

3 Poser le diagnostic et dispenser de la psychoéducation

Gabrielle Ilagan, B.A., Teresa Carreño, M.D.,
Lois W. Choi-Kain, M.D., M.Ed., DFAPA

Échanges au sujet du diagnostic

Les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline* (TPB) bénéficient souvent d'un traitement pour la première fois, mais il est rare qu'ils consultent avec un diagnostic de TPB. Il se peut qu'ils ne cherchent pas du tout à obtenir de l'aide et qu'ils se trouvent à votre consultation simplement suite à la demande (ou à l'exigence) de leurs proches. Les adolescents et leurs parents peuvent être en détresse sans avoir une compréhension cohérente des problèmes qu'ils rencontrent. Le *Good Psychiatric Management* (GPM) repose sur une évaluation et une restitution du diagnostic quel que soit le trouble associé, de sorte que des problèmes stressants et déroutants deviennent compréhensibles et donc gérables. Le GPM pour les TPB, grâce au modèle d'hypersensibilité interpersonnelle, fournit un cadre pour comprendre les interactions houleuses que les patients ont avec leur entourage ; cela permet de discuter des implications de cette hypersensibilité de manière objective et pragmatique. Les patients ont les meilleures chances d'obtenir des résultats positifs lorsque le diagnostic est posé de manière précise et au bon moment.

Il est important d'évaluer précocement les symptômes qui permettent d'identifier les adolescents susceptibles de développer un TPB, notamment les automutilations répétitives, les comportements impulsifs de mise en danger, les problèmes d'intériorisation et d'extériorisation, les accès de colère fréquents, les problèmes interpersonnels, ainsi que l'instabilité de l'identité ou de l'estime de soi (Kaess et al., 2014). Les troubles comorbides tels que le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et le trouble oppositionnel avec provocation, l'émotivité négative et certains traits de tempérament tels que le manque de maîtrise de soi, la faible sociabilité et la timidité permettent de prédire les symptômes du TPB. Il est également possible que le diagnostic de TPB devienne apparent au travers des schémas interpersonnels qui se déploient et sont observés au cours du

traitement (par exemple les crises de colère, la méfiance à l'égard de vos intentions et celles des parents, les demandes fréquentes pour que vous soyez disponible).

La restitution du diagnostic au début de la trajectoire thérapeutique du patient améliore les résultats à long terme. Cependant, de nombreux thérapeutes hésitent à poser le diagnostic de TPB, en particulier chez les adolescents (Laurensen et al., 2013). Un certain nombre de croyances courantes, mais inexactes, sur le diagnostic de TPB chez les adolescents ont alimenté cette hésitation à transmettre le diagnostic. Ces croyances sont présentées dans le [tableau 3.1](#), avec des contre-arguments tirés d'études actuelles qui devraient encourager le partage d'informations factuelles sur les signes précoces, les facteurs de risque et le diagnostic de TPB.

La restitution du diagnostic permet de commencer le traitement avec une orientation claire en termes d'objectifs, de rôles et d'attentes. Le fait de savoir sur quoi travailler, savoir qui fait quoi et ce à quoi le patient et sa famille peuvent s'attendre apporte une prévisibilité et une direction auxquelles on peut revenir dans les situations stressantes. Contrairement aux affirmations selon lesquelles les adolescents avec un TPB ne font qu'éprouver une angoisse d'adolescent normale, les symptômes de TPB chez ces jeunes sont caractérisés par leur gravité, leur persistance et par la présence de problèmes d'internalisation et d'externalisation (Sharp et Fonagy, 2015). La psychoéducation sur le TPB peut aussi aider à différencier les problèmes cliniquement préoccupants des problèmes courants des adolescents, ce qui peut être validé et normalisé tant pour les patients que pour leurs parents.

Le partage du diagnostic permet d'ancrer les attentes du patient et du thérapeute

Le diagnostic de TPB permet au patient, à sa famille et au clinicien de comprendre que le patient présente des vulnérabilités à long terme. Pourtant, loin d'être pessimiste, ce message met l'accent sur le potentiel du patient à gérer de manière proactive et réaliste sa sensibilité au stress, aux émotions et aux interactions sociales. Il établit des attentes quant à la possibilité d'une amélioration des symptômes et d'une récupération fonctionnelle, tout en soulignant que le patient devra s'investir pour renforcer son propre fonctionnement et construire une vie satisfaisante. Il est recommandé de transmettre des informations sur l'efficacité et les limites des médicaments afin d'aider le patient et sa famille à se concentrer sur ce qu'ils peuvent entreprendre en dehors des séances pour favoriser les progrès. En outre, la psychoéducation sur l'évolution du TPB et d'autres diagnostics comorbides tels que les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'anxiété, les troubles alimentaires et la consommation de substances psychoactives peut permettre de réorienter le traitement concernant ce qui doit être traité en priorité (voir chapitre 6).

Tableau 3.1. Raisons de partager le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (TPB).

Pourquoi les thérapeutes ne partagent-ils pas le diagnostic ?	Raisons pour lesquelles les thérapeutes devraient parler du diagnostic
« Je ne pense pas que le diagnostic de TPB soit valide ou fiable à l'adolescence. »	<ul style="list-style-type: none"> – La fiabilité et la validité du diagnostic de TPB sont similaires à l'adolescence et à l'âge adulte (Chanen et McCutcheon, 2013). – Le DSM-5) et la CIM-11 reconnaissent tous deux le diagnostic de TPB chez les adolescents (American Psychiatric Association, 2013 ; Organisation mondiale de la santé, 2019).
« C'est juste une angoisse d'ado, typique chez les adolescents, qui passera naturellement. »	<ul style="list-style-type: none"> – L'évolution des symptômes du TPB chez les adolescents peut varier d'un individu à l'autre. Les symptômes peuvent rester stables, s'améliorer ou s'aggraver avec le temps (Wright et al., 2016a). – Même si les symptômes TPB s'améliorent chez certains individus, la présence de symptômes graves pendant l'adolescence permet de prédire une altération du fonctionnement à l'âge adulte (Johnson et al., 2000 ; Skodol et al., 2007).
« Le diagnostic est porteur de désespoir. »	<ul style="list-style-type: none"> – La restitution du diagnostic facilite l'établissement d'une alliance thérapeutique solide et nourrit l'espoir (Shepherd et al., 2017 ; Sulzer et al., 2016).
« Le patient se sentira honteux ou critiqué. »	<ul style="list-style-type: none"> – La croyance selon laquelle le patient ressentira de la honte ou sera critiqué est une projection contre-transférentielle qui contribue à perpétuer la stigmatisation. Un diagnostic précis permet de réduire la stigmatisation, les critiques, l'exclusion et la colère, ce qui soulage les patients et leurs familles (Pearce et al., 2017) ; S.R. Masland et al., manuscrit en préparation, 2021). – Il n'existe aucune preuve que les adolescents aient une expérience négative lors de la discussion du diagnostic quand elle est effectuée dans le cadre d'une proposition de traitement efficace du TPB.
« Je ne crois pas que je puisse traiter le TPB. »	<ul style="list-style-type: none"> – Il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste du TPB pour traiter efficacement ce trouble. – Les approches généralistes et brèves ont démontré leur efficacité dans la réduction des symptômes du TPB ainsi que d'autres symptômes psychiatriques chez les adolescents.
« Je peux aider ce patient sans poser le diagnostic. »	<ul style="list-style-type: none"> – Cela peut être vrai dans certains cas, mais souvent ce n'est pas le cas. – La restitution et la discussion du diagnostic présentent plusieurs avantages importants. Elles permettent d'établir des attentes réalistes quant au déroulement et au traitement, ce qui aide à préparer les cliniciens à gérer leur propre contre-transfert. Cela augmente également la probabilité d'interventions efficaces tout en diminuant la probabilité d'interventions inefficaces telles que la polypharmacie excessive. De plus, cela permet de minimiser les interférences avec le développement normal du patient.

Source : adapté de Gunderson et Links, 2014.

La discussion sur le diagnostic de TPB renforce l'alliance thérapeutique

Le partage du diagnostic de TPB peut fournir un contexte propice à l'expression des difficultés du patient et de sa famille. Cela permet de reconnaître que les difficultés rencontrées ne sont pas uniques, mais font partie d'un ensemble de symptômes et de schémas de pensée et de comportement associés au TPB. La reconnaissance du diagnostic peut réduire les sentiments d'isolement et d'autoaccusation chez le patient et sa famille. Savoir qu'il existe des traitements et des professionnels compétents familiarisés avec le TPB peut apporter un sentiment de réassurance et d'espoir quant à la possibilité de surmonter les difficultés. En partageant des connaissances fondées sur l'expérience clinique et la recherche scientifique, les professionnels peuvent aider le patient et sa famille à mieux comprendre la nature du TPB, ses causes et les approches de traitement disponibles.

Le diagnostic sensibilise les thérapeutes et l'entourage aux enjeux à venir

Le fait de savoir que votre patient a un TPB vous permettra de tenir compte de sa sensibilité interpersonnelle et cela vous aidera à comprendre à quel moment il sera plus susceptible d'être réceptif ou qu'il rejettera ce que vous avez à dire, selon qu'il se sent plus connecté ou menacé. Sans cette perspective, vous risquez de réagir de manière automatique en ayant des réactions trop soutenantes ou au contraire trop frustrantes, de sorte que cela peut aggraver les symptômes et nuire à la collaboration, qui reste variable. Au lieu de répondre à la dépendance et à l'idéalisation du patient en étant soutenant ou de répondre à sa dévalorisation par de la colère, vous pouvez l'aider à identifier ces tendances et explorer avec lui d'autres façons de comprendre les interactions interpersonnelles.

Poser un diagnostic précoce améliore les résultats à long terme

Le TPB peut être à l'origine d'un arrêt du développement des adolescents au niveau de la constitution de l'identité, de l'engagement à l'école, de la construction d'un réseau social et de compétences sociales ainsi que de l'accroissement de l'autonomie. L'identification du TPB à un stade précoce peut aider à réduire l'interférence du TPB sur le développement normal. La médicalisation du diagnostic permet d'aider les adolescents à comprendre qu'ils peuvent gérer ces symptômes au lieu de considérer les symptômes comme quelque chose qui les définit en tant que personne. En intervenant précocement pour traiter les symptômes du TPB, il est possible de réduire le risque de persistance des symptômes, de prévenir une détérioration de la

santé mentale et de préserver le fonctionnement social et scolaire (Greenfield et al., 2015 ; Wright et al., 2016a). Il est important de faire preuve d'empathie envers le patient en reconnaissant le fardeau stressant qu'il peut porter, et de travailler avec lui sur les problèmes liés au TPB afin d'optimiser sa santé et son fonctionnement. Il est essentiel de souligner que ces efforts peuvent avoir un impact tant à court terme qu'à plus long terme dans la vie du patient.

Comment parler du diagnostic ?

Critères du DSM-5

Une approche simple pour parler du diagnostic de trouble de la personnalité *borderline* (TPB) consiste à passer en revue l'ensemble des critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), à les relier à des expériences ou à des éléments que le patient a partagés avec vous, ou à des observations que vous avez faites, puis à lui demander d'autres exemples correspondant à ces critères. Cette approche présente l'avantage d'impliquer les patients en les aidant à relier les symptômes à leurs propres difficultés et à leurs problèmes spécifiques. Passer en revue ces critères leur permet de jouer un rôle actif dans leur traitement et favorise une dynamique de collaboration pour construire une alliance thérapeutique solide. Lorsque le diagnostic est accompagné d'une psychoéducation appropriée et que le thérapeute transmet de l'espoir et de l'optimisme quant au rétablissement, les patients ont plus de chances de réagir positivement au diagnostic (Lester et al., 2020).

Les adolescents plus âgés peuvent comprendre, et s'identifier aux critères du DSM-5 tels qu'ils sont rédigés. Cependant, pour les plus jeunes, il peut être utile de traduire ces critères dans un langage auquel ils peuvent s'identifier en cas de besoin. Le [tableau 3.2](#) propose différentes options de formulation fondées sur des évaluations structurées du TPB chez les jeunes.

Tableau 3.2. Critères du DSM-5 adaptés aux adolescents.

Critères du DSM-5 pour les adultes	Formulations que l'adolescent pourrait partager directement avec vous	Questions à poser si vous n'avez pas obtenu l'information
Efforts épuisés pour éviter un abandon réel ou imaginaire	« J'ai peur que les personnes que j'aime s'en aillent et ne reviennent pas. » ^a « J'ai du mal à développer des liens étroits avec les autres car ils m'abandonnent souvent. » ^b	« As-tu déjà fait des efforts désespérés pour éviter de te sentir abandonné ou d'être abandonné, par exemple en envoyant des SMS ou en appelant quelqu'un à plusieurs reprises pour t'assurer qu'il se soucie toujours de toi, en le suppliant de ne pas te quitter ou en vérifiant à plusieurs reprises ses pages de réseaux sociaux ? » ^c





Critères du DSM-5 pour les adultes	Formulations que l'adolescent pourrait partager directement avec vous	Questions à poser si vous n'avez pas obtenu l'information
Mode de relations interpersonnelles instables et intenses, par l'alternance entre idéalisation et dévalorisation	« Les relations avec ceux qui me sont proches connaissent beaucoup de hauts et de bas. » ^b	« Es-tu souvent passé de l'admiration pour quelqu'un au sentiment de ne plus le supporter ? » ^d « Est-ce que tu te disputes souvent avec tes amis ou est-ce que tu as dû souvent t'éloigner d'eux ? »
Perturbation de l'identité associée à une instabilité marquée et persistante de l'image de soi	« Je suis souvent différent selon la personne avec qui je suis et selon la situation, et je ne suis donc pas toujours sûr de qui je suis. » ^b	« As-tu souvent eu l'impression de ne pas savoir qui tu es ou de ne pas avoir d'identité ? » ^c
Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet	« J'ai des ennuis parce que je fais les choses sans réfléchir » ^a <i>Comportements spécifiques :</i> « J'ai souvent pris des drogues ou de l'alcool pour arrêter de ressentir ce que je ressentais. » « Je mange souvent de manière compulsive pour gérer mes émotions. » « Il m'arrive d'acheter des choses dont je n'ai pas besoin parce que cela me permet de ne pas me sentir mal ou vide pendant un petit moment. » « J'ai souvent flirté, échangé des messages sexuels ou eu des relations avec quelqu'un d'autre pour combler un vide, me sentir désiré ou obtenir une approbation » « J'ai souvent volé des choses sans qu'il s'agisse d'un défi »	
Répétition de comportements, de menaces ou de gestes suicidaires ou d'automutilations	« Quand je suis contrarié, je fais fréquemment quelque chose pour me faire du mal. » ^e « J'ai menacé de me faire du mal dans le passé. » ^b	« Est-ce que tu as déjà essayé de te tuer ? »



Critères du DSM-5 pour les adultes	Formulations que l'adolescent pourrait partager directement avec vous	Questions à poser si vous n'avez pas obtenu l'information
Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur	« Je ressens très fortement mes émotions. Par exemple, quand je me fâche, je me fâche vraiment. Quand je suis heureux, je suis vraiment, vraiment heureux. » ^a « J'ai souvent l'impression de vivre des montagnes russes émotionnelles. » ^b	« Est-ce que tu as déjà remarqué que ton humeur pouvait changer subitement, par exemple en te sentant bien puis en devenant vraiment triste ou très fâché ou extrêmement nerveux, craintif ou effrayé ? » ^d
Sentiments chroniques de vide	« Parfois, je me sens terriblement vide à l'intérieur. » ^e	« Est-ce que tu as déjà eu l'impression de ne ressentir aucune émotion à l'intérieur ? Ou qu'il n'y a rien à l'intérieur ? » ^d
Colère inappropriée, intense ou difficulté à contrôler sa colère	« J'ai peu de contrôle sur ma colère. » ^c	« Est-ce que tu te sens très en colère la plupart du temps ? » ^d « Est-ce que tu t'es souvent senti très en colère, mais tu as réussi à la cacher pour que les autres ne s'en aperçoivent pas ? » ^d
Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères	« Parfois, j'ai l'impression de ne pas être réel. » ^b	« Est-ce que tu te méfies souvent des gens ? » ^c « Est-ce que tu t'es souvent senti comme irréel ou comme si les choses autour de toi étaient irréelles ? » ^c « Est-ce que tu as souvent eu l'impression que tu étais physiquement séparé de tes émotions ou comme si tu te voyais de loin ? » ^d « Est-ce qu'il t'est arrivé plusieurs fois de te sentir à l'écart ou engourdi ? » ^d

Remarque : Dans un contexte clinique, les critères de diagnostic du DSM-5 sont suffisants et conseillés pour poser le diagnostic. Pour la recherche ou si une évaluation plus complète est nécessaire, des instruments spécifiques aux adolescents sont disponibles dans les notes a-e.

^a *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFSC) version courte (BPFSC-11).

^b *Borderline Personality Questionnaire* (BPQ ; Poreh et al., 2006).

^c *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD ; Noblin et al., 2014 ; Zanarini et al., 2003).

^d *Childhood Interview for Borderline Personality Disorder* (CI-BPD ; Zanarini 2003).

^e *Personality Assessment Inventory-Adolescent's Borderline Features Scale* (PAI-A-BOR ; Morey 2007 ; Venta et al., 2018).

Adaptation à l'âge

En fonction de l'âge de développement du patient et de la dynamique familiale, le clinicien peut décider de restituer le diagnostic aux parents d'abord, à l'adolescent d'abord, ou à toute la famille en même temps. Les trois narratifs suivants, qui orientent cette discussion, font appel à la perspective développementale illustrée dans la figure 2.1.

Après avoir passé en revue les critères du TPB avec les parents, le thérapeute peut expliquer :

Certains enfants naissent plus sensibles que d'autres pour des raisons génétiques. Leurs émotions négatives sont plus intenses et ils sont plus réactifs sur le plan émotionnel. Ces enfants peuvent être plus difficiles à comprendre et à élever. Leurs besoins émotionnels peuvent ne pas être clairs et ils peuvent susciter des émotions intenses chez leurs parents, ce qui rend plus difficile la satisfaction de leurs besoins émotionnels. Il est difficile de leur apprendre à s'apaiser, et leur hypersensibilité peut causer de nombreux problèmes dans leurs relations. À l'adolescence, ils peuvent être plus intensément en colère et critiquer les autres, en particulier leurs parents, qui n'ont pas su répondre à leurs besoins émotionnels. Ils apportent ces désirs, déceptions et exigences dans leurs autres relations, ce qui occasionne des difficultés pour garder des amis et pour ressentir un sentiment d'appartenance. Ils peuvent souvent susciter des émotions négatives chez les autres et se sentir vulnérables face à des réactions négatives telles que le rejet ou l'intimidation. Ils peuvent également susciter des sentiments de culpabilité ou de protection chez les autres, provoquant des réactions de sauvetage qui peuvent entretenir les attentes irréalistes de voir leurs besoins satisfaits, ce qui maintient ce cycle.

Les adolescents plus âgés peuvent vraisemblablement comprendre le narratif de restitution diagnostique conçu pour les adultes (adapté de Choi-Kain et Gunderson, 2019, p. 15 ; Gunderson et Links, 2014, p. 23-24) :

Les personnes souffrant de TPB naissent avec une prédisposition génétique qui les rend très sensibles et réactives aux personnes qui s'occupent d'elles. Par rapport aux autres enfants, elles sont plus susceptibles d'attribuer du rejet ou de la colère aux comportements de leurs parents. Elles ont généralement grandi avec le sentiment d'avoir été traitées injustement et de n'avoir pas reçu l'attention ou les soins dont elles avaient besoin. Elles en éprouvent du ressentiment et, en tant que jeunes adultes, elles espèrent établir une relation avec quelqu'un qui pourra compenser ce qu'elles estiment être un manque. La relation souhaitée est exclusive, ce qui déclenche des réactions intenses suite à des affronts, des rejets ou des séparations, qu'ils soient réels ou perçus comme tels. Comme on peut s'y attendre, les attentes irréalistes et

