



Réadaptation du trouble de personnalité limite

Julie Desrosiers, erg., PhD.
Professeure associée,
Filière Ergothérapie
Haute école de travail social et de la santé
Lausanne

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Description du trouble
- Évaluation des besoins et utilisation des services de santé
- Théorie du problème
- État des connaissances sur les solutions
- Interventions ergothérapeutiques
- Mesure du fonctionnement

DESCRIPTION ET BIEN-FONDÉ



PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

- instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, impulsivité...
- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- mode de relations interpersonnelles instables et intenses, alternance entre idéalisation et dévalorisation
- perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de la notion de soi
- **impulsivité dans des domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, boulimie).**

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

- **répétition de comportements ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations**
- instabilité affective, réactivité marquée de l'humeur
- **sentiments chroniques de vide**
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

A. Déficits significatifs dans le fonctionnement de la personnalité, se manifestant par :

1. Déficits dans le **fonctionnement personnel** (a ou b) :

a. Identité : Image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.

b. Autodétermination : Instabilité dans les buts, les aspirations, les valeurs et les plans de carrière.

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

2. Déficits dans le **fonctionnement interpersonnel** (a ou b) :

a. Empathie : Incapacité de reconnaître les sentiments et besoins d'autrui, en lien avec une hypersensibilité personnelle (c.-à-d., prêts à se sentir blessé ou insulté); perceptions d'autrui sélectivement biaisées qui tendent principalement vers des attributs négatifs.

b. Intimité : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, marquées par un manque de confiance, des besoins affectifs excessifs et des préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre *implication excessive* et *retrait*.

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

B. Traits de personnalité pathologiques dans les domaines suivants :

1. Affectivité négative, caractérisée par :

a. Labilité émotionnelle

b. Tendance anxieuse

c. Insécurité face à la séparation

d. Dépression

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

B. Traits de personnalité pathologiques dans les domaines suivants

2. Désinhibition, caractérisée par

a. Impulsivité : Agit dans l'impulsion du moment en réponse à un stimulus immédiat; agit sur le moment sans plan ou considération des conséquences; difficulté à établir et suivre des plans; vécu d'urgence et des comportements autodestructeurs dans les situations de détresse émotionnelle.

b. Prise de risque : Engagement dans des activités dangereuses, risquées et potentiellement autodommageables, inutilement et sans égard aux conséquences ; manque de considération pour les limitations personnelles et en déni face au danger personnel.

3. Antagonisme, caractérisé par :

a. Hostilité ; Sentiments de colère persistants ou fréquents; colère ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.

PERSONNALITÉ LIMITE (DSM-5)

- Les déficits dans le fonctionnement de la personnalité et dans l'expression des traits de personnalité individuels sont relativement stables dans le temps et à travers les situations de la vie.
- Les déficits dans le fonctionnement de la personnalité et dans l'expression des traits de personnalité individuels ne se comprennent pas mieux que normativement par le stade développemental ou l'environnement socioculturel de la personne.



PRÉVALENCE

- Autour de 5-6% de la population générale
- 12% de la clientèle psychiatrique externe
- 22% de la clientèle psychiatrique interne

LES COMORBIDITÉS...LA NORME

- Dépression majeure (61 à 83%)
- Dysthymie (25 à 65%)
- Trouble bipolaire (1-15%)
- Trouble d'anxiété généralisée (10%)
- Trouble panique (30-50%)
- Phobie sociale (25-50%)
- TOC (15-25%)
- État de stress post-traumatique (35 à 55%)
- Abus de substance (50%)
- Trouble alimentaire (30 à 50%)
 - Boulimie (25 à 40%)
- TDAH (40%)
- TP antisocial (15 à 25%)

ÉVOLUTION NATURELLE DU TROUBLE

Paris & Zweig-Frank, 2001 → étude longitudinale de 27 ans :

- 8% présentaient encore au suivi final un diagnostic officiel du trouble
- Il est question d'un **meilleur** fonctionnement → diminution des comportements dysfonctionnels et impulsifs

Zanarini et al. 2012 → étude longitudinale de 16 ans:

- Réfutation des propos de Paris qui élabore l'idée du meilleur fonctionnement :
 - La diminution des comportements symptomatologiques serait plutôt expliquée par l'appauvrissement du réseau social et des mécanismes d'adaptation visant par exemple l'évitement des situations difficiles

ÉVOLUTION NATURELLE DU TROUBLE

- **Symptômes les plus stables :**
 - Symptômes affectifs (colère, anxiété, dépression)
 - Symptômes interpersonnels (peur de l'abandon)
- **Symptômes les moins stables (diminuent à travers le temps):**
 - Symptômes impulsifs (tentatives de suicide, automutilation)

IMPACTS FONCTIONNELS

- Chômage → autour de 45%
- Difficulté à maintenir des relations interpersonnelles stables
 - Plus particulièrement les relations intimes
- Difficulté à établir et maintenir des buts à accomplir dans la vie quotidienne
 - La poursuite d'une activité est affectée par l'impulsivité, la distractibilité et les difficultés à gérer la détresse émotionnelle
- Peu d'engagement et de maintien dans des activités significatives
- Peu d'activités de loisirs
- Difficultés dans le domaine des études → lien avec un bas niveau d'éducation

IMPACTS FONCTIONNELS

- Difficulté dans la réalisation de tâches complexes (ex : préparation de repas) → peu d'organisation dans la tâche
- Consommation de substances qui limite la performance dans la réalisation d'activités quotidiennes
- Suicidalité
- Sommeil perturbé
 - Cycles irréguliers de sommeil-éveil
 - Difficultés à initier le sommeil et insomnie
- Difficultés à s'adapter à diverses situations de la vie courante

IMPACTS FONCTIONNELS

- Assurer l'éducation d'un enfant
- Faire des travaux domestiques lourds
- Difficultés à communiquer avec un groupe
- Choisir des aliments qui correspondent aux besoins
- Les habitudes de vie jugées les moins satisfaisantes
→ relations interpersonnelles et le maintien de la santé

ÉVALUATION DES BESOINS SELON LES ÉCRITS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ



UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ

- Problème du mauvais diagnostic
- Entrée dans le système de plusieurs façons:
 - Crise suicidaire; comportements d'impulsivité → soins de santé physique
 - Détresse émotionnelle
- Proportion de femmes comparativement aux hommes :
 - Sensiblement égale
 - Malgré que des études démontrent que 70% des personnes vues en clinique sont des femmes, proportion ne serait pas la même dans la société
 - Les hommes vont exprimer souffrance psychique différemment (p. ex. comportements antisociaux, impulsifs)
 - Moins tendance à vouloir consulter pour demander l'aide

CONTINUUM SPECTRE TPL

- Léger

.....Grave

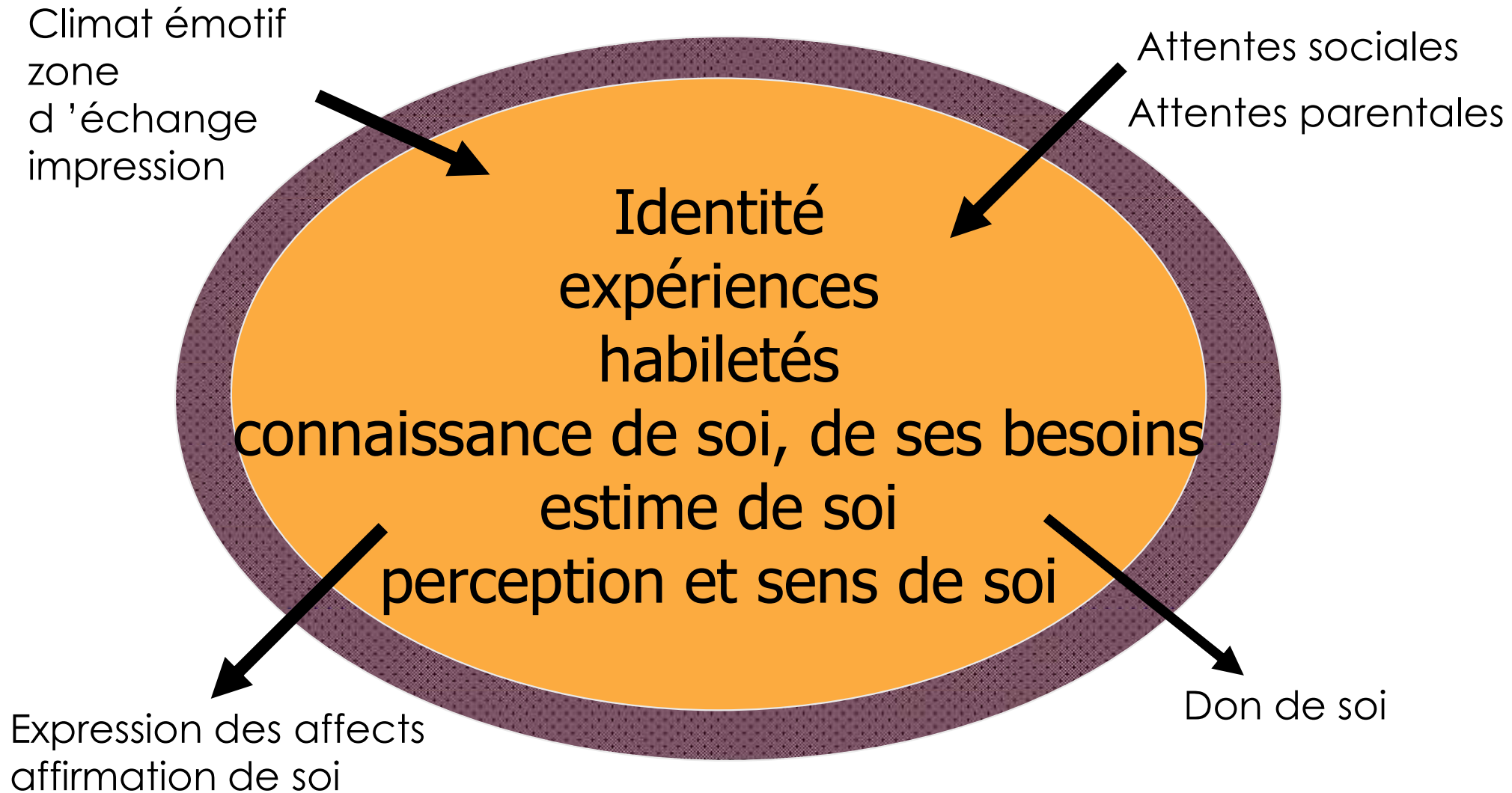
Psychothérapie ?



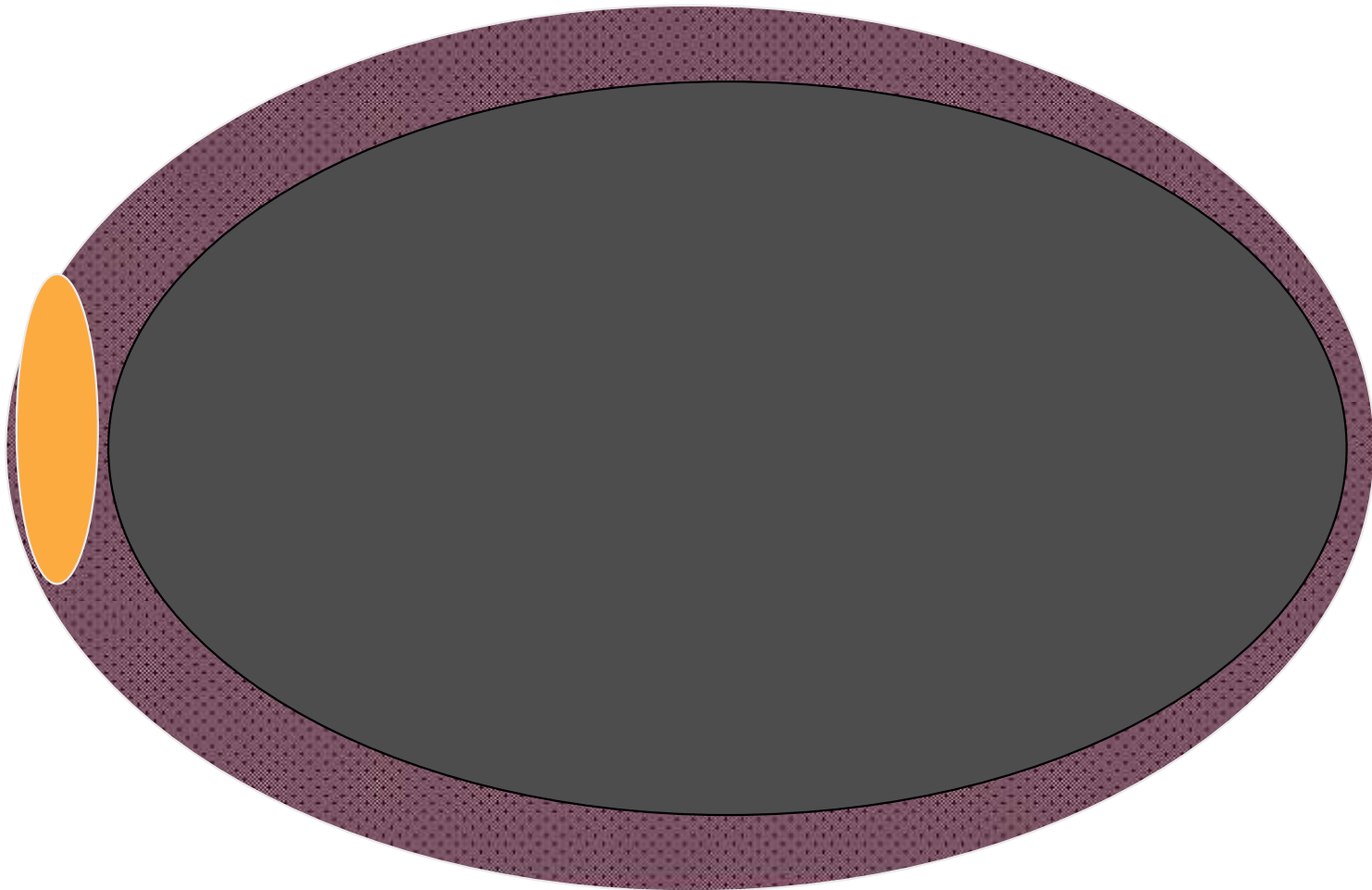
THÉORIE DU PROBLÈME:
PERSPECTIVE
DÉVELOPPEMENTALE ET
NEUROBIOLOGIQUE



STRUCTURE TYPIQUE

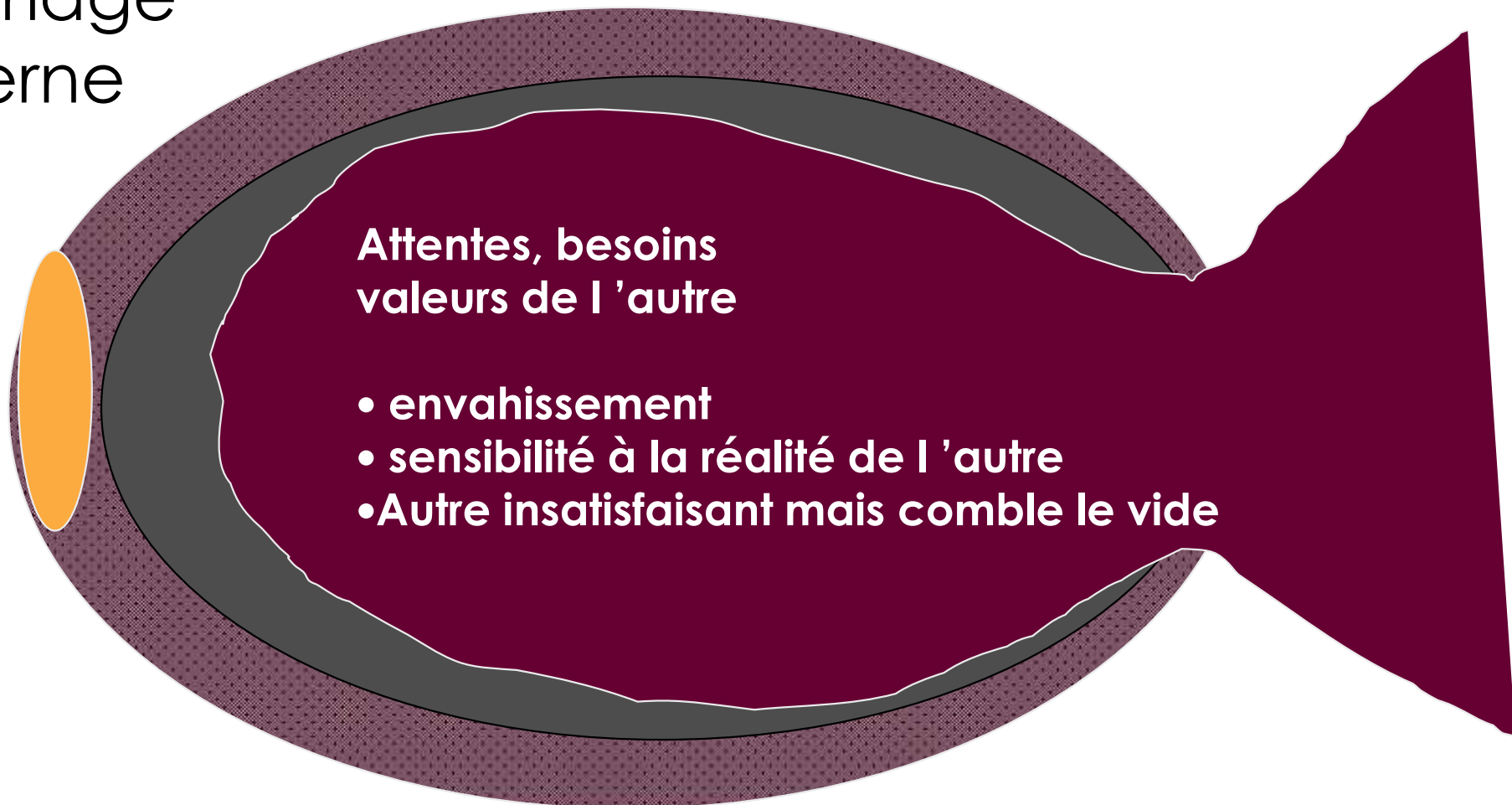


STRUCTURE LIMITE (A- STRUCTURÉE)

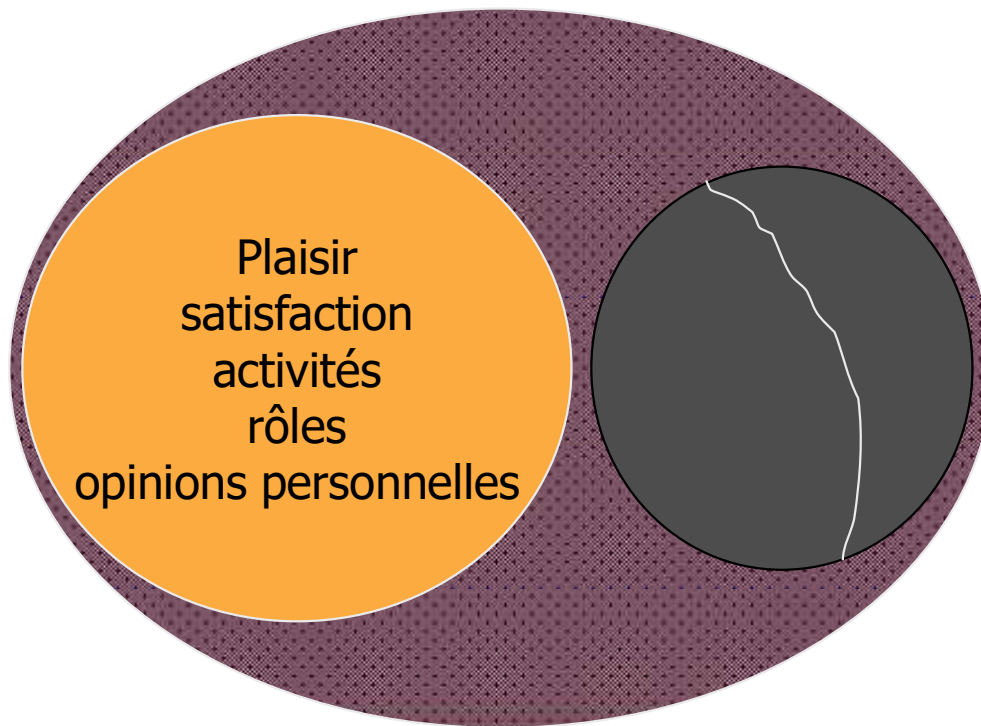


STRUCTURE LIMITE (A- STRUCTURÉE)

Identité repose
sur image
externe



STRUCTURE LIMITE (A-STRUCTURÉE)

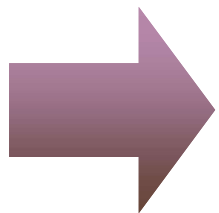


- Réduire l'envahissement par l'affirmation de soi, le respect de ses limites.
- Soigner
- Permettre à l'identité de se développer et de reposer sur des valeurs internes plutôt que l'image.
- Implique un support externe solide, non-intrusif, qui favorise l'expression de soi et la tolérance à la détresse émotionnelle.
- Restaurer la capacité à mémoriser.

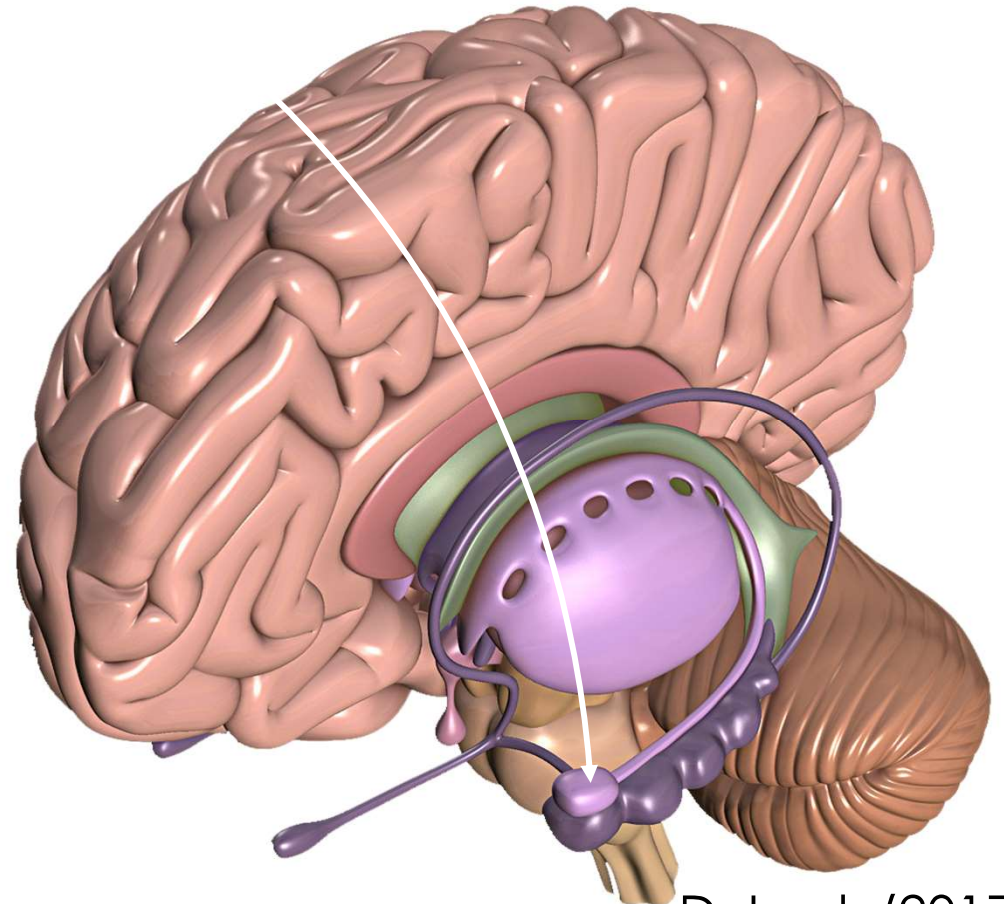
PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES

Amygdale

Réduction
volumique de
12,9%

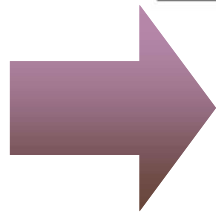
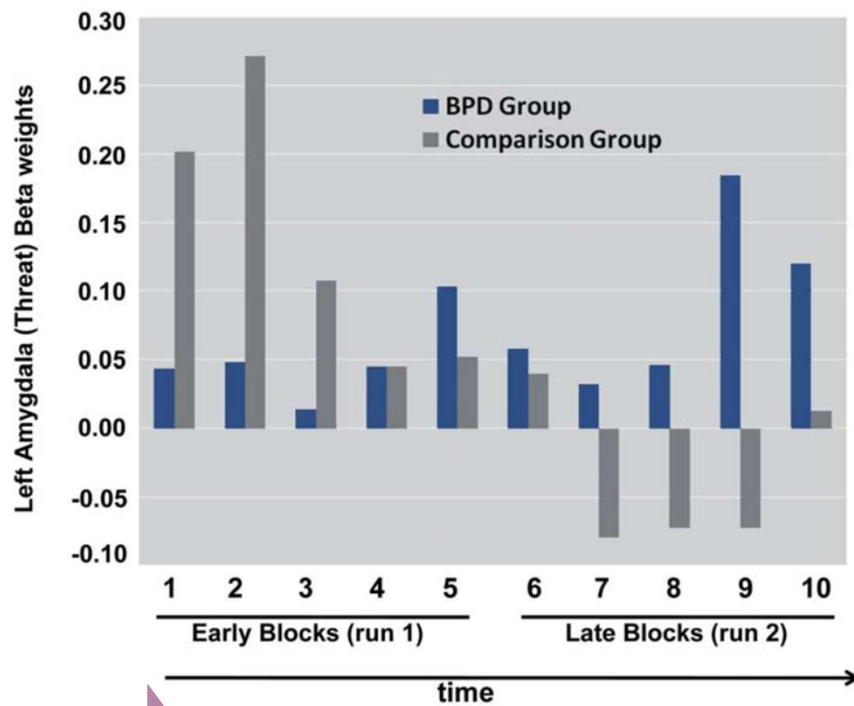


émotion
stress
peur

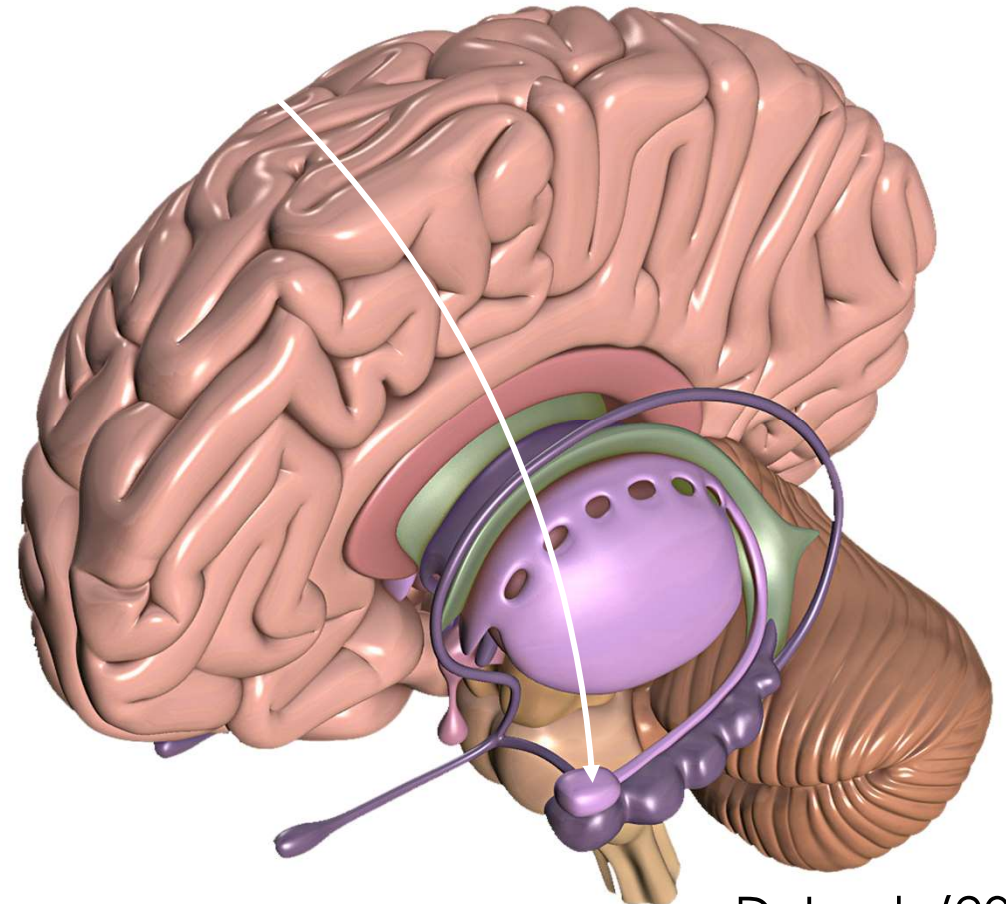


PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES

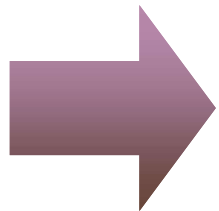
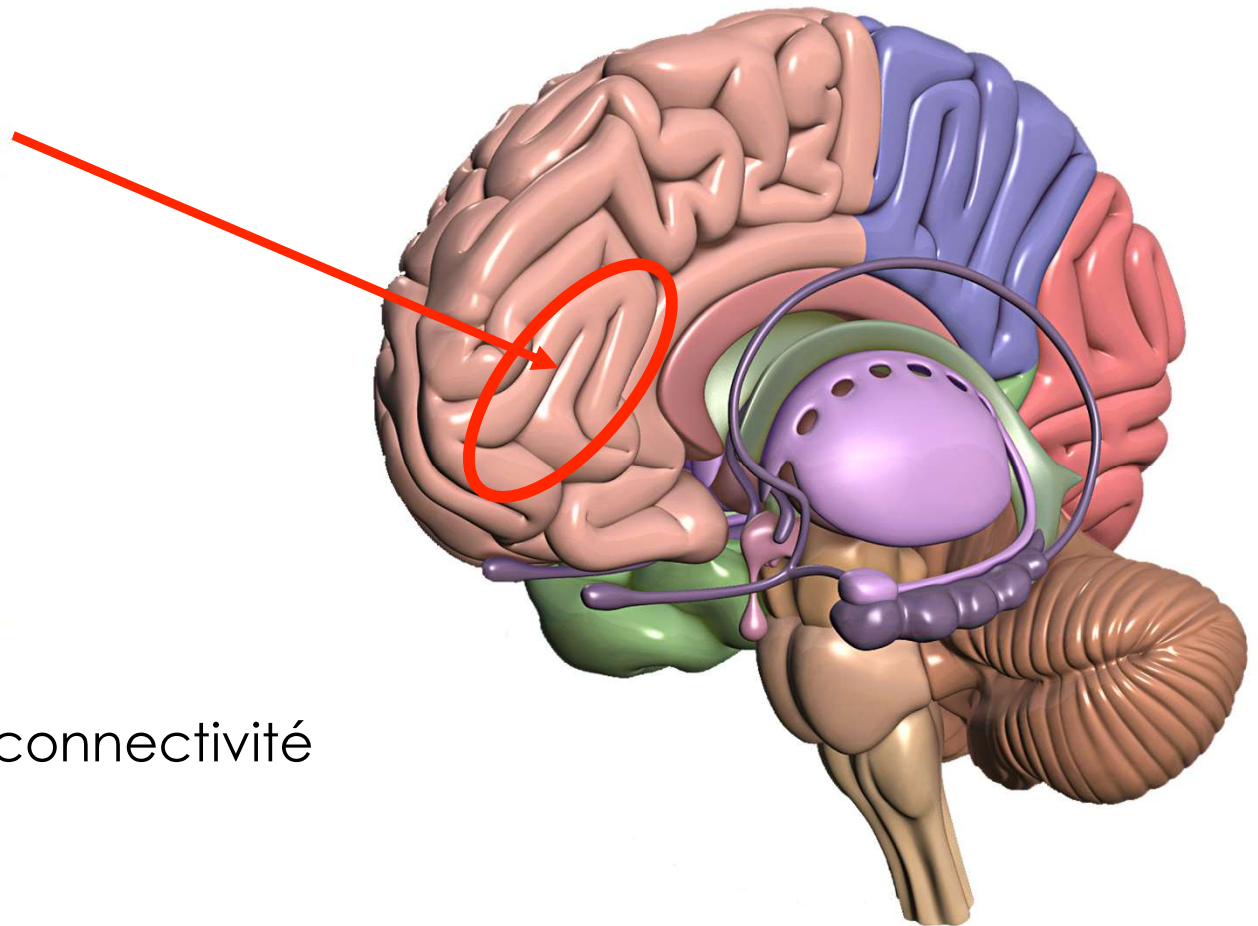
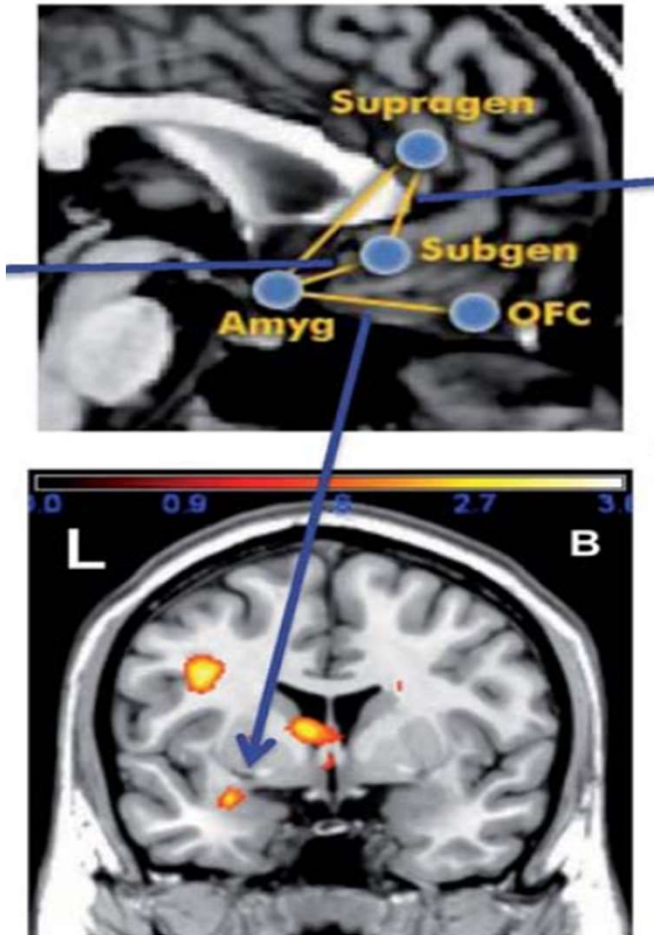
Amygdale



Réponse intense et prolongée

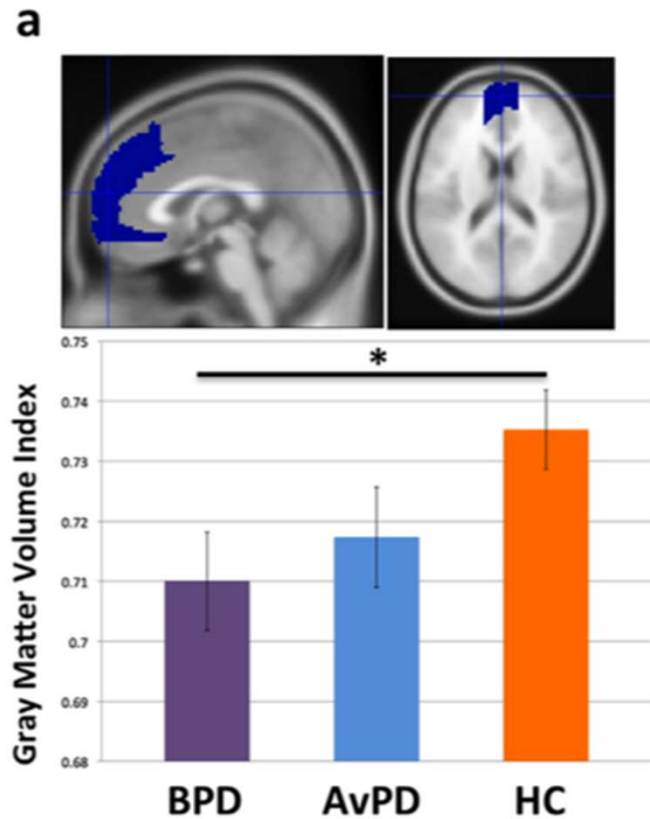


PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES

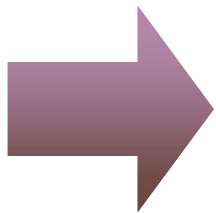
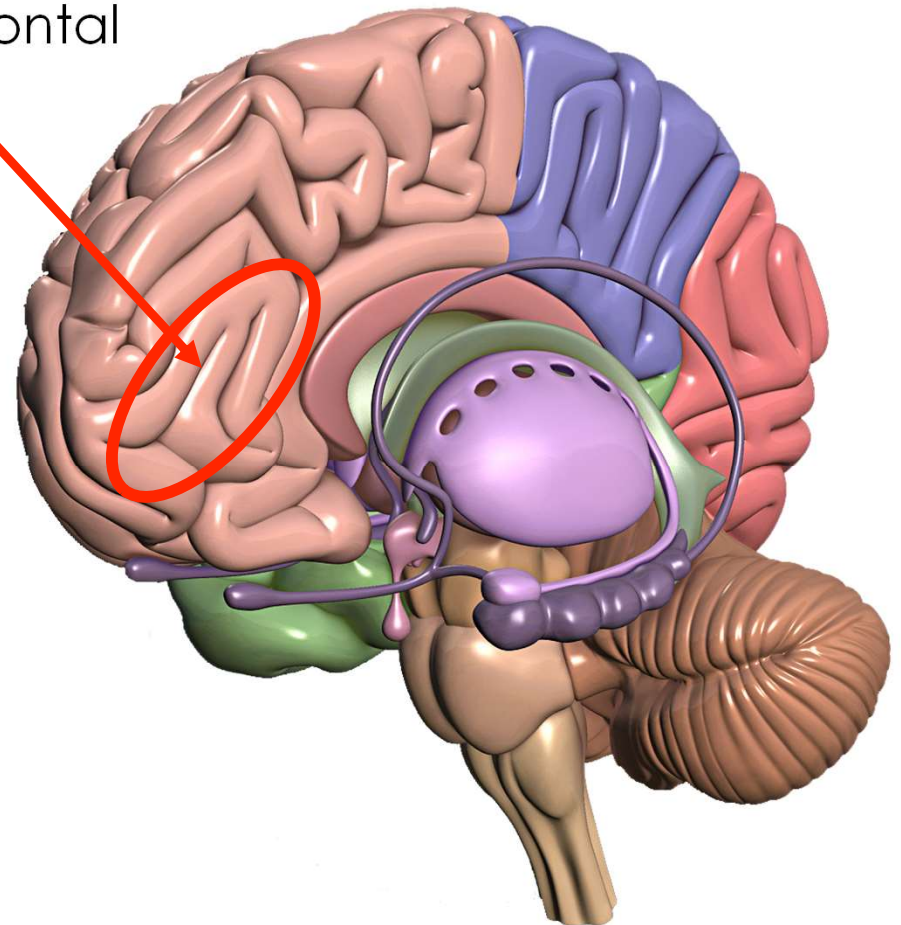


Altérations de la connectivité fronto-limbique

PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES



Cortex préfrontal médian



Perturbations du contrôle cognitif

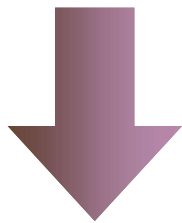


PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES

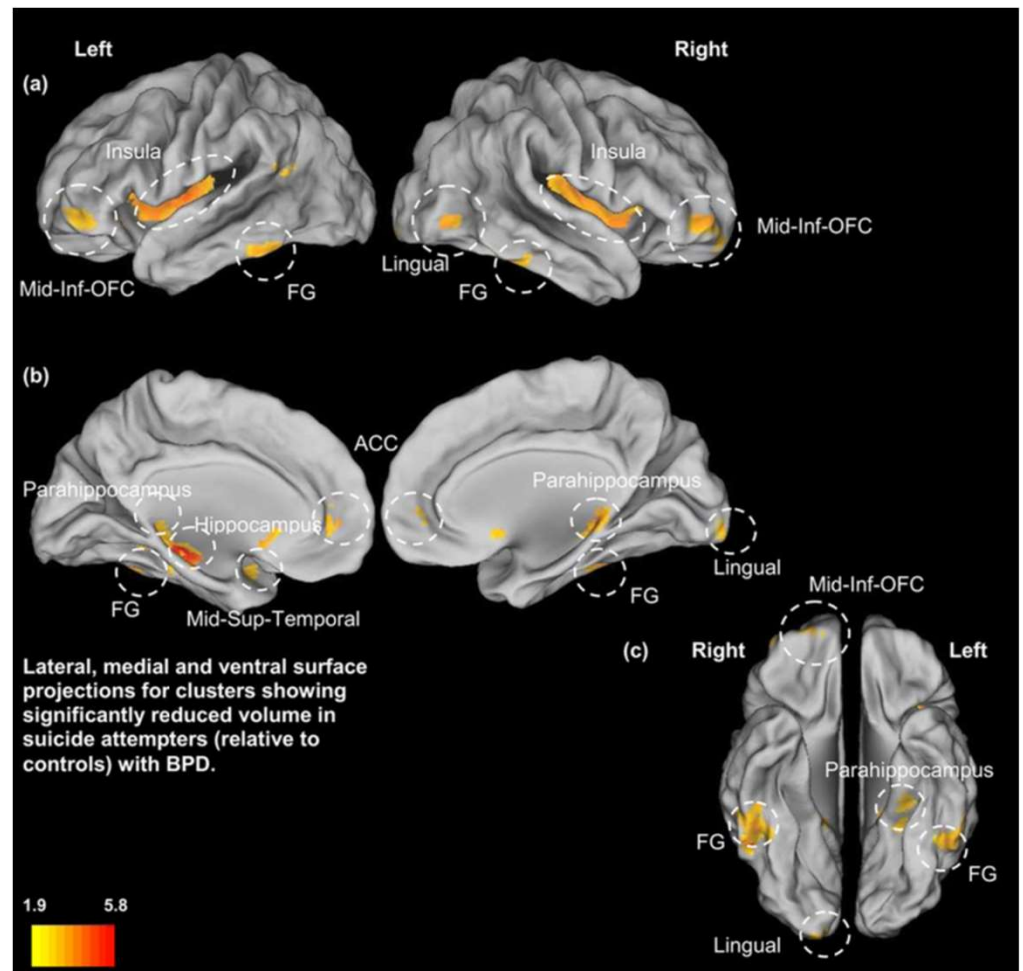
- Reposent sur une altération des régions frontales et limbiques
- Atteintes anatomiques et fonctionnelles de l'amygdale et du cortex préfrontal médian

TROUBLES COMPORTEMENTAUX

Réductions
volumiques chez
TPL avec
tentatives de
suicide

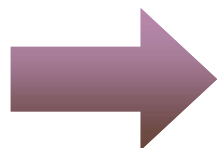
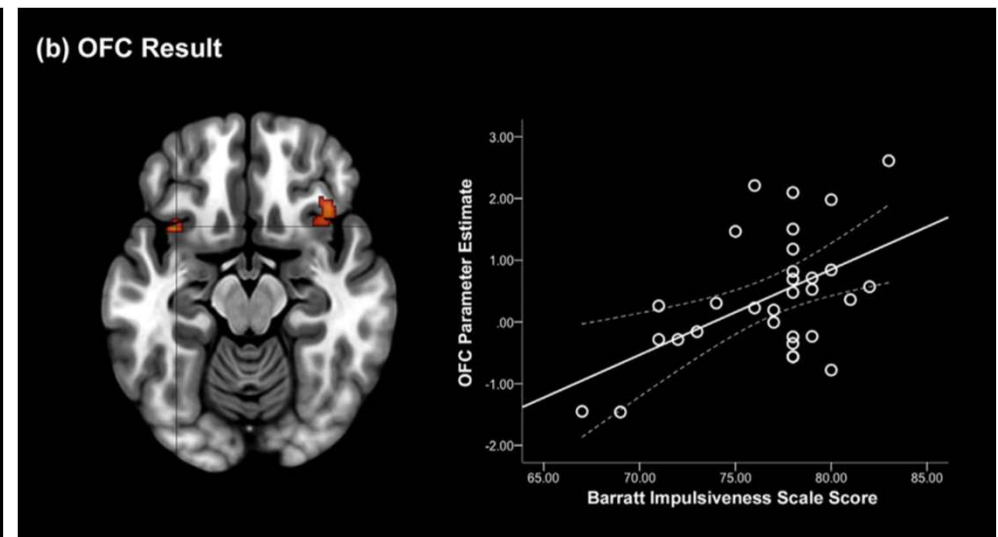
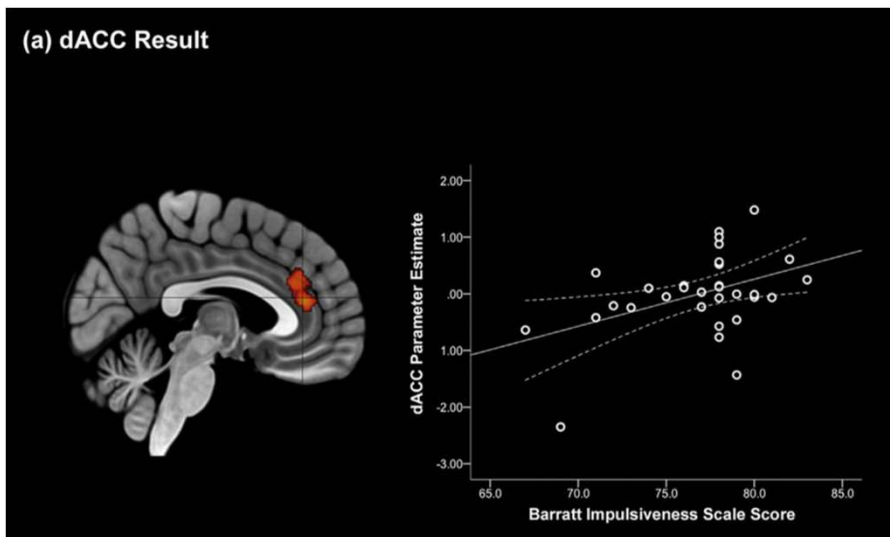


Régions frontales et
limbiques



TROUBLES COMPORTEMENTAUX

Clinical factor	Anat ROI	Cluster ext	Actual ext	<i>P</i> uncorr.	Voxel peak (MNI)	Region
Go No-Go Positive Correlations						
AGG	–	–	–	–	–	–
BIS	dACC	201	619	0.001	3 38 15	R. ant. cingulate BA 32
	OFC	140	542	0.001	–34 14 –20	L. inf. frontal BA 13
	BG	172	458	0.001	14 4 21	R. caudate body
	dPFC	26	75	0.001	–42 9 31	L. dlPFC, BA 9



Hyperactivation des régions impliquées dans l'inhibition de l'impulsivité



PERTURBATIONS COMPORTEMENTALES

- Reposent sur un dysfonctionnement des régions frontales
- Altérations des fonctions exécutives et de contrôle

PLUSIEURS FACTEURS ASSOCIÉS

1. Concept de soi déficitaire
2. Consommation de substances
3. Manque d'occupations significantes
4. Dysrégulation émotionnelle
5. Instabilité à l'emploi
6. Déficits cognitifs
7. Horaire occupationnel déséquilibré
8. Automutilation et suicidalité
9. Pauvre estime de soi
10. Traumatismes à l'enfance
11. Relations interpersonnelles conflictuelles

CONCEPT DE SOI DÉFICITAIRE

- Le sentiment de vide présent chez les personnes TPL est fortement associé avec : désespoir, solitude, isolement, dépression
- Le sentiment de vide est le facteur le plus fortement corrélé avec l'idéation suicidaire; peu corrélé avec la tentative suicidaire
- Identité perturbée, caractérisée par quatre facteurs :
 1. Role absorption : se définir par un seul rôle, un seul aspect
 2. Painful incoherence : sentiment d'être incohérent dans sa façon d'être, ce qui devient frustrant
 3. Inconsistency : incohérence objective dans les pensées, émotions et comportements
 4. Lack of commitment : peu d'engagement dans des valeurs, principes et occupations
- Perturbation de l'identité fortement corrélée avec la difficulté à réguler les émotions tout en étant deux concepts distincts

CONCEPT DE SOI DÉFICITAIRE

- Image de soi → s'identifient comme des personnes altruistes et sensibles aux autres
 - Toutefois, rapportent seulement vivre des émotions négatives : tristesse, colère, anxiété → incapacité à se dissocier des affects négatifs, comparativement aux personnes en dépression
- Un manque de représentations de soi → analyse psychodynamique :
 - Difficultés à intégrer des représentations de soi qui sont nuancées, explique
 - Mécanismes de clivage
 - Incohérence du concept de soi (variant dans les extrêmes, peu constant)
 - Relations instables et clivées
- Concept de soi est pauvre, peu ou insuffisamment intégratif → compartimenté; pas de fil conducteur cohérent ni de repère dans la manière d'être
 - S'explique par le développement dysfonctionnel des représentations de soi dès l'enfance

MANQUE D'OCCUPATIONS SIGNIFIANTES

- Difficultés marquées à s'engager sainement et de manière stable dans des activités significantes
- Désengagement important dans les tâches reliées au travail
 - Mais également dans le domaine des études, des loisirs et des activités domestiques
- Peu de motivation et d'initiative vers l'établissement de buts à atteindre dans le quotidien

DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE

- La difficulté à réguler et gérer les émotions engendre d'importantes difficultés dans le fonctionnement au quotidien :
 - Relations interpersonnelles
 - Contextes d'apprentissage et réalisation de tâches complexes et/ou nouvelles
- Dépeint les difficultés au niveau de la mentalisation, soit la capacité de comprendre les émotions ressenties par soi et par les autres
- Fort prédicteur des comportements impulsifs → s'explique par les dérèglements frontolimbiques
- Reliée aux déficits neurocognitifs et aux relations interpersonnelles conflictuelles

DÉFICITS NEUROCOGNITIFS

Déficits cognitifs:

- Mémoire de travail
- Mémoire verbale et visuelle
- Attention
- Fonctions exécutives
 - Contrôle de l'inhibition
 - Prise de décision
 - Traitement de la rétroaction
 - Flexibilité mentale
 - Planification

Atteintes des régions cérébrales et des circuits neuronaux

- Système limbique
 - Amygdale
 - Hippocampe
- Cortex pré-frontal
 - Cortex orbitofrontal
 - Cortex préfrontal dorsolatéral
 - Cortex préfrontal ventromédian
 - Cortex cingulaire antérieur dorsal
 - Cortex insulaire

Atteintes à la cognition sociale:

- Empathie cognitive
- Empathie affective
- Théorie de l'esprit

(Bouchard et al., 2010; Roepke et al., 2013; Svaldi et al., 2012; Hoffman et al., 2013; Mac et al., 2013; Buchheim et al., 2013; Baez et al., 2014)

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES SOLUTIONS



PRINCIPALES INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

Psychothérapies

Pharmacothérapies

Interventions de crises

Principes clés supplémentaires

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

1. Thérapie Comportementale Dialectique (TCD)

- Bases théoriques :
 - Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
 - Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)
 - Stratégies systémiques
- Méthodes d'intervention :
 - Thérapies individuelles
 - Thérapies de groupes
 - Soutien téléphonique en cas de crise

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

1. Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) - Suite

- Objectifs :
 - Amélioration des habiletés
 - Tolérance au stress
 - Régulation des émotions
 - Comportements interpersonnels
 - Pleine conscience
- Évidences:
 - Colère
 - Comportements suicidaires et parasuicidaires
 - Symptômes psychopathologies associées (dépression, anxiété)
 - État général de santé mentale

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

2. Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

- Bases théoriques :
 - Théories psychanalytiques
- Objectifs :
 - Capacité réflexive/mentalisation
 - Comprendre /reconnaître sentiments évoqués chez les autres et sentiments ressentis
- Évidences:
 - Comportements suicidaires et parasuicidaires
 - Problématiques interpersonnelles
 - Symptômes dépressifs
 - Psychopathologie générale
 - Fonctionnement général

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

3. Thérapie focalisée sur le transfert (TFP)

- Bases théoriques :
 - Théorie psychodynamique
- Objectifs :
 - Intégration représentation de soi et des autres
 - Modification mécanismes de défenses primitifs
 - Résolution diffusion identité
 - Analyse transfert dans relation thérapeutique
- Évidences:
 - Sévérité TPL
 - Maintien des acquis dans le temps

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

4. Thérapie centrée sur les schémas (TCS)

- Bases théoriques :
 - Théories comportementales
 - Théories psychanalytiques
- Objectifs :
 - Identification thèmes autodestructeurs centraux provenant de besoins non-comblés dans l'enfance → Styles d'adaptation dysfonctionnels à l'âge adulte
- Évidences (contexte de groupe) :
 - Sévérité TPL
 - Instabilité émotionnelle
 - Symptômes psychotiques
 - Psychopathologie générale
 - État général de santé mentale

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

Informations supplémentaires :

- Principalement thérapies individuelles
- Régulières et à long terme (variance temps de Tx)
- Résultats après \pm 1 an
- Réplicabilité des études à démontrer
- Applicabilité des évidences:
 - Femmes
 - Pas de comorbidités (*traits antisociaux, symptômes psychotiques, MAB, abus substance, D.I., conditions organiques sévères*)

PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES DE GROUPE

Principaux types :

- Psychoéducation
- Diffusion de connaissances

Évidences: Peu mais prometteur

Nouvelle tendance:

- Interventions courtes combinant TCD et éléments de groupe

Évidences: Encourageant, mais éclectisme des types et peu de clarté des sources

PSYCHOTHÉRAPIES NON-SPÉCIFIQUES

Principaux types utilisés :

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- Thérapie interpersonnelle (IPT)

Évidences: Utilisation non-soutenue par les évidences pour l'amélioration générale du TPL

PSYCHOTHÉRAPIES - AUTRES

- Autres thérapies:
- General Psychiatric Management (GPM)
- Structured Clinical Management (SCM)
- Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

PRINCIPALES INTERVENTIONS - PHARMACOTHÉRAPIES

Antipsychotiques de première génération

Antipsychotiques de deuxième génération

Stabilisateurs de l'humeur

Antidépresseurs

Suppléments alimentaires Oméga-3

PRINCIPALES INTERVENTIONS - PHARMACOTHÉRAPIES

Effets bénéfiques

- Adjuvant aux psychothérapies
- Dimensions comportementales
- Dérèglement affectif
- Contrôle des comportements impulsifs
- Difficultés cognitivo-perceptuelles
- Fonctionnement général, social et interpersonnel

Limites

- Aucun médicament seul ne traite la symptomatologie du TPL
- Effets secondaires divers selon la médication
- Instabilité de l'adhésion envers la pharmacothérapie
- Croyances négatives envers la prise de médicaments

PRINCIPALES INTERVENTIONS - PHARMACOTHÉRAPIES

Niveaux d'évidences:

Contradictions sur les niveaux d'évidences:
Haut niveaux de preuve vs Utilisation des données avec
réserve



Évidences non-fiables

Bozzatello et al., 2020



Prescription non-basée sur les évidences

PRINCIPALES INTERVENTIONS – INTERVENTIONS DE CRISES

Définition:

- Réponse immédiate à la détresse vécue afin d'assurer la sécurité et le rétablissement sur une période d'au plus un mois.
- Mesures internes (interventions psychosociales brèves)
- Mesures externes (hospitalisations brèves ou accès immédiat à des services)

Évidences :

- Aucune étude de bon niveau d'évidence disponible

PRINCIPES CLÉS SUPPLÉMENTAIRES

Relation
thérapeutique

Valider la
souffrance et les
expériences

Diminuer la
tendance au
clivage

Limites pour
comportements
autodestructeurs

Contrat de
traitement

Empowerment
dans la prise en
charge

Réflexion plutôt
qu'actions
impulsives

Impliquer les
aidants

Gestion transfert
contre-transfert

FACTEURS ASSOCIÉS ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Manque d'occupations significantes	➔	Favoriser l'engagement dans des occupations significantes
Difficultés relationnelles	➔	Favoriser l'engagement dans des relations interpersonnelles valorisantes et satisfaisantes
Concept de soi déficitaire	➔	Favoriser le développement du concept de soi basé sur les valeurs internes
Dysrégulation émotionnelle	➔	Favoriser une meilleure gestion des émotions au quotidien
Déficits cognitifs	➔	Améliorer la réalisation des tâches de la vie quotidienne par l'amélioration des fonctions exécutives et mnésiques

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. Favoriser l'*engagement dans des occupations significantes*.

- Engagement dans occupations significantes associé à:
 - Santé mentale et physique positive (*Hammel & Iwama, 2012; Moll, Gewurtz, Krupa, Lay, Larivière & Levasseur, 2015*)
 - Développement capacité et opportunité de faire ses propres choix → Estime de soi et autodétermination (*Hammel & Iwama, 2012*)
 - Déterminant puissant du bien-être (*Reid, 2008*)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

2. Favoriser l'engagement dans des *relations interpersonnelles valorisantes et satisfaisantes*.

- Engagement occupationnel favorise :
 - Connectivité → Déterminant bien-être subjectif
 - Sentiment d'appartenance aux autres → Permettent expériences où sentiment d'être apprécié, valorisé, respecté (*Hammel, 2014*)
- Niveau de satisfaction → Composante bien-être (*Massé & al, 1998; Ro & Clark, 2009*)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

3. Favoriser le développement du *concept de soi* basé sur les valeurs internes.

- Occupations pour développer et exprimer identité personnelle (*Potvin, 2021*)
- Occupations et Identité → Identité, Santé et Bien-être (*Moll & al, 2015*)
- Identité affecté par concept de soi (*Christiansen, 1999*)
- Estime de soi et se sentir bien dans sa peau → Composantes du bien-être (*Massé & al, 1998*)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

4. Favoriser une meilleure *gestion des émotions* au quotidien.

- États affectifs → Dimension bien-être (*Massé & al, 1998*)
- Capacité émotionnelle à s'engager dans des occupations quotidiennes → Déterminant du bien-être (*Hammell & Iwama, 2012*)
- Capacités de résolution de problèmes émotifs → Nécessaires pour favoriser bien-être (*Leible & Snell, 2004*)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

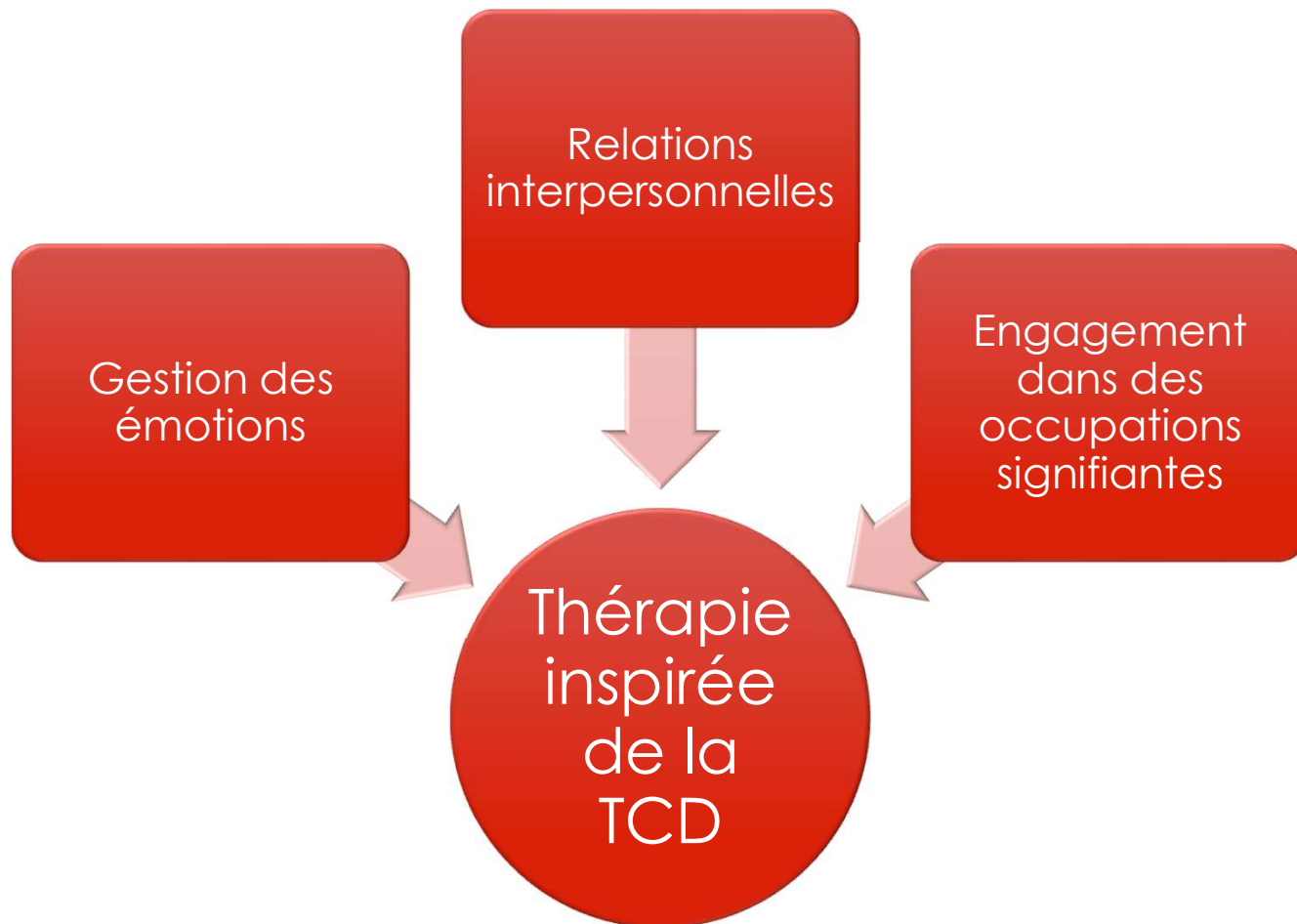
5. Améliorer la réalisation des tâches de la vie quotidienne par l'amélioration des fonctions exécutives et mnésiques.

- Autonomie et Engagement occupationnel → Déterminants du bien-être (*Reid, 2008*)
- Déficits cognitifs chez TPL affecte :
 - Exécution activités vie quotidienne (*Ruocco, Lan & McMain, 2014*)
 - Activités professionnelles et scolaires (*Ruocco & al, 2014*)
 - Organisation occupations quotidiennes (*Falklöf & Haglund, 2010*)
- Importance régulation émotionnelle pour capacités cognitives (*Falklöf & Haglund, 2010*)

APPROCHE À PRIVILÉGIER

- Importance de la relation thérapeutique
- Cadre thérapeutique
- Prise de conscience émotionnelle (chez le patient et chez le thérapeute)
- Validation de l'expérience
- Favoriser l'autonomie et l'implication active
- Implication de la famille

THÉRAPIE INSPIRÉE DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE



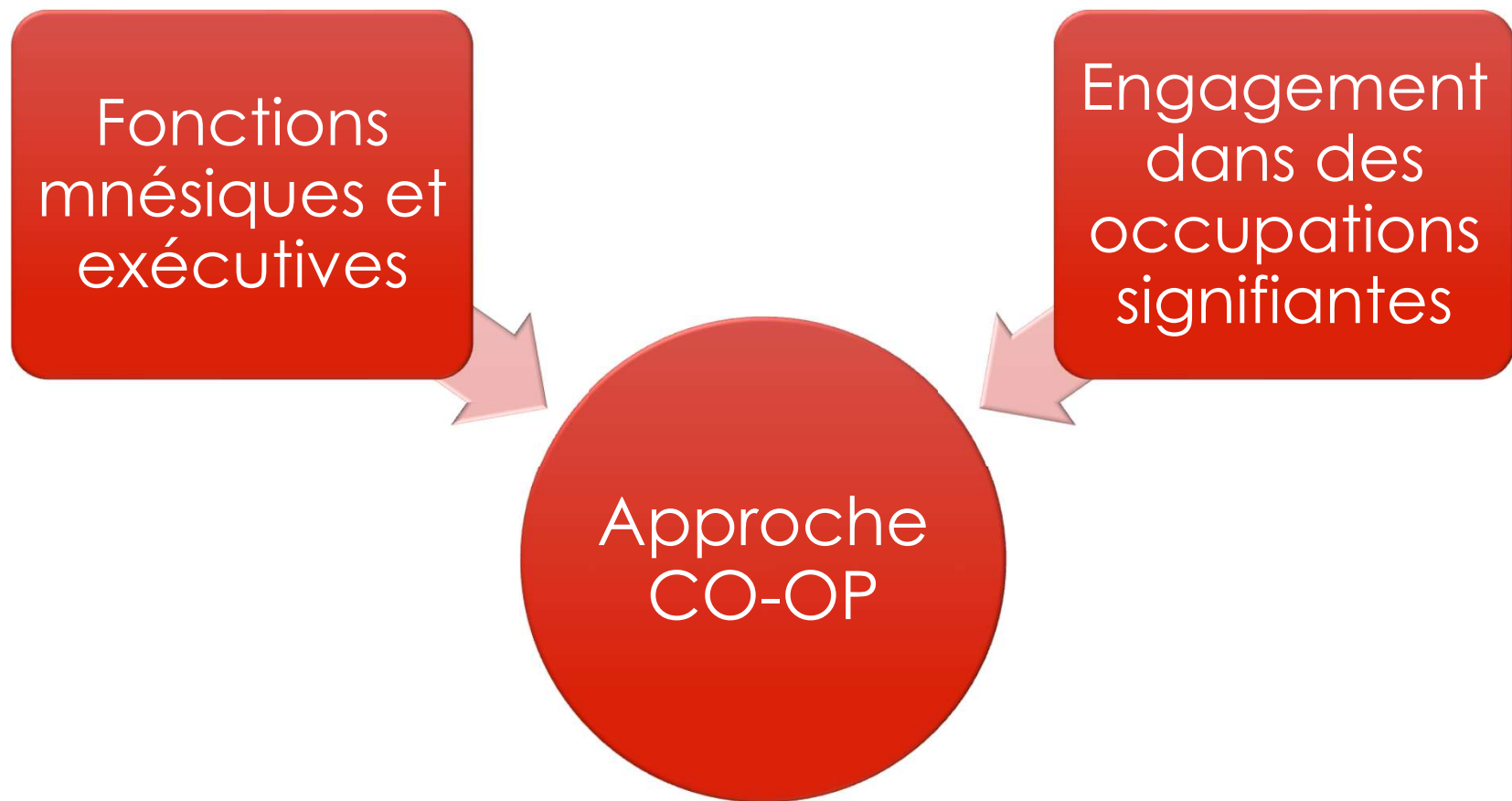
Modalité thérapeutique	Définition
Thérapie en individuel	Comportements à risque sont abordés en priorité; risque suicidaire, comportements nuisant à la thérapie, ceux qui nuisent à la qualité de vie
Thérapie en groupe	Apprentissage et entraînement aux compétences; Pleine conscience, efficacité interpersonnelle, régulation des émotions, tolérance à la détresse - Deux heures par semaine en groupe
Coaching téléphonique	Possibilité de contacter le thérapeute 24/7 en cas de crise
Équipe de consultation	Soutien entre collègues, pratique de certaines modalités thérapeutiques.

(Read 2013)

ERGOTHÉRAPIE ET TCD

- Centré sur des **objectifs occupationnels**
 - Favoriser l'engagement occupationnel
 - Être **en mesure de vivre des situations de réussite au quotidien**
 - **Assurer la routine quotidienne**
- Analyse de la situation par le thérapeute avec une **vision holistique** (Personne-Environnement-Occupation)
- L'ergothérapeute va aborder les défis occupationnels vécus par la personne dans l'optique d'améliorer la **qualité de vie** et par la même occasion de diminuer les comportements nuisibles au fonctionnement.

APPROCHE COGNITIVE ORIENTATION TO DAILY OCCUPATIONAL PERFORMANCE



POURQUOI L'APPROCHE CO-OP?

- Mise en place de stratégies métacognitives pour améliorer la réalisation de tâches nécessitant la planification et l'organisation.
- Approche verbale
 - Les consignes sont données à la personne
 - La personne se parle pour s'aider à résoudre le problème
 - La personne internalise son processus de résolution de problèmes
- Approche flexible
 - Permet de l'adapter aux objectifs personnels de la personne
 - S'intègre bien aux interventions déjà proposées
- Approche motivante
- Prouvée comme efficace auprès des enfants
 - Des données probantes sont manquantes quant à l'efficacité auprès des personnes ayant un TPL
 - D'où l'importance d'ADAPTER les principes dans nos interventions



ET LES AUTRES ?

- Profil fonctionnel très bas
- Déficits cognitifs importants
- Non-accessibles à une démarche introspective
- Symptômes atténués mais pas meilleur fonctionnement



INTRODUCTION

- Plusieurs psychothérapies spécialisées pour le TPL efficaces pour réduire les symptômes du trouble¹
- Malgré la rémission symptomatique, le fonctionnement quotidien reste problématique pour ces personnes, particulièrement dans la sphère du travail²

5.2 Assumer ses responsabilités financières

Ensemble des tâches nécessaires pour rencontrer ses exigences financières (ex. : payer les comptes, faire des économies).

Ma façon d'assumer mes responsabilités financières ressemble à :

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Exemples</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • J'emprunte souvent de l'argent à mes proches et je n'arrive pas à les rembourser. • Je contracte régulièrement de nouvelles dettes. • Je dépense souvent de manière impulsive. 	<p><i>Exemples</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je repousse à plus tard le fait de rechercher des solutions. • J'évite de m'occuper des factures quand ça va mal. • J'ai détruit mes cartes de crédit. • Je fuis les responsabilités ou les créanciers (p.ex.: déménager, ne pas répondre au téléphone). 	<p><i>Exemples</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je trouve du soutien pour reprendre le contrôle de ma gestion financière (ACEF) même s'il m'arrive parfois d'avoir des pertes de contrôle. • Je cesse de contracter de nouvelles dettes. 	<p><i>Exemples</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je suis conscient de ma capacité financière et je prends des responsabilités en fonction de cela. • Lorsqu'il y a des coups durs, je reprends rapidement le contrôle de mes finances.
MODE A	MODE B	MODE C	MODE D

Assumer mes responsabilités financières est pour moi :

Très difficile

Difficile

Légèrement difficile

Facile



RÉTABLISSEMENT AU TRAVERS DES MODES

O = Expériences de succès dans l'accomplissement des occupations qui sont enrichissantes et significatives

P = Développement de maturité émotionnelle et capacité d'introspection

E= Expérience de respect dans une relation, où les valeurs fondamentales sont acceptées sans conditions.

SECTION 3 : EFFECTUER LA ROUTINE QUOTIDIENNE

3.1 Gérer son temps

Capacité de mettre en ordre les événements et les activités en les priorisant en leur allouant le temps nécessaire.

Ma façon de gérer mon temps ressemble à :

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je peux passer des heures à ne rien faire, incapable d'organiser mon temps. ou • Je me sens souvent déconnecté du temps. 	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • C'est l'horaire de mon conjoint qui m'aide à m'organiser. ou • Je réussis à suivre une liste lorsque j'en fais. 	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je m'organise pour ne pas être en retard. ou • Je mets mes priorités. ou • Je suis capable de planifier des temps libres. 	<p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je m'engage dans une activité principale (ex : travail) qui me donne une structure. 	<p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je suis incapable de suivre un horaire ou une routine. ou • Je manque souvent mes rendez-vous ou je suis en retard.
-2	-1	0	+1	+2

Gérer mon temps est pour moi :

Très difficile

Difficile

Légèrement difficile

Facile

PREMIÈRE ÉCHELLE: MODE DE FONCTIONNEMENT

Légende des modes de fonctionnements et comportements observables

- | | |
|-----------|---|
| -2 | Mode de fonctionnement qui nuit à la santé et au bien-être; caractérisé par des comportements de retrait, d'évitement ou de désintérêt pour les activités du quotidien. |
| -1 | Mode de fonctionnement qui fait place à des stratégies de remotivation et d'activation afin d'augmenter l'engagement dans le quotidien, (minimalement intégrées au quotidien). |
| 0 | Mode de fonctionnement qui soutient la santé et le bien-être, intégré à la routine quotidienne. Réalisation d'activités arrimée avec les besoins et les intérêts. |
| +1 | Mode de fonctionnement qui fait place à des stratégies métacognitives permettant de diminuer les conduites impulsives (minimalement intégrées au quotidien) |
| +2 | Mode de fonctionnement qui nuit à la santé et au bien-être de façon marquée ; caractérisé par des comportements désorganisés et impulsifs . |

FAITES LE TOTAL DES SCORES

- **Score égal à 0** : Un total des scores près de 0 indique un fonctionnement contributif à la santé et au bien-être.
- **Score négatif** : Un score négatif indique un mode de fonctionnement qui nuit à la santé et au bien-être; caractérisé par des comportements de **retrait**, **d'évitement** ou de **désintérêt** pour les activités du quotidien.
- **Score positif** : Un score positif indique un mode de fonctionnement qui nuit à la santé et au bien-être de façon marquée ; caractérisé par des comportements **désorganisés** et **impulsifs**.
- Plus le score est élevé, plus le mode de fonctionnement est considéré nuisible à la santé et au bien-être.

DEUXIÈME ÉCHELLE: DEGRÉ DE DIFFICULTÉ PERÇUE

- Cotation de l'échelle du degré de difficulté:
 - Échelle de Likert à 4 niveaux:
 - Très difficile: 1
 - Difficile : 2
 - Légèrement difficile :3
 - Facile : 4
 - Score total varie de 36 à 144
 - Domaine 1: 2 à 4
 - Domaine 2: 20 à 80
 - Domaine 3: 10 à 40
 - Domaine 4: 4 à 16



UTILITÉ CLINIQUE

- Identifier les objectifs en fonction des dimensions les plus nuisibles à la santé
- Identifier les réponses paradoxales pour orienter les approches
- Identifier le mode de fonctionnement privilégié
- Permet un auto-monitoring



INTERVENTIONS QUAND LE SCORE EST +

- Mode Autodestructeur
- Approche de réduction des méfaits
- Stratégies métacognitives
- ...



INTERVENTIONS QUAND LE SCORE EST -

- Mode léthargique
- Approche de remotivation du MOH
- Activation comportementale
- Exploration des intérêts



INTERVENTIONS QUAND LE SCORE EST PRÈS DE 0

- Thérapie de soutien
- Approche basée sur la mentalisation

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M. D., Ziegler, U. M., Dekker, J., Rossum, B. V., ... & Emmelkamp, P. M. (2011). Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 28-38.
- Bateman, A. W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Bozzatello, P., Rocca, P., De Rosa, M. L., & Bellino, S. (2020). Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough?. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(1), 47-61.
- Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 17(4), 927-957.
- Buchheim, A., Labek, K., Walter, S., & Viviani, R. (2013). A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 677.
- Cahill, L., Gicquel, L., & Raynaud, J. P. (2015). Borderline personality disorder. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Rey JM, editor. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21-30.
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558.
- Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., ... & Walter, M. (2011). The self-image in borderline personality disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of personality disorders*, 25(4), 517-527.
- Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2017). Work participation of individuals with borderline personality disorder: A multiple case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 46(3), 377-388. doi:10.3233/JVR-170874
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177-193.
- Falklöf, I. et Haglund, L. (2010). Daily occupations and adaptation to daily life described by women suffering from borderline personality disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 354-374.
- Flora, K. (2018). The therapeutic relationship in borderline personality disorder: a cognitive perspective.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*, 11(7), e0158678. doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health*, 11(3), 157-163.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20.

RÉFÉRENCES

- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 452-459.
- Hammel & Iwama (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for Critical Occupational Therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19: 385-394
- Hammell, K. R. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration: Appartenance, occupation et bien-être humain: Une étude exploratoire. *Canadian Journal of occupational therapy*, 81(1), 39-50.
- Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J., & Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and Mental Health*, 7, 191-202.
- Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 22(4), 418-426.
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline personality disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. *Brain Sciences*, 8(11), 201.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., et Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375-386.
- Leible, T. L., & Snell Jr, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 37(2), 393-404.
- Magnavita, J. J., Powers, A. D., Barber, J. P., & Oltmanns, T. F. (2013). *Psychopathology : from science to clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, M. A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'EMMBEP. *Canadian journal of public health*, 89(5), 352-357.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20.
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Lariviere, N., & Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: «Vivez-Bien-Votre Vie»: un cadre de référence canadien pour promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23.
- Oldham, J. (2010). Borderline personality disorder and DSM-5.
- Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., ... & Phillips, K. A. (2010). *Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder?. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 240-247.
- Paris, J. (2011). Differential diagnosis of bipolar and borderline personality disorders. *Neuropsychiatry*, 1(3), 251.
- Potvin, O. (2021). La contribution des occupations à l'identité des personnes qui vivent avec un trouble de la personnalité.
- Reid, T. (2008). *The implications of autobiographical memory style for the deficits associated with borderline personality disorder*. University of Newcastle.
- Ro, E., & Clark, L. A. (2009). Psychosocial functioning in the context of diagnosis: assessment and theoretical issues. *Psychological assessment*, 21(3), 313.
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 195.
- Salamin, V., Regamey, L., Terrapon, E., Fasseur, F., Gothuey, I., & Guenot, F. (2020, January). Une analyse qualitative du sentiment chronique de vide. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 178, No. 1, pp. 18-24). Elsevier Masson.

RÉFÉRENCES

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Employment in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(9), 25.
- Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shaguffa, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with borderline personality disorder in emergency departments. *Frontiers in psychiatry*, 8, 136.
- Sher, L., Rutter, S. B., New, A. S., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2019). Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta psychiatrica scandinavica*, 139(2), 145-153.
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of personality disorders*, 29(6), 828-838.
- Stoffers, J., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD005653.
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Svaldi, J., Philipsen, A., & Matthies, S. (2012). Risky decision-making in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 112-118.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-12.
- van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Goebel, R., & Arntz, A. (2015). Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: A critical review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 51, 64-76. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.01.001
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Weißgerber, S., Roepke, S., & Schütz, A. (2015). Self-concept structure and borderline personality disorder: Evidence for negative compartmentalization. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 50-58.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528- 541.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476-483.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. M. Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *Am. J. Psychiatry* 173, 688-694 (2016).
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., et Silk, K.R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 19- 29.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103-109.