;69(2):97-110.
- 154 Karterud S: *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford, Oxford University Press, 2015.
- 155 Farrell JM, Shaw IA: *Schematherapie in Gruppen-Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Beltz, 2013.
- 156 Euler S: Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie; in Taubner S, Bateman A, Fonagy P (eds): *Mentalisierungs-Basierte Therapie*. Göttingen, Hogrefe, in press
- 157 Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S: Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012;32(5):400-412.
- 158 Rusch N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, Lieb K, Bohus M: Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39(4):497-503.
- 159 Euler S: Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als integratives Behandlungskonzept für die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiat Neurol* 2014;3:6-11.
- 160 Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M: Exploring the effectiveness of combined mentalization- based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder: a pilot study. *Brit J Clin Psychol* 2017;56(1):1-15.
- 161 Zell Roth P, Benecke C, Walter M: Psychotherapeutische Tagesklinik. Konflikt- und Strukturorientierte Behandlung nach Operationalisierter Psychodynamischer Therapie (OPT). *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2017;21(2):97-108.
- 162 Agarwalla PA, Küchenhoff J, Sollberger D, Gremaud-Heitz DJ, Riemenschneider A, Walter M, Dammann G: Ist die stationäre störungsspezifische Behandlung von Borderline-Patienten einer herkömmlichen psychiatrischen/ psychotherapeutischen stationären Behandlung überlegen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr Psychol* 2013;164(6):194-205.
- 163 Dammann G, Riemenschneider A, Walter M, Sollberger D, Küchenhoff J, Gündel H, Clarkin JF, Gremaud-Heitz DJ: Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. *Psychopathol* 2016;49(3):172-180.
- 164 Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004;42(5):487-499.
- 165 Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW: Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiat Serv* 2012;63(9):881-888.
- 166 Sollberger D, Gremaud- Heitz D, Riemenschneider A, Agarwalla P, Benecke C, Schwald O, Küchenhoff J, Walter M, Dammann G: Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother* 2015;22(6):559-569.
- 167 Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1563-1569.
- 168 Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJ, Verheul R, Andrea H: Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord* 2012;26(4):568-582.
- 169 Reiss N, Lieb K, Arntz A, Shaw IA, Farrell J: Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2014;42(3):355-367.
- 170 Bolm T, Herzog T: *Mentalisierungsbasierte Behandlung schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgen in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Fachpsychotherapie, Christophsbad Göppingen*; in Dulz B, Martius P, Fabian E (eds): *Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen in Deutschland*. Stuttgart, Schattauer, 2009, pp 91-98.
- 171 Euler S, Walter M: *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)*. Stuttgart, Kohlhammer, 2018.
- 172 Dammann G, Dulz B, Lohmer M, Kernberg OF: *Borderline-Störung. Stationäre psychodynamische Therapie - TFP-Manual*. Göttingen, Hofrege, 2017.

- 173 Farrell JM, Reiss N, Shaw IA: The schema therapy clinician's guide - a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Sussex, Wiley, 2014.
- 174 Knaak S, Szeto ACH, Fitch K, Modgill G, Patten S: Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2015;2(9):1-8.
- 175 Sadeh N, Londahl-Shaller EA, Piatigorsky A, Fordwood S, Stuart BK, McNeil DE, Klonsky ED, Ozer EM, Yaeger AM: Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res* 2014;216(2):217-222.
- 176 Steinert T, Steib ML, Uhlmann C, Tschöke S: Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Hogrefe, 2014.
- 177 Arnsten AF: The biology of being frazzled. *Science* 1998;280(5370):1711-1712.
- 178 Caspar F, Kächele H: Fehlentwicklungen in der Psychotherapie; in Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (eds): *Störungssorientierte Psychotherapie*. München, Elsevier, 2008, pp 729-743.
- 179 Kraus DR, Castonguay LG, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA: Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res* 2011;21(3):267-276.
- 180 Strauß B, Linden M, Haupt ML, Kaczmarek S: Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. *Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 2012;57(5):385-394.
- 181 Gunderson JG: *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2009.
- 182 Reisch T, Thommen M, Endtner K, Tschacher W: Psychotherapieverläufe von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. *Forschungsberichte der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern* 2009;retrieved from http://www.upd.unibe.ch/research/researchpapers/FB09_03.pdf.
- 183 Lambert MJ, Shimokawa K: Collecting client feedback. *Psychother* 2011;48(1):72-79.
- 184 Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S: Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and meta- analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(5):327-338.
- 185 Linehan MM: *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien, 1996.
- 186 Portwich POW: Die Arzt-Patient-Beziehung im Fokus: Was Michael Balint uns heute noch zu sagen hat. *Schweiz Arch Neurol Psychiat* 2014;165(1):4-9.
- 187 Lana F, Fernández-San Martín M: To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(4):242-252.
- 188 Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;15(8):CD005652.
- 189 Linehan MM: *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
- 190 Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF: *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Lanham, Rowman and Littlefield Pub, 2002.
- 191 Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):389-395.
- 192 Perry JC, Banon E, Ianni F: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156(9):1312-1321.
- 193 Gunderson JG: Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord* 2010;24(6):694-708.
- 194 Atkey S, Habinski L, Barnhart R, Streiner D, Guimond T, McMains SF: Predictors of employment in individuals in treatment for borderline personality disorder: Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Toronto, 2017,
- 195 Pascual JC, Palomares N, Ibanez A, Portella MJ, Arza R, Reyes R, Feliu-Soler A, Diaz-Marsa M, Saiz-Ruiz J, Soler J, Carrasco JL: Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15(255):1-9.
- 196 Kazdin AE: Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
- 197 Kramer U: Mechanisms of change in treatments of personality disorders: Introduction to the special section. *J Pers Disord* in press
- 198 Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid JD, Comtois KA, Murray-Gregory AM: Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with

- borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72(5):475-482.
- 199 Scala JW, Ellison WD, Levy KN: The working alliance in the treatment of borderline personality disorder: a meta-analysis: the 45th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Copenhagen, 2014,
- 200 Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A: The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(1):104-115.
- 201 Levy KN, Beeney JE, Wasserman RH, Clarkin JF: Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychother Res* 2010;20(4):413-422.
- 202 Caspar F, Grosse Holtforth M: Responsiveness—eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2009;38(1):61-69.
- 203 Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M: Responsiveness in psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pr* 1998;5(4):439-458.
- 204 Muran JC, Safran JD, Samstag LW, Winston A: Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychother Theor Res Pract Train* 2005;42(4):532-545.
- 205 Boritz TZ, Barnhart R, Eubanks C, McMains SF: Alliance rupture and resolution in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *J Pers Disord* in press
- 206 Sledge W, Plakun EM, Bauer S, Brodsky B, Caligor E, Clemens NA, Deen S, Kay J, Lazar S, Mellman LA, Myers M, Oldham J, Yeomans FE: Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1(16):1-8.
- 207 McMains SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL: A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135(2):138-148.
- 208 Gross JJ, Thompson RA: Emotion regulation: conceptual foundations; in Gross JJ (ed) *Handbook of Emotion Regulation*. London, Guilford Press, 2007, pp 3-24.
- 209 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-766.
- 210 Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM: Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006;62(4):459-480.
- 211 McMains SF, Links PS, Guimond T, Wnuk S, Eynan R, Bergmans Y, Warwar S: An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychother Res* 2013;23(6):658-673.
- 212 Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM: Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(9):832-839.
- 213 Kramer U, Keller S, Caspar F, de Roten Y, Despland JN, Kolly S: Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: a mediation analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85(5):530-535.
- 214 Berthoud L, Pascual-Leone A, Caspar F, Tissot H, Keller S, Rohde KB, de Roten Y, Despland JN, Kramer U: Leaving distress behind: a randomized controlled study on therapist responsiveness and client emotional processing in borderline personality disorder. *Psychiatry* 2016;80(2):139-154
- 215 Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L, Roten Y, Marquet P, Kolly S, Despland JN, Page D: Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour- informed skills training for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2016;23(3):189-202.
- 216 Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M: *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London, University College London, 1998.
- 217 Taubner S, Hörz S, Fischer-Kern M, Doering S, Buchheim A, Zimmermann J: Internal structure of the reflective functioning scale. *Psychol Assess* 2013;25(1):127-135.
- 218 Fonagy P, Bateman A: Mechanisms of change in mentalization- based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006;62(4):411-430.
- 219 Sharp C, Kalpakci A: Mentalization in borderline personality disorder: from bench to bedside. *Personal Disord* 2015;6(4):347-355.
- 220 Fonagy P, Luyten P, Bateman A: Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2015;6(4):380-392.

- 221 Chapman AL, Dixon-Gordon KL: Mentalization as a common process in treatments for borderline personality disorder: commentary on the special issue on mentalization in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2015;6(4):393-394.
- 222 Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(6):1027-1040.
- 223 Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, Schuster P, Buchheim P, Buchheim A: Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry*, 2015 May 21 DOI: 10.1192/bjp.bp.113.143842
- 224 De Meulemeester C, Vansteelandt K, Luyten P, Lowyck B: Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: a parallel process growth modeling approach. *Personal Disord*, 2017 Jun 01 DOI: 10.1037/per0000256.
- 225 Maillard P, Dimaggio G, de Roten Y, Berthoud L, Despland J-N, Kramer U: Metacognition as a predictor of change in the treatment for borderline personality disorder: a preliminary pilot study. *J Psychother Integr* 2017;27(4):445-459.
- 226 Dammann G, Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF: Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. Stuttgart, New York, Georg Thieme, 2001.
- 227 Bohus M: Borderline-Störung. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2002.
- 228 Koerner K: Praxisbuch DBT: Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Weinheim, Beltz, 2013.
- 229 Reicherzer M: Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)–Grundlagen und Dialektisch-Behaviorale Therapie: CIP-Medien. München, 2013, 18, pp 9-34.
- 230 Bohus M, Wolf-Arehult M: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten Das Therapeutenmanual. Stuttgart, Schattauer, 2013.
- 231 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-1064.
- 232 Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W: Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;182(2):135-140.
- 233 Bateman A, Fonagy P: Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford, Oxford University Press, 2016.
- 234 Euler S, Schultz-Venrath U: Theorie und Praxis der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date* 2014;8(6):393-407.
- 235 Bateman A, Fonagy P: Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2012.
- 236 Lieberman MD: Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;58:259-289.
- 237 Bateman A, Fonagy P: Individual techniques of the basic model; in Bateman A, Fonagy P (eds): Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, D.C., American Psychiatric Pub, 2012, pp 67-80.
- 238 Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M: Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127(4):305-317.
- 239 Bateman A, Fonagy P: Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2013;203(3):221-227.
- 240 Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P: A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016;16(304):1-11.
- 241 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord* 2001;15(6):487-495.
- 242 Clarkin JF, Kernberg OF: Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide. Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2015.
- 243 Kernberg OF: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta, 1988.
- 244 Kooiman CG, Kuipers GH, Huffstadt CH: Transference focused psychotherapy (TFP) and principles of mentalisation in inpatient psychotherapy: a matter of form and content. *Tijdschr Psychiat* 2012;55(12):939-948.
- 245 Lackinger F, Dammann G, Wittmann B: Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Stuttgart, Schattauer, 2008.

- 246 Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):922-928.
- 247 Yeomans FE: Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):609-610.
- 248 Young JE: *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, ed Rev. Sarasota, FL, Professional Resource Press, 1994.
- 249 Farrell JMS, I. A.: *Group schema therapy for borderline personality disorder: a step-by-step treatment manual with patient workbook*. Sussex, Wiley, 2012.
- 250 Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ: Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013;33(3):426-447.
- 251 Arntz A, van Genderen H: *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Beltz, 2010.
- 252 Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London, Penguin, 1979.
- 253 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA: A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40(2):317-328.
- 254 Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Kremers IP, Nadort M, Severens JL: Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Brit J Psychiatry* 2008;192(6):450-457.
- 255 Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S, Black DW: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2008;165(4):468-478.
- 256 Streeck U: Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen* Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 576-583.
- 257 Benjamin LS: *Diagnosis and treatment of mental disorders*. New York, Guilford Press, 1993.
- 258 Rudolf G: *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*, ed 3. Stuttgart, Schattauer, 2013.
- 259 Ryle A, Kerr IB: *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice*. Chichester, John Wiley & Sons, 2003.
- 260 Breil J, Sachse R: Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 652-666.
- 261 Pos AE, Greenberg LS: Organizing awareness and increasing emotion regulation: revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26(1):84-107.
- 262 Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E: Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: a public sector pilot study. *Cogn Behav Pract* 2012;19(4):527-544.
- 263 Gregory RJ, DeLucia-Deranja E, Mogle JA: Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(4):292-298.
- 264 Høglend P, Hersoug AG, Bøggwald KP, Amlø S, Marble A, Sørbye Ø, Røssberg JI, Ulberg R, Gabbard GO, Crits-Christoph P: Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(5):697-706.
- 265 Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Millierey M, Genouihlac V, Yao SN, Note B, Mollard E, Bonasse F, Gaillard S: Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. *Psychother Psychosom* 2009;78(5):307-316.
- 266 Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, Walker A, Bezlyak V, Seivewright H, Robertson H: Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med* 2009;39(4):569-577.
- 267 Emmelkamp PMG, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, Van Apeldoorn FJ: Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;189(1):60-64.
- 268 Caspar F, Berger T: *Allgemeine Psychotherapie*; in Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2011, pp 667-689.
- 269 Bohus M, Herpertz SC, Falkai P: *Modulare Psychotherapie—Rationale und Grundprinzipien*. *Die Psychiatrie* 2012;9(2):89-97.

- 270 Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF: Integrated treatment for personality disorder: a modular approach. New York, Guilford Publications, 2015.
- 271 Stoffers JM, Lieb K: Pharmacotherapy for borderline personality disorder - current evidence and recent trends. *Curr Psychiat Rep* 2015;17(534)
- 272 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM: Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv* 2015;66(1):15-20.
- 273 Martinho E, Fitzmaurice GM, Frankenburg FR, Zanarini MC: Pro re nata (as needed) psychotropic medication use in patients with borderline personality disorder and subjects with other personality disorders over 14 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharm* 2014;34(4):499-503.
- 274 APA: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington, D. C., American Psychiatric Pub, 2001.
- 275 Mercer D, Douglass AB, Links PS: Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009;23(2):156-174.
- 276 Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(6):CD005653.
- 277 Ingenhoven TJ, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden HJ: Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Psychiat Pract* 2010;17(1):21-34.
- 278 Vita A, De Peri L, Sacchetti E: Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *J Clin Psychopharm* 2011;31(5):613-624.
- 279 Ingenhoven TJ: Pharmacotherapy for borderline patients: business as usual or by default? *J Clin Psychiatry* 2015;76(4):e522-523.
- 280 Kahl KG, Greggersen W, Schweiger U, Cordes J, Correll CU, Frieling H, Balijepalli C, Löscher C, Moebus S: Prevalence of the metabolic syndrome in patients with borderline personality disorder: results from a cross-sectional study. *Eur Arch Psy Clin N* 2013;263(3):205-213.
- 281 Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ: Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Focus* 2013;11(2):225-248.
- 282 Herpertz SC, Zanarini MC, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moller HJ, Disorders WTFoP, World Federation of Societies of Biological Psychiatry: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry* 2007;8(4):212-244.
- 283 Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, Pearlstein T: Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):379-385.
- 284 Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ: Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiat* 2008;69(6):999-1005.
- 285 Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, Pérez V: Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(6):1221-1224.
- 286 Dammann G: Schwierigkeiten bei der Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2006;10(4):246-257.
- 287 Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I: The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1911-1918.
- 288 Harned MS, Chapman AL, Dexter-Mazza ET, Murray AM, Comtois KA, Linehan MM: Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Pers Disord Theor Res Treat* 2009;S(1):35-45.
- 289 Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364(9432):453-461.
- 290 Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B: Avoidant personality disorder: a current review. *Curr Psychiat Rep*, 2016, Feb 1 DOI: 10.1007/s11920-016-0665-6.
- 291 Euler S, Stalujanis E, Spitzer C: Aktueller Stand der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* in press
- 292 Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, Clark LA: The structure of personality pathology: both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015;124(2):387-398.

- 293 Köhling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U: Quality and severity of depression in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;37:13-25.
- 294 Sipos V, Bohus M, Schweiger U: Dialektisch-behaviorale Therapie für Essstörungen (DBT-E). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011;61(2):87-91.
- 295 Choi-Kain LW, Gunderson JG: *Borderline Personality and Mood Disorders*. New York, Springer, 2016.
- 296 Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, Penninx BW, Beekman AT: Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord* 2013;151(1):23-30.
- 297 Küchenhoff J: Psychotherapie der Depression. *Schweiz Med Forum* 2012;12(12):267-271.
- 298 Bateman A, Fonagy P: Borderline personality disorder and mood disorders: mentalizing as a framework for integrated treatment. *J Clin Psychol* 2015;71(8):792-804.
- 299 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter U, Keck ME, Rennhard S, Hatzinger M, Merlo M, Bondolfi G: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 1. Teil. *Schweiz Med Forum* 2010;10(46):802-809.
- 300 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, Keck ME, Rennhard S, Hatzinger M, Merlo M, Bondolfi G: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 2. Teil. *Schweiz Med Forum* 2010;10(47):818-822.
- 301 Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, Rucci P, Frank E: The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(5):719-729.
- 302 Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, Sanislow CA, Yen S, Zanarini MC, Keuroghlian AS: Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years. *J Clin Psychiat* 2014;75(8):829-834.
- 303 Zimmerman M: Improving the recognition of borderline personality disorder in a bipolar world. *J Pers Disord* 2016;30(3):320-335.
- 304 Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Sanislow CA, Yen S, Morey LC: Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(7):1173-1178.
- 305 Marshall- Berenz EC, Morrison JA, Schumacher JA, Coffey SF: Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder. *Depress Anxiety* 2011;28(5):393-399.
- 306 Boritz TZ, Barnhart R, McMMain SF: The influence of posttraumatic stress disorder on treatment outcomes of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2016;30(3):395-407.
- 307 Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM: Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167(10):1210-1217.
- 308 Bach B, Fjeldsted R: The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017;4(12):1-10.
- 309 Kuo JR, Houry JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A: An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Negl* 2015;39:147-155.
- 310 O'Brien BS, Sher L: Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health* 2013;25(3):201-205.
- 311 Vignarajah B, Links PS: The clinical significance of co- morbid post- traumatic stress disorder and borderline personality disorder: case study and literature review. *Personal Ment Health* 2009;3(3):217-224.
- 312 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR: Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):827-832.
- 313 Harned MS, Korslund KE, Linehan MM: A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014;55:7-17.
- 314 Barnicot K, Priebe S: Post- traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personal Ment Health* 2013;7(3):181-190.
- 315 Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, Niedtfeld I, Steil R: Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82(4):221-233.

- 316 Steuwe C, Rullkötter N, Ertl V, Berg M, Neuner F, Beblo T, Driessen M: Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder—a pilot study. *BMC Psychiatry* 2016;16(254):1-11.
- 317 McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Stout RL: The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co- occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(4):256-264.
- 318 Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, Weiss RD: The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10- year follow- up study. *Addiction* 2011;106(2):342-348.
- 319 Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ: Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 2014;28(5):734-750.
- 320 Preuss UW, Koller G, Barnow S, Eikmeier M, Soyka M: Suicidal behavior in alcohol- dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(5):866-877.
- 321 Chen EY, Brown MZ, Lo TTY, Linehan MM: Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(2):125-129.
- 322 Van Den Bosch LMC, Verheul R: Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(1):67-71.
- 323 Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR: Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002;67(1):13-26.
- 324 Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA: Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug- dependence. *Am J Addict* 1999;8(4):279-292.
- 325 Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill TW: Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comp Psychiat* 2005;46(5):371-379.
- 326 Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, Ostrowski MJ: Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(5):319-328.
- 327 Gregory RJ, Remen AL: A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychother Theor Res Pract Train* 2008;45(1):15-27.
- 328 Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K: Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl* 2014;111(16):280-286.
- 329 Lee NK, Cameron J, Jenner L: A systematic review of interventions for co- occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug Alcohol Rev* 2015;34(6):663-672.
- 330 Bohus M, Stieglitz RD, Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen; in Berger M (ed) *Psychiatrie und Psychotherapie*. München, Urban & Schwarzenberg, 1999, pp 771 – 846.
- 331 Ralevski E, Ball SA, Nich C, Limoncelli D, Petrakis I: The impact of personality disorders on alcohol- use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid axis I disorders. *Am J Addict* 2007;16(6):443-449.
- 332 Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR: The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2015;29(6):735-754.
- 333 Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl C, Bohus M: Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):118-123.
- 334 Prada P, Nicastro R, Zimmermann J, Hasler R, Aubry JM, Perroud N: Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD* 2015;7(3):199-209.
- 335 Perroud N, Badoud D, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Küng AL, Luyten P, Fonagy P, Dayer A, Aubry JM: Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2017;256:334-341.
- 336 Golubchik P, Sever J, Zalsman G, Weizman A: Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Ind Clin Psychopharm* 2008;23(4):228-231.
- 337 Gerlach G, Loeber S, Herpertz SC: Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2016;17(8):691-723.

- 338 Selby EA, Doyle P, Crosby RD, Wonderlich SA, Engel SG, Mitchell JD, Le Grange D: Momentary emotion surrounding bulimic behaviors in women with bulimia nervosa and borderline personality disorder. *J Psychiat Res* 2012;46(11):1492-1500.
- 339 Reas DL, Pedersen G, Karterud S, Rø Ø: Self-harm and suicidal behavior in borderline personality disorder with and without bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(3):643-648.
- 340 Rowe SL, Jordan J, McIntosh VVW, Carter FA, Bulik CM, Joyce PR: Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42(12):1021-1029.
- 341 Zanarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10- year follow- up study. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):226-232.
- 342 Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for clients with binge- eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 2008;41(6):505-512.
- 343 Telch CF, Agras WS, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1061-1065.
- 344 Robinson P, Barrett B, Bateman A, Hakeem A, Hellier J, Lemonsky F, Rutterford C, Schmidt U, Fonagy P: Study protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 2014;14(51):1-10.
- 345 Pearson CM, Lavender JM, Cao L, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel StG, Mitchell JE, Peterson CB, Crow SJ: Associations of borderline personality disorder traits with stressful events and emotional reactivity in women with bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 2017;126(5):531-539.
- 346 Chanen AM, Jovev M, McCutcheon LK, Jackson HJ, McGorry PD: Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Curr Psychiatry Rev* 2008;4(1):48-57.
- 347 Schmeck K, Schlüter-Müller S: *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg, Berlin, Springer, 2009.
- 348 Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A: Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015;385(9969):727-734.
- 349 Kaess M, Brunner R, Chanen A: Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782-793.
- 350 Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M: ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(11):1307-1320.
- 351 Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, Jackson HJ: Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008;22(4):353-364.
- 352 Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ: Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):297-306.
- 353 Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA, Doering S: The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Ment Health* 2013;7(27):1-11.
- 354 Tyrer P: The likely classification of borderline personality disorder in adolescents in ICD-11; in Sharp C, Tackett JL (eds): *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, Springer, 2014, pp 451-457.
- 355 Goth K, Schmeck K: *AIDA – Assessment of Identity Development in Adolescence*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 356 Tromp NB, Koot HM: Dimensions of personality pathology in adolescents: psychometric properties of the DAPP-BQ-A. *J Pers Disord* 2008;22(6):623-638.
- 357 Schrobildgen C, Birkhölzer M, Schmeck K, Goth K: Diagnostik von Identitäts-und Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Psychiat Neurol* 2014;2:9-12.
- 358 Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E: An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: refinement of the BPFSC using IRT. *Pers Disord Theor Res Treat* 2014;5(1):70-78.
- 359 Goth K, Birkhölzer M, Schmeck K: *LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning – Questionnaire)*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 360 Goth K, Schrobildgen C, Schmeck K: *OPD-KJ2-SF (Operationalisierte Psycho-dynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Strukturfragebogen)*. Offenbach, Academic Tests, 2018.
- 361 NHMRC: *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne, Australia, NHMRC, 2012,
- 362 Chanen AM, McCutcheon LK: Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 2013;202(54):24-29.
- 363 Biskin RS: Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(3):230–234.

- 364 Paris J, Chenard-Poirier MP, Biskin R: Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comp Psychiat* 2013;54(4):321-325.
- 365 Newnham EA, Janca A: Childhood adversity and borderline personality disorder: a focus on adolescence. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(1):68-72.
- 366 Seiffge-Krenke I: *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*, ed 2. Berlin, Springer, 2004.
- 367 Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD: Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol* 2005;17(4):1007-1030.
- 368 Fonagy P: The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 2015;14(2):137-150.
- 369 Fleischhaker C, Sixt B, Schulz E: *DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche: Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD*. Berlin, Springer, 2011.
- 370 Kristin von Auer A, Bohus M: *Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation - Das Therapeutenmanual*. Stuttgart, Schattauer, 2017.
- 371 Taubner S, Volkert J: *Mentalisierungs-basierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- 372 Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena H, Borzutzky A, Schmeck K: *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT): Ein integratives Therapiekonzept für Persönlichkeitsstörungen*. Berlin, Springer, 2013.
- 373 Normandin L, Ensink K, Yeomans FE, Kernberg OF: Transference-focused psychotherapy for personality disorders in adolescence; in Sharp C, Tackett JL (eds): *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, Springer, 2014, pp 333-359.
- 374 Loose C, Graaf P, Zarbock G: *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim, Beltz-Verlag, 2013.
- 375 Streeck-Fischer A, Cropp C, Streeck U, Salzer S: *Borderline-Störungen bei Jugendlichen: die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen, Hogrefe, 2016.
- 376 Schuppert HM, Giesen- Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, Nauta MH: Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother* 2009;16(6):467-478.
- 377 Taubner S, Volkert J, Gablonski TC, Rossouw TI: Mentalization-based treatment for adolescents with borderline personality disorder - concept and efficacy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2017;66(6): 423-434.
- 378 Taubner S, Sevecke K, Rossouw TI: *Mentalisierungs-basierte Therapie bei Jugendlichen (MBT-A) mit Persönlichkeitsstörungen*. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 2015;19(1):33-43.
- 379 Klein DA, Miller AL: Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(2):205-216.
- 380 Schmeck K, Schlüter-Müller S, Resch F: *Persönlichkeitsstörungen*; in Fegert JM, Eggers C, Resch F (eds): *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Heidelberg, New York, Springer, 2011, pp 635-652.
- 381 Schmeck K, Romanos M: *Persönlichkeitsstörungen*; in Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Warnke A, Wewetzer C (eds): *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. Wien, New York, Springer, 2016, pp 523-537.
- 382 Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM: Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2014;53(10):1082-1091.
- 383 Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B: Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2016;55(4):295-300.
- 384 Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, Germano D, Nistico H, McDougall E, Weinstein C: Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):477-484.
- 385 Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD: The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009;15(3):163-172.
- 386 Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, Nauta MH: Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2012;51(12):1314-1323.
- 387 Rossouw TI, Fonagy P: Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2012;51(12):1304-1313.

- 388 Beck E, Bo S, Gondan M, Poulsen S, Pedersen L, Pedersen J, Simonsen E: Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(314):1-13.
- 389 Krischer M, Ponton-Rodriguez T, Gooran GR, Bender S: Transference focused psychotherapy for borderline-adolescents in a day clinic treatment program. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2017;66(6):445-463.
- 390 Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck-Fischer A: Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2014;44(10):2213-2222.
- 391 Fiedler P: *Dissoziative Störungen*. Göttingen, Hogrefe, 2013.
- 392 Scalabrini A, Cavicchioli M, Fossati A, Maffei C: The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *J Trauma Dissociation* 2017;18(4):522-543.
- 393 Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, Reich DB, Fitzmaurice G: The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(4):291-296.
- 394 Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, Behm R, Mohse M, Lammers CH, Angheliescu IG, Schmahl C, Schlotz W, Kleindienst N: Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117(2):139-147.
- 395 Korzekwa MI, Dell PF, Pain C: Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiat Rep* 2009;11(1):82-88.
- 396 Hoffman PD, Fruzzetti A, Swenson C: Dialectical behavior therapy- family skills training. *Fam Process* 1999;38(4):399-414.
- 397 Werner EE, Smith RS: *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York, McGraw-Hill, 1982.
- 398 Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD: Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Pers Disord Theor Res Treat* 2012;3(1):76-91.
- 399 Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F: A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016;47:85-105.
- 400 Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S: Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health* 2015;18(3):67-75.
- 401 Arendt H: *Wie ich dazu kam, meiner Mutter den Tod zu wünschen*. Hamburg, Marta Press, 2016.
- 402 Reich J: *Biografien erwachsener Töchter von Borderline-Müttern*, ed 3. Hamburg, Marta Press, 2014.
- 403 Buck-Horstkotte S, Renneberg B, Rosenbach C: *Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual »Borderline und Mutter sein«*. Weinheim, Beltz Verlag, 2015.
- 404 Newman L: Parents with borderline personality disorder –approaches to early intervention. *Australas Psychiatry* 2015;23(6):696-698.
- 405 Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger RF: A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dev Psychopathol* 2009;21(3):687-713.
- 406 Shea TM, Edelen MO, Pinto A, Yen S, Gunderson JG, Skodol AE, Markowitz J, Sanislow CA, Grilo CM, Ansell E: Improvement in borderline personality disorder in relationship to age. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(2):143-148.
- 407 Paris J: Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10(6):315-323.
- 408 Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comp Psychiat* 2001;42(6):482-487.
- 409 Frías A, Palma C, Solves L, Martínez B, Salvador A: Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Res* 2017;258:44-50.
- 410 Martius P, Ibach B: Borderline-Persönlichkeitsstörung im höheren Lebensalter. *Psychother Alter* 2011;831(3):299-312.
- 411 Abrams RC: Persönlichkeitsstörungen im Alter: Zusammenhänge zwischen Cluster-B-Störungen und Depression; in Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (eds): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, Schattauer, 2000, pp 803-810.
- 412 Zank S, Peters M, Wilz G, Tesch-Römer C, Wahl HW: *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart, Kohlhammer, 2009.

- 413 Peters M: Psychotherapie im Alter; in Arolt V, Kersting A (eds): Psychotherapie in der Psychiatrie - Welche Störung behandelt man wie? Berlin, Heidelberg, Springer, 2010, pp 497-518.
- 414 Montgomery SA, Montgomery D: Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1982;4(4):291-298.
- 415 Montgomery SA, Roy D, Montgomery D: The prevention of recurrent suicidal acts. *Brit J Clin Pharmacology* 1983;15(S2):183-188
- 416 Cowdry RW, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(2):111-119.
- 417 Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF: Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry* 1993;150(12):1843-1848.
- 418 Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF: Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):377-385.
- 419 Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, Perel JM: Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharm* 1989
- 420 Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Ulrich RF, Perel JM: Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):691-697.
- 421 Links PS, Steiner M, Boiago I, Irwin D: Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Pers Disord* 1990;4(2):173-181.
- 422 Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(12):1081-1088.
- 423 Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, Schwartz J, Miyawaki E: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharm* 1995;15(1):23-29.
- 424 Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R: SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2048-2054.
- 425 Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO: Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):680-686.
- 426 Bogenschutz MP, George NH: Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):104-109.
- 427 Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, Tanaka Y, Lin D, Deberdt W, Corya S: Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):485-492.
- 428 Zanarini MC, Frankenburg FR: Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62(11):849-854.
- 429 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Trzaskoma Q, Kryzhanovskaya L, Lin D, DeBerdt W, Corya S: Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: two 12-week randomized double-blind placebo-controlled trials. *Neuropsychopharmacol* 2006;31:229-230.
- 430 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, Deberdt W, Kryzhanovskaya L, Corya S: A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2011;72(10):1353-1362.
- 431 Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, DeBerdt W, Corya S: A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized double-blind placebo-controlled study. *Eur Psychiat* 2007;22:172-173.
- 432 Nickel MK, Loew TH, Gil FP: Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *Psychopharmacol* 2007;191(4):1023-1026.
- 433 Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Gil FP, Bachler E, Buschmann W, Rother N, Fartacek R, Egger C: Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):833-838.
- 434 Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC: Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2014;171(11):1174-1182.
- 435 Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Perez-Egea R, Tiana T, Alvarez E, Perez V: Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):603-608.
- 436 De la Fuente JM, Lotstra F: A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharm* 1994;4(4):479-486.

- 437 Frankenburg FR, Zanarini MC: Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2002;63(5):442-446.
- 438 Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, Sommerville KW, Nemeroff CB: Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacol* 2003;28(6):1186-1197.
- 439 Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, Merkatz L, Stein DJ: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(3):199-203.
- 440 Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TB: Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(3):621-624.
- 441 Leiberich PK, Nickel MK, Tritt K, Gil FP: Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *J Psychopharm* 2008;22(7):805-808.
- 442 Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA: A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Ind Clin Psychopharm* 2009;24(5):270-275.
- 443 Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, Nickel MK: Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharm* 2005;19(3):287-291.
- 444 Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, Fartacek R, Lahmann C, Buschmann W, Tritt K: Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharm* 2006;26(1):61-66.
- 445 Nickel MK, Loew TH: Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients, part II: 18-month follow-up. *Eur Psychiat* 2008;23(2):115-117.
- 446 Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH: Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiat* 2004;65(11):1515-1519.
- 447 Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Mühlbacher M, Tritt K, Krawczyk J, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH: Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57(5):495-499.
- 448 Amminger GP, Chanen AM, Ohmann S, Klier CM, Mossaheb N, Bechdorf A, Nelson B, Thompson A, McGorry PD, Yung AR: Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high risk criteria for psychosis: a post hoc subgroup analysis of a double-blind, randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):402-408.
- 449 Hallahan B, Hibbeln JR, Davis JM, Garland MR: Omega-3 fatty acid supplementation in patients with recurrent self-harm. *Br J Psychiatry* 2007;190(2):118-122.
- 450 Zanarini MC, Frankenburg FR: Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):167-169.
- 451 Ziegenhorn AA, Roepke S, Schommer NC, Merkl A, Danker-Hopfe H, Perschel FH, Heuser I, Anghelescu IG, Lammers CH: Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharm* 2009;29(2):170-173.
- 452 Bertsch K, Gamer M, Schmidt B, Schmidinger I, Walther S, Kästel T, Schnell K, Büchel C, Domes G, Herpertz SC: Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2013;170(10):1169-1177.
- 453 Brüne M, Ebert A, Kolb M, Tas C, Edel MA, Roser P: Oxytocin influences avoidant reactions to social threat in adults with borderline personality disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2013;28(6):552-561.
- 454 Brüne M, Kolb M, Ebert A, Roser P, Edel MA: Nonverbal communication of patients with borderline personality disorder during clinical interviews: a double-blind placebo-controlled study using intranasal oxytocin. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(2):107-111.
- 455 Ebert A, Kolb M, Heller J, Edel MA, Roser P, Brüne M: Modulation of interpersonal trust in borderline personality disorder by intranasal oxytocin and childhood trauma. *Soc Neuroscience* 2013;8(4):305-313.
- 456 Simeon D, Bartz J, Hamilton H, Crystal S, Braun A, Ketay S, Hollander E: Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: a pilot study. *Psychoneuroendocrinol* 2011;36(9):1418-1421.
- 457 Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, Lotan A, Rigbi A, Panksepp J: Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2015;173(5):491-498.

- 458 Schmahl C, Kleindienst N, Limberger MF, Ludäscher P, Mauchnik J, Deibler P, Brünen S, Hiemke C, Lieb K, Herpertz SC: Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharm* 2012;27(1):61-68.
- 459 Fleischer J, Wingenfeld K, Kuehl LK, Hinkelmann K, Roepke S, Otte C: Does fludrocortisone influence autobiographical memory retrieval? A study in patients with major depression, patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Stress* 2015;18(6):718-722.
- 460 Wingenfeld K, Kuehl LK, Janke K, Hinkelmann K, Dziobek I, Fleischer J, Otte C, Roepke S: Enhanced emotional empathy after mineralocorticoid receptor stimulation in women with borderline personality disorder and healthy women. *Neuropsychopharmacol* 2014;39(8):1799–1804.
- 461 Wingenfeld K, Kuehl LK, Janke K, Hinkelmann K, Eckert FC, Roepke S, Otte C: Effects of mineralocorticoid receptor stimulation via fludrocortisone on memory in women with borderline personality disorder. *Neurobiol Learn Mem* 2015;120:94-100.
- 462 Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Wolf OT, Otte C, Lowe B, Spitzer C, Driessen M, Wingenfeld K: Acute glucocorticoid effects on response inhibition in borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinol* 2013;38(11):2780-2788.
- 463 Wingenfeld K, Driessen M, Terfehr K, Schlosser N, Fernando SC, Otte C, Beblo T, Spitzer C, Löwe B, Wolf OT: Effects of cortisol on memory in women with borderline personality disorder: role of co-morbid post-traumatic stress disorder and major depression. *Psychol Med* 2013;43(3):495-505.
- 464 Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, Serby M, Silverman J, Coccaro EF, Weston S, Siever LJ: Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacol* 1997;17(4):264-273.
- 465 Philipsen A, Schmahl C, Lieb K: Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry* 2004;37(05):196-199.
- 466 Gardner DL, Cowdry RW: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142(1):98-100.

ⁱ Validation française par Nicastro et al., 2016, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(4), doi : 10.1186/s40479-016-0038-0. (Note des traducteurs)

ⁱⁱ Validation française par Borteyrou et al., 2008. *Encéphale*, 34(3), 249-255 (Note des traducteurs)

ⁱⁱⁱ Validation française par Rousselle et al., 2016, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 66(6), 417-324.(Note des traducteurs)

^{iv} Validation française par Darves-Bornoz et al., 1999. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275 (Note des traducteurs)

^v Validation française par Badoud et al., 2015. *PLOS One*, 10.1361/journal.pone.0145892 (Note des traducteurs)