



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Thérapie Basée sur la Mentalisation et Trouble de la Personnalité  
Borderline : Impacts Thérapeutiques, Revue de la Littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Septembre 2017 à 16 Heures au  
Pôle Formation

**Par Laure Vallaud Poilblanc**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Madame le Docteur Catherine VAN NEDERVELDE**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Catherine VAN NEDERVELDE**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

<b>BDI</b>	Beck depression Inventory
<b>CIM-10</b>	Classification Internationale des Maladies – 10
<b>DBT</b>	Dialectic Behavioral Therapy
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic Statistical Manual IV
<b>DSM V</b>	Diagnostic Statistical Manual
<b>IPP</b>	Inventory Interpersonal Problems
<b>GAF</b>	Global Assessment Functioning
<b>MBT</b>	Mentalization Based Treatment
<b>MBT-A</b>	Mentalization-based Treatment for Adolescents
<b>MBT-F</b>	Mentalization-Based Treatment for Families
<b>MBT-IOP</b>	Mentalization-Based Treatment – Intensive Outpatient Program
<b>MBT-PH</b>	Mentalization-Based Treatment- Partial Hospitalization
<b>NEO-PI-R</b>	Personality Inventory Revised
<b>OPT</b>	Other Psychotherapy
<b>SAS</b>	Social Adjustment Scale
<b>SCID-II</b>	Structured Clinical Interview for DSM Disorders II
<b>SCL-90</b>	Symptoms Checklist- 90
<b>SCM</b>	Structural Clinical Management
<b>SUAS</b>	Suicide Assessment Scale
<b>TAU</b>	Treatment As Usual
<b>TPB</b>	Trouble de Personnalité Borderline

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>Première partie : Description des concepts.....</b>	<b>4</b>
I. Concept de mentalisation .....	4
A. Définitions et aspects historiques .....	4
B. Evolution du concept de mentalisation .....	5
C. Agentivité, intersubjectivité et affectivité mentalisante.....	5
D. Prémentalisation.....	7
E. Axes de mentalisation .....	8
1. Axe affectif-cognitif .....	9
2. Axe automatique- contrôlé .....	10
3. Axe externe-interne .....	11
4. Axe soi-autrui .....	11
II. Trouble de personnalité borderline .....	13
A. Aspects historiques et construction du concept.....	13
1. Classifications psychiatriques existantes .....	13
2. Point de vue psychanalytique.....	14
3. Hypothèse bio-psycho-sociale .....	16
a) Facteurs biologiques, rôle de prédisposition .....	16
b) Facteurs psychosociaux et facteurs d'entretien.....	18
B. Evolution des critères diagnostics .....	20
1. 1968, le syndrome borderline, Grinker .....	20
2. Naissance du DSM et évolution vers le DSM V .....	21
3. D'après la CIM-10 .....	23
C. Epidémiologie et signes cliniques.....	23
1. Epidémiologie.....	23
2. Description clinique .....	24
III. Attachement, Mentalisation et Trouble de la Personnalité Borderline .....	28
A. Définition de l'attachement et aspects historiques.....	28
1. Patterns d'attachement .....	29
2. Les représentations d'attachement, les Modèles Internes Opérants (MIO) .....	31
3. Correspondances chez l'adulte .....	32
4. Modulation d'activité de l'attachement.....	34
B. Lien entre attachement et mentalisation.....	36
1. L'attachement comme vecteur développemental de la mentalisation... 36	
2. Exemples d'éléments déclenchant l'arrêt de la mentalisation .....	37
C. Attachement, mentalisation, et développement de trouble psychopathologique : cas du trouble de personnalité borderline. ....	38
1. Particularités de l'attachement en cas de TPB .....	38
2. Forme d'échec de mentalisation chez les sujets souffrant de TPB .....	39
IV. Thérapie Basée sur la Mentalisation, au carrefour des différents concepts, au service du Trouble de Personnalité Borderline.....	42
A. Définition et principes .....	42

B.	Objectifs et cadre thérapeutique.....	43
1.	Objectifs .....	43
2.	Cadre thérapeutique.....	44
3.	Exemples de programmes de Thérapie Basée sur la Mentalisation.....	46
<b>Deuxième partie : Impact de la Thérapie Basée sur la Mentalisation chez les sujets souffrant d'un Trouble de Personnalité Borderline.....</b>		<b>48</b>
I.	Méthodologie de la revue de littérature.....	48
A.	Objectif de l'étude.....	48
B.	Matériels et méthode.....	48
II.	Résultats.....	52
A.	Impact thérapeutique de Thérapie Basée sur la Mentalisation selon le profil symptomatique des patients .....	52
1.	Trouble de l'humeur et Trouble de Personnalité Borderline.....	52
2.	Anxiété et Trouble de Personnalité Borderline .....	54
3.	Agressivité et TBP.....	54
a)	Violence.....	54
b)	Tentative de suicide.....	56
c)	Automutilations.....	58
4.	Episodes psychotiques transitoires .....	58
5.	Retentissement social .....	59
6.	Impact de la durée du traitement.....	59
7.	Impact temporel de la prise en charge de la MBT .....	60
B.	Impact thérapeutique de la Thérapie Basée sur la mentalisation du point de vue de la population cible .....	66
1.	Grossesse et périnatalité.....	66
2.	Adolescents et Familles .....	67
3.	Association ou changement psychothérapique : Impact symptomatique .....	71
a)	Passage d'un traitement psychodynamique à la MBT.....	71
b)	Association adjuvante de la Dialectique Behaviour Therapy (DBT) et de MBT.....	72
III.	Discussion .....	74
A.	Principaux résultats .....	74
1.	Résultats issus d'étude à niveau de preuve moyen .....	74
2.	Résultats issus d'études à faible niveau de preuve.....	76
B.	Limites respectives.....	77
1.	Limites des études incluses .....	77
2.	Limites de la revue .....	78
C.	Perspectives.....	79
1.	L'engagement.....	79
a)	Du point de vue du patient.....	79
b)	Du point de vue des soignants .....	80
2.	La faisabilité .....	81
<b>Conclusion.....</b>		<b>86</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>		<b>88</b>
<b>Annexes .....</b>		<b>99</b>
Annexe 1 :	Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM-IV .....	99
Annexe 2 :	Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM-V .....	101

## RESUME

**Contexte** : La psychothérapie est un traitement privilégié dans la prise en charge des troubles psychiatriques de manière générale. La Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT) tient une place de choix dans les lignes directrices de la prise en charge du Trouble de Personnalité Borderline (TPB). Ce dernier est un réel problème de santé publique de par sa prévalence, son retentissement et son spectre symptomatique large. Notre but est de décrire les impacts thérapeutiques de la MBT spécifiquement chez les personnes souffrant d'un TPB. Cela en proposant de se placer dans la posture d'un clinicien face à son patient après avoir posé un diagnostic de TPB afin de déterminer une prise en charge thérapeutique fonctionnelle.

**Méthode** : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les critères de recommandations PRISMA, par l'intermédiaire de trois bases de données: Pubmed, ScienceDirect et Embase. Nous avons effectué 42 recherches avec un algorithme de mots clés faisant référence d'une part au TPB (Critères DSM IV et V) et à la MBT.

**Résultats** : 1053 articles publiés de 2004 (date de la première utilisation de la thérapie basée sur la mentalisation en pratique clinique) jusqu'en juin 2017 étaient éligibles. 62 articles ont été choisis selon une sélection par titre et résumé. Après lecture intégrale, 13 articles ont été finalement inclus. Ils portaient sur l'impact thérapeutique de la MBT selon le profil symptomatique des patients et de la population cible dont ils font parties, et avec d'autres psychothérapies. Les résultats suggèrent une efficacité significative de la MBT sur l'ensemble de la symptomatologie du TPB. Ce travail expose les divers contextes de vie au cours des quels la MBT peut être

utilisée (adolescence, maternité, relation intrafamiliale). L'impact thérapeutique perdure dans le temps et s'associe à de multiples psychothérapies.

**Conclusion :** Ce travail nous a permis d'obtenir une connaissance concrète de l'impact thérapeutique de la MBT pour un clinicien face à des patients souffrants d'un TPB. Ces résultats doivent être confrontés aux conditions de réalisation de la MBT, coûteuse économiquement et temporellement. Ces éléments invitent à innover et réfléchir afin de proposer une mise en pratique de la MBT qui serait compatible avec le système de soin français pour la santé mentale.

## INTRODUCTION

La Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT), mise en place par A. Bateman et P. Fonagy au début des années 2000 (1), se définit par la compréhension de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui et est fondée sur des concepts en lien direct avec la psychopathologie du Trouble de Personnalité Borderline : l'attachement.

La psychothérapie tient une place de plus en plus importante dans la prise en charge des patients atteints de ce trouble par les psychiatres. Un traitement en première intention a déjà été mis en place et concerne divers troubles psychiatriques et notamment le Trouble de Personnalité Borderline et un remboursement accru des soins psychothérapeutiques chez les adolescents et jeunes adultes est envisagé (2). La Thérapie Basée sur la Mentalisation fait partie des traitements de référence au sein des lignes directrices (3) dans la prise en charge du Trouble de Personnalité Borderline.

Le Trouble de Personnalité Borderline est un réel enjeu de santé publique de par sa prévalence et son retentissement ainsi que son spectre symptomatique large.

L'analyse des impacts thérapeutiques de la Thérapie Basée sur la Mentalisation chez les patients souffrant d'un Trouble de Personnalité Borderline à travers une revue systématique de la littérature nous permettra d'en définir la portée. Il s'agit en particulier d'analyser l'apport de la Thérapie Basée sur la Mentalisation sur l'évolution des symptômes du Trouble de Personnalité Borderline en se focalisant sur les critères diagnostics afin de permettre à un praticien de déterminer l'impact de la Thérapie Basée sur la Mentalisation au regard de la symptomatologie identifiée par ce dernier.

Nous allons donc dans un premier temps décrire ces différents concepts, puis analyser, dans un second temps, les résultats de la revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA (4).

## **PREMIERE PARTIE : DESCRIPTION DES CONCEPTS**

### **I. Concept de mentalisation**

#### **A. Définitions et aspects historiques**

La capacité de mentalisation est la capacité de comprendre les états mentaux qui sous-tendent les comportements des autres. Il s'agit d'une forme d'activité imaginative qui permet de percevoir et d'interpréter le comportement en termes d'états mentaux (pensées, croyances, intentions, motivations, désirs, buts). Il s'agit d'une activité mentale imaginative et préconsciente.

La capacité à mentaliser s'inscrit au sein de la cognition sociale dans la mesure où elle correspond à la connaissance de soi et des autres.

Historiquement, la première utilisation du terme mentalisation, remonte au 19ème siècle, par E. Claparède neurologue et psychologue suisse. Mais c'est en 1990 que ce terme est utilisé dans le vocabulaire psychanalytique et psychosomatique. P. Marty l'utilise pour définir les altérations quantitatives et qualitatives des représentations chez les personnes atteintes d'affection psychosomatique (5). Chez les anglo-saxons, ce terme serait apparu pour la première fois en 1906 dans l'Oxford English Dictionary et sa première utilisation ressort d'une citation de Granville Stanley Hall, fondateur de la psychologie aux Etats-Unis. Il suggère que l'appréciation du monde mental n'est pas innée mais se forge au cours du développement et dépend du contexte social et relationnel de l'enfant (6).

## **B. Evolution du concept de mentalisation**

C'est entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, que les premiers travaux émergent autour du concept de mentalisation. Certains auteurs comme C.D. Frith propose une définition strictement cognitive (7) rattachée au concept de théorie de l'esprit (8). Dès 1991, P. Fonagy effectue des travaux autour de la sécurité de l'attachement chez l'enfant (9). Ensuite, au cours des années 2000, le concept de mentalisation évolue afin de donner naissance à une approche thérapeutique basée sur la mentalisation, inspirée des modèles psychanalytique (10). Le concept de mentalisation tel qu'il était défini était basé sur les travaux de M. Target et P. Fonagy, lesquels élaborèrent une approche intégrative afin de proposer la psychopathologie de la personnalité d'un point de vue développemental (11), et sur les rencontres psychanalytiques entre G. Moran et P. Fonagy dans les années 1990 (6).

## **C. Agentivité, intersubjectivité et affectivité mentalisante**

Afin de pouvoir mentaliser, il est nécessaire de présenter un Moi solide et avoir des relations interpersonnelles de qualité. Pour ce faire, l'individu doit avoir un attachement sécurisé, ce qui va permettre d'élaborer trois entités: l'agentivité, l'intersubjectivité, et, l'affectivité mentalisante autrement appelée mentalisation.

L'agentivité ou *self agentif*, est la faculté de penser ses actions. Ainsi, au cours de son développement, l'enfant expérimente, explore et interagit avec ce qui l'entoure. Ceci lui permettra ensuite de séparer ses actions des résultats qui en découlent et d'en prendre conscience.

L'affectivité mentalisante ou mentalisation, correspond à l'identification, la modulation et l'expression de nos affects et réactions. Elle agit comme un régulateur et joue un rôle protecteur. Elle porte la fonction réflexive (capacité immédiate et non consciente de saisir et transmettre le sens et l'intentionnalité du comportement de soi et des autres). Afin de construire une affectivité mentalisante, l'enfant doit pouvoir réguler ses affects. Ceci n'est possible que si la figure d'attachement primaire sécurise l'enfant et limite l'hyperactivation physiologique liée à l'expérience vécue (12). Le cas échéant, l'hyperactivation de l'attachement peut empêcher le bon développement neurologique de l'enfant, et ce de façon irréversible. La capacité à réguler ses affects, participe donc au développement cérébral de l'enfant. Elle permet de moduler ses actions et d'interagir avec son environnement.

L'intersubjectivité est la capacité à se représenter une relation. En effet, au cours de son développement, l'enfant va acquérir la connaissance qu'il est un « objet » parmi d'autres. Il acquiert ainsi la capacité à envisager que les autres, tout comme lui, puissent ressentir, penser et agir.

On note donc que l'affectivité mentalisante et l'intersubjectivité collaborent entre elles, afin de permettre à l'enfant d'interagir avec les autres et de penser.

Le terme de *mirroring* parental regroupe l'ensemble de ces concepts. Il permet à l'enfant de se consolider un bagage interprétatif de son vécu émotionnel et ses expériences. Ce *mirroring* parental remplit 4 fonctions : il permet de réorganiser les indices des vécus intérieurs de l'enfant, de lui donner les moyens de construire des représentations, de réguler des états émotionnels et d'avoir une communication mentalisée via l'internalisation du style communicatif.

## D. Préméntalisation

Grâce à sa capacité à interpréter l'enfant module son expérience et constitue progressivement sa capacité à mentaliser.

Au cours des six premières années de vie, où l'appareil psychique de l'enfant se constitue, son vécu psychique peut être catégorisé en trois étapes, correspondant à des étapes de préméntalisation: l'étape téléologique, l'équivalence psychique et le faire-semblant (11).

Le mode téléologique apparaît vers six mois et domine le mode de pensée du nourrisson jusqu'à ses douze mois. Il s'agit de différencier les actions de leurs conséquences, et de prédire le but d'une action. Le nourrisson ne fait pas de différence entre le monde interne et externe, et il n'analyse que ce dernier. Il prend comme lien de causalité les conséquences de l'action. L'intensité de l'expérience associée à certains états mentaux, confère à ces derniers une pertinence plus importante dans l'appréciation de la réalité. La distinction entre apparence et réalité n'est pas encore acquise. (13)

Au fur et à mesure, l'enfant prend conscience des états d'esprit comme source de causalité des comportements. De vingt-quatre à quarante-huit mois, l'enfant est guidé par des modes de pensée de l'équivalence psychique et du faire-semblant. En effet dans l'équivalence psychique, les représentations de l'enfant au sujet de lui-même ou des autres, sont considérées comme une réalité à part entière. Il s'agit d'un partage de pensée, réel vecteur social, qui s'avère problématique si l'objet fait peur. Les sentiments et fantasmes sont projetés dans le monde réel. On retrouve cette indistinction interne-externe dans la pensée magique. Ce mode de pensée, cohabite avec le faire-semblant dès quatre ans. (13) . L'enfant apprend à « jouer », forme

d'appréhension de la réalité. Ainsi dans ces situations, les états d'esprit joués sont dissociés de ceux existants réellement.

Cette réalité psychique est présente chez l'enfant à cet âge, et s'intègre progressivement dans un processus de mentalisation. C'est l'intégration de ces deux modes (équivalence psychique et faire-semblant) qui va permettre de mentaliser. Les réalités interne et externe, sont différenciées mais restent liées. Vers trois-quatre ans, c'est l'émergence des états mentaux épistémologiques, comme les croyances, et l'enfant se considère comme un agent représentationnel. Il peut ressentir de l'empathie et nouer des relations positives avec ses pairs. Il intègre également que ses états mentaux et ceux des autres peuvent avoir des conséquences sur ses actions, et vice versa. Il commence également à attribuer des erreurs de croyances à soi et aux autres. C'est ce que l'on retrouve au cours de l'acquisition de la théorie de l'esprit. L'intégration de ces deux modes, confère une nouvelle dimension à la relation avec le parent. Ces deux modes prémentalisans sont modifiés par l'interaction avec le parent dans ce que Winnicott appelle, « l'espace transitionnel ». Ainsi l'enfant peut penser, croire, expérimenter, à part entière, ceci n'étant pas du même ordre que la réalité. (13)

## E. Axes de mentalisation

La mentalisation est soutenue par diverses fonctions, que chaque individu peut présenter selon un *pattern* préférentiel, de manière plus ou moins équilibrée, on parle dans ce cas de mentalisation polarisée. Ces différentes dimensions sont au nombre de quatre. Du point de vue de la neuro-imagerie, trois systèmes neuronaux agissent comme substrats cérébraux des dimensions de la mentalisation. Le système limbique (amygdale, thalamus, hypothalamus globus pallidus, substance gris périaqueducale); le système miroir (régions pariétales latérales, frontales, et régions médianes de

l'insula), et le système de *mentalizing* est défini sur la base des différentes études sur la théorie de l'esprit qui regroupent le cortex pré-frontal dorso-médian (CPFdm), le cortex préfrontal ventromédian (CPFvm), la jonction temporopariétal (TP), et le cortex cingulé postérieur (CCP). (14)

### 1. Axe affectif-cognitif

L'axe affectif cognitif correspond à sentir ce que l'on ressent. La mentalisation peut être appréhendée comme la compréhension cognitive en lien avec la compréhension affective de l'expérience amenée par le sujet. En neuroimagerie, cela correspond aux systèmes d'empathie et de *mentalizing*. Les représentations empathiques doivent être congruentes à l'émotion d'autrui. On peut néanmoins retrouver des réactions émotionnelles non congruentes en lien avec certains profils psychopathologiques, tels qu'on les retrouve chez les personnes souffrant de trouble de la personnalité antisocial, ainsi que chez les pervers et les narcissiques. Par ailleurs, dans certaines circonstances un déséquilibre entre ces deux pôles peut être observé. Chez l'individu borderline, le débordement émotionnel prend souvent le dessus sur les l'élaboration cognitive de la mentalisation, dans cette situation, l'individu s'expose à des sursauts émotionnels intenses avec des émotions appartenant à autrui (par exemple, contagion de conduites automutilatrices dans des groupes d'adolescents), ou à attribuer à d'autres ses propres émotions. Ainsi, un sentiment d'empathie authentique survient difficilement. Au contraire, la prédominance du pôle cognitif, induit l'hypermentalisation, où l'on tient un discours très détaillé sans ressenti d'authenticité. Il s'agit d'une forme de pseudomentalisation. Cliniquement, c'est Carla Sharp en 2011 utilisant le MASC (Movie for the Assessment of Social Cognition) (15), qui montre que chez les patients borderline, on note davantage de

réponses hypermentalises. L'utilisation de cette pseudomentalisation exerce un effet négatif sur leur capacité à réguler leurs émotions.

## **2. Axe automatique- contrôlé**

L'axe automatique contrôlé est également appelé, implicite-explicite. Le pôle implicite permet de réagir et de percevoir et est lié à la mémoire procédurale. Il s'agit d'attribuer aux autres de manière automatique et inconsciente des états mentaux qui guident un certain nombre de comportements. Ceci permet un ajustement social rapide voire même une anticipation de l'état d'esprit d'autrui. D'un point de vue, phylogénétique, on note que les procédés automatiques sont plus anciens que les procédés contrôlés. Ainsi, on note que la mentalisation automatique est plus facilement associée à l'activation des régions émotionnelles du cerveau. La notion de passage entre la dimension automatique à la dimension contrôlée, correspond au concept de « flexibilité adaptative » d'Allen et al (16). La mentalisation explicite permet de penser et parler à propos de nos états mentaux. L'utilisation des processus contrôlés implique une attention aux états d'esprit des autres, et leur compréhension. Cette flexibilité permet de comprendre sans être trop intrusif, elle permet de garder une juste distance relationnelle. L'équilibre entre ces deux entités peut varier selon les individus. Chez les individus borderline, Le seuil de débordement émotionnel est rapidement atteint et les procédés automatiques prennent le dessus sur les procédés contrôlés. (14)

### **3. Axe externe-interne**

Cette dimension s'intéresse au contenu sur lequel se base la compréhension mentalisée. L'activité interne correspond à des éléments non visibles : pensées, intentions, et est donc issue de l'activité imaginative. Le processus externe correspond davantage au registre mental, aux actions et aux effets sur le monde réels, c'est-à-dire aux processus perceptifs.

En neuroimagerie, les processus internes sont sous tendus par les régions du cortex médian, et les processus externes par le cortex latéral. En ayant un questionnement ciblant le « pourquoi » et le « comment », Gilead et al ont corroboré ces analyses. (17). D'un point de vue clinique, chez les patients borderline, ils ne parviennent pas à interférer dans le monde interne des autres, tout en se focalisant sur le monde externe (par exemple, l'expression faciale), alors qu'ils sont capables de reconnaître les indices comportementaux de manifestations émotionnelles. A l'inverse, les personnes ayant un trouble de personnalité antisocial, sont en difficulté pour décoder les émotions de base en se focalisant sur des indices perceptifs (monde externe), mais sont doués pour lire les états internes d'autrui, leur permettant de manipuler aisément. (14)

### **4. Axe soi-autrui**

Lorsque la figure d'attachement principale interagit avec l'enfant en relevant ses états internes, l'intérêt pour les états mentaux se développe davantage et peut prédire les capacités de mentalisation ultérieure. Grâce à ces interactions, les états internes, reconnaissables, sont considérés comme intrinsèquement liés aux manifestations comportementales ce qui sous-tend de mentaliser soi et autrui.

La dimension soi-autrui en appelle à la question de l'objet (qui est mentalisé) et du degré de différenciation entre soi et les autres. D'un point de vue neurologique, le système qui relie les neurones miroirs à l'activité de simulation automatique, permet au cerveau d'imiter automatiquement les gestes d'autrui afin d'en dégager une compréhension basée sur la simulation. Ce sont ces mêmes neurones qui seraient impliqués dans les processus d'attribution à autrui. Ce système permet par simple observation, de partager automatiquement les émotions actions et sensations des autres, comme on peut le retrouver dans le bâillement ou de l'imitation des gestes de l'autre lors d'une discussion. L'autre système en jeu, système de *mentalizing*, correspond aux aires du cortex préfrontal médian et aux jonctions temporo-pariétales. Le système de *mentalizing* traite l'information abstraite et symbolique concernant les états mentaux de soi et d'autrui, en leur permettant de les différencier : c'est le premier qui apparaît avant au cours du développement. Si une atteinte au cours du développement a lieu, le sens de soi et d'autrui peut donc être perturbé et impacté sur la cognition sociale. Il s'agit d'une atteinte précoce comme on le retrouve chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique. Si l'atteinte apparaît plus tard (abus chroniques, négligences chronique ou précarité), c'est la stabilité des processus de différenciation soi-autrui qui sera touchée. L'attachement a un rôle dans la fixation de la dimension soi-autrui. En effet, si l'attachement est insécure, il peut influencer la mentalisation en favorisant la cible de la mentalisation, en favorisant l'un ou l'autre, au détriment d'un équilibre. (14)

## II. Trouble de personnalité borderline

### A. Aspects historiques et construction du concept

#### 1. Classifications psychiatriques existantes

Le terme *borderline* a été utilisé pour la première fois en 1884 par C. Hugues (18). Par la suite, ce concept est décrit selon deux écoles. En effet, les franco-allemands utilisent une définition nosographique du trouble alors que les anglo-saxons s'attachent à les exposer selon des descriptions sémiologiques.

Les franco-allemands décrivent ce concept comme s'intégrant au sein du champ des psychoses, c'est-à-dire au sein de classifications déjà existantes. En effet, E. Bleuler et E. Kraepelin, les nomment respectivement *schizophrénie latente* et *démence précoce atténuée*, décrivant un relâchement des associations primant sur les aspects productifs du trouble. C'est ainsi qu'il définit le groupe des *schizophrénies*. Par la suite, les descriptions s'enrichissent. Entre 1895 et 1890, K. Kahlbaum évoque l'*hébéoïdophrénie*, étant une forme avec présentation psychopathique de la *schizophrénie*. En 1921, E. Kretschmer isole la notion de *schizoïdie* correspondant à une forme clinique de *schizophrénie* qui réunit inhibition et impulsivité sans dissociation, et H. Claude celle de *schizomanie*, à l'interface entre *névrose* et *psychose* (19). Cela débouchera sur le concept de *schizonévrose* décrit en 1939 et qui sera repris par H. Ey en 1955 (20). Il s'agit de la concomitance de manifestations névrotiques correspondants à des éléments tantôt hystériques, psychopathiques et obsessionnelles ; et d'épisodes psychotiques aigus délirants ou dissociatifs. Ce point de vue est partagé par les américains G. Zilboorg et A. Hoch. (20).

On note donc une volonté de maintenir ces descriptions nosographiques au sein du spectre de la schizophrénie. Cependant, ils les placent à la frontière, « limite », entre la névrose et la psychose.

## 2. Point de vue psychanalytique

C'est à partir des années 40 aux Etats-Unis qu'est décrit le trouble borderline à proprement parler, étant dans la continuité des travaux psychiatriques qui ont émergé dans les précédentes décennies.

A. Stern en 1936 reprend des hypothèses psychanalytiques anglo-saxonnes, qu'elle introduit dans son article « Investigations psychanalytiques et abord thérapeutique dans un groupe borderline des névroses ». Elle évoque l'insécurité permanente des patients, leur hypersensibilité affective, leur faible estime d'eux-mêmes, et une angoisse majeure engendrant le passage à l'acte dès qu'on note un déséquilibre d'ordre narcissique. Cette entité trouve son origine dans des traumatismes précoces liés à des carences affectives maternelles. Elle décrit ces patients comme faisant partie des troubles de personnalité de type narcissique avec une tendance importante à se diriger vers des personnalités psychotiques (21).

En 1942, H. Deutsch reprend les idées d'A. Stern et décrit un type de personnalité qui se distingue par une relation superficielle à l'autre, en utilisant le terme « as if ». Plus tard, Winnicott, reprendra ce concept et parlera de « faux-self ». (22).

Par la suite, les auteurs se sont attachés à enrichir les descriptions sémiologiques de cette population, et d'autres à en repérer les facteurs étiologiques. Parmi eux, Knight en 1953, effectue une étude descriptive à l'issue de laquelle il explique qu'une altération des fonctions moiïques est associée au concept d'état limite, s'agissant de « l'affaiblissement sévère des processus secondaires de pensée, d'intégration, des

projets réalistes, d'adaptation à l'environnement, de maintien de relation d'objet et défense contre les impulsions primitives inconscientes ». Ce dernier intègre cependant ces éléments comme une étape temporaire avant la schizophrénie. (21)

Ce sont les conclusions de Knight dont s'inspire O. Kernberg en 1978. Il est l'un des auteurs qui participent le plus aux travaux de recherche portant sur la définition de l'état limite. Il considère que l'organisation de la personnalité borderline n'est plus transitoire mais constitue une lignée structurale stable et autonome. Il finira par envisager une triple perspective : structurale, descriptive et psychodynamique. (21) (22).

A peu près au même moment, le français J. Bergeret théorise l'état limite. Il le décrit comme « une troisième lignée psychopathologique », distincte entre névrose et psychose, la lignée dépressive limite. Il fait l'hypothèse traumatique. En effet, un premier traumatisme désorganisateur précoce au moment de l'œdipe, provoque une fixation temporaire dans une période de latence, qui fige l'évolution du Moi pendant plusieurs années, tout au long de l'âge adulte. Ainsi cet état constitue le « tronc commun aménagé » et constitue l'état limite. L'individu reste à cet état en moyennant des aménagements (pervers, caractériel), ou bien cet état éclate lors d'un deuxième traumatisme désorganisateur qui viendra fixer de manière souvent irréversible la structuration limite (dépression chronique, psychose de type mélancolique, voie névrotique de type phobique, ou encore psychosomatique). (22)

D. Widlöcher en insistant sur l'hétérogénéité des données sémiologiques qui fondent le concept, a parlé d'organisation plutôt que de structure. Cette organisation recouvre des attitudes et opérations tendant à la maintenir dans la stabilité. Il distingue les états limites des états névrotiques au travers des modalités de représentation de soi et des objets. Il les distingue également des organisations psychotiques grâce à

des critères négatifs et met l'accent sur le rôle primordial des mécanismes projectifs dans les relations interpersonnelles et les passages à l'acte. (21)

### **3. Hypothèse bio-psycho-sociale**

#### **a) Facteurs biologiques, rôle de prédisposition**

La question de l'héritabilité du trouble de personnalité borderline a été évaluée par S. Torgensen et al, qui ont montré une concordance génétique forte chez des jumeaux (23), ou encore K. Kendler qui évoque la présence de déterminants génétiques spécifiques concernant notamment l'impulsivité et la colère (24). On retrouve davantage de risque de présenter ces caractéristiques chez des proches de patients schizophrènes et ayant un trouble de personnalité borderline (25), et ces caractéristiques seraient plus accessibles aux traitements médicamenteux (26). Ainsi, on note une forte influence génétique sur les troubles de personnalité de manière générale, qui concourt avec les facteurs environnementaux anormaux (27).

En effet, on note la présence plus fréquente de naissances prématurées, d'antécédents psychiatriques, de suicide dans les familles de patients borderline. De même des données en neuro-imagerie conduisent à des informations similaires, notamment concernant les études abordant les déficits structuraux et fonctionnels des régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle, les processus attentionnels, les fonctions exécutives et le contrôle de soi présentes dans le trouble borderline. Il s'agit des anomalies présentes au niveau du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal orbitofrontal (28) du cortex dorsolatéral et de l'hippocampe (29) jusqu'à l'amygdale. Le système limbique (incluant notamment l'amygdale et l'hippocampe) intervient dans la régulation thymique et émotionnelle, et est

particulièrement activé dans des situations d'état de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée, ou encore au cours de moments de modulation attentionnelle tels que les situations sociales problématiques (30). Les études de O. Kernberg et R. Michels en 2009, attestent également de troubles cognitifs liés à des baisses de fonctionnement au niveau des cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire antérieur, intervenant dans la gestion du contrôle émotionnel (31). Des études en PET scan confirment les données suscitées (28) de même que celles utilisées avec l'IRM fonctionnelle. Ainsi, cette hyperréactivité aux stimuli négatifs signe le fonctionnement à long terme du patient borderline. Il s'agit d'une vulnérabilité émotionnelle et d'une incapacité à articuler les réponses émotionnelles associées, comme le signifie M. Linehan en 1991. Les états affectifs liés à l'impulsivité impliquent l'évacuation nécessaire d'un stress intense de manière souvent inadaptée. Les comportements auto agressifs et les colères du sujet borderline, apparaissent donc comme le résultat de cette dysrégulation émotionnelle, et apporteraient un réconfort transitoire (30). Par ailleurs, l'équipe de M. Goodman met en évidence un décalage entre les réponses physiologiques marquées du sujet borderline (passage à l'acte et colère) et l'expérience subjective associée : ce qui caractérise l'alexithymie associé à des difficultés de mentalisation (32).

D'autres facteurs biologiques faisant défaut apportent des informations supplémentaires sur l'émergence du trouble borderline. En effet, la N-Acétyl-Aspartate est diminuée chez les sujets borderline (27). De même, on retrouve une réduction du volume hippocampique et amygdalien et de leurs substrats respectifs chez les sujets borderline (33). Par ailleurs, le lien entre stress et cortisol a été étudié chez l'animal et montre l'impact du stress qui interagit dans ces régions par l'intermédiaire des récepteurs aux glucocorticoïdes. Une concordance chez l'homme a été retrouvée chez des patients présentant une symptomatologie de stress post-traumatique (33). Enfin,

des études décrivent les conséquences des traumatismes infantiles précoces où l'on retrouve une sensibilisation persistante de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien. Une autre étude montre que les femmes aux antécédents d'abus dans l'enfance ont des récepteurs ACTH six fois plus activés que les autres. On note donc une corrélation entre traumatismes précoces et l'augmentation des fonctionnalités de cet axe. (31) : ce qui démontre que des facteurs psychosociaux peuvent induire des altérations biologiques irréversibles.

Quant aux neuromédiateurs, notamment ceux impliqués dans l'agressivité, la gestion des affects et la régulation des impulsions, des variations sont observées dans des contextes précis chez les sujets borderline. En effet, il existe une corrélation inverse entre le taux de sérotonine et les niveaux d'impulsivité et d'agressivité (34). Des réductions des réponses médiées par le récepteur 5HT1A chez des femmes borderline ayant subi des abus dans l'enfance (31). Peu de données concernent le lien entre le rôle des catécholamines et la genèse du trouble borderline. D'autres travaux explorent le rapport entre le trouble borderline et des substrats biologiques: acétylcholine, vasopressine, cholestérol, et acides gras (27).

### **b) Facteurs psychosociaux et facteurs d'entretien**

M.C. Zanarinien 1997, explique que des facteurs environnementaux familiaux médiocres, une insensibilité aux besoins de l'enfant et des tensions émotionnelles ont un rôle étiologique dans le trouble borderline apparaissent comme des facteurs de risque. L'impact des abus notamment sexuels est aussi largement étudié. En effet, en 1993, M. Linehan explique que 67 à 75% des patients borderline ont été abusés

sexuellement, et ce surtout dans l'enfance (27). L'utilisation du clivage et du cloisonnement comme mécanisme de défense chez les sujets borderline a été étudié dans l'étude de Schiffer et al. Ces derniers décrivent le rôle des traumatismes précoces dans la latéralisation hémisphérique avec l'utilisation des Potentiels Evoqués Auditifs pour mesurer l'activité hémisphérique. On note que les sujets borderline présentent un défaut d'intégration hémisphérique car ils utilisent préférentiellement l'hémisphère gauche. (26)

On comprend donc aisément que des facteurs situationnels se surajoutent à des facteurs prédisposants. M. Linehan parle d' « environnement invalidant » dans un contexte qui ne tolère ni les expériences propres de l'enfant ni leur expression émotionnelle. Ainsi l'enfant présente une mauvaise adaptation aux traumatismes. Le rôle délétère du milieu familial peut induire une inhibition ou une labilité émotionnelle, car il n'a pas pu aider à gérer, comprendre, identifier, réguler et tolérer les expériences émotionnelles (35) (36) ce qui est l'une des caractéristiques des abus sexuels. Dans cette situation, il est expliqué à l'enfant que cet acte est permis, mais qu'il ne peut cependant pas en faire part à d'autres. Ainsi, l'enfant abusé devenu adulte va reproduire ce comportement lié à un environnement invalidant. Ce dernier est le médiateur social d'un dysfonctionnement de personnalité (27). Le soutien parental inadapté a donc un rôle d'amplificateur dans l'interaction des facteurs héréditaires et précipitants dans la modification du développement des processus d'attachement. Enfin, d'autres facteurs d'entretien, tels que les conduites addictives maintiennent la pathogénicité du trouble. En effet, l'alcool décuple l'impulsivité, le cannabis et la cocaïne induisent des idéations délirantes persécutrices.

## B. Evolution des critères diagnostics

### 1. 1968, le syndrome borderline, Grinker

Au cours des années 70, R.R. Grinker et ses collaborateurs se penchent sur de multiples revues afin de décrire des critères diagnostiques spécifiques au trouble de personnalité borderline, qui figureront dans leur ouvrage : Le Syndrome Borderline. Il en ressort quatre caractéristiques: l'agressivité, le mode de relation anaclitique, un trouble de l'identité et une forme de dépression marquée par un fort sentiment de solitude (19). Ensuite, J.G. Gunderson décrit les trois dimensions suivantes : l'affectivité, l'identité, les cognitions comme faisant partie d'un triplé d'instabilité caractérisant les patients borderline (37). Dès 1975, J.G. Gunderson et ses collaborateurs exposent six critères opérationnels, remaniés en 1978 par J. Kolb :

- une intensité des affects (colère, hostilité, dépression),
- des troubles du comportement marqués par l'impulsivité (passage à l'acte, suicidalité),
- une adaptation socio-professionnelle superficielle
- des épisodes de distorsion cognitive avec émergence d'expériences psychotiques transitoires
- une peur chronique d'être abandonné

Par ailleurs, des travaux sont poursuivis afin de caractériser les phénomènes psychotiques transitoires, et en 1979, R.L. Spitzer et J. Endicott résolvent cette problématique en définissant un autre trouble de personnalité, qu'ils différencient du trouble borderline : la personnalité schizotypique. (38)

## 2. Naissance du DSM et évolution vers le DSM V

La classification du DSM III consiste en une définition descriptive permettant d'avoir un langage commun et de servir de base à de multiples travaux de recherche, entre divers cliniciens ayant des visions psychopathologiques différentes. Ainsi, en 1980, apparaît la classification du DSM III élaborée par l'American Psychiatric Association qui établit une synthèse des travaux réalisés auparavant et pose des critères diagnostics pour chaque trouble de personnalité, dont le trouble borderline, et leur individualisation sur un axe différent des autres troubles psychiatriques, l'Axe II (39). Cependant, la survenue de phénomènes psychotiques aigus est exclue. Le DSM III-R ne propose que peu de modification par rapport à la classification antérieure. Afin de limiter les comorbidités avec d'autres troubles de l'axe I, les critères diagnostics ont été remaniés. Par ailleurs, suite à de nombreux travaux portant sur la fréquence de survenue d'épisodes psychotiques aigus transitoires, l'American Psychiatric Association définit un nouveau critère diagnostic pour définir le trouble borderline « Survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères » (40), laquelle constitue la nouvelle version regroupée dans le DSM IV. On note que cette évolution reprend les analyses apportées par J.G. Gunderson quelques décennies auparavant.

En 2000, l'American Psychiatric Association propose d'inclure cinq critères diagnostics parmi neuf au sein du DSM IV-R (41), afin de porter le diagnostic de trouble borderline :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- mode de relations interpersonnelles instables intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation;

- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses excessives, toxicomanie, sexualité, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations ;
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours) ;
- un sentiment chronique de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (mauvaise humeur fréquente, colère courante ou bagarres répétées) ;
- survenue transitoire dans les situations liées au stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Il convient de noter que les différents troubles de personnalité décrits dans le DSM-IV sont classés entre trois « clusters » distincts de A à C. Le Trouble de Personnalité Borderline est inclus dans le *Cluster B*, caractérisé par la théâtralité, les comportements flamboyants et erratiques et l'émotivité. (42)

En 2013, un groupe de travail propose un remaniement, qui figure au sein d'une énième classification, celle du DSM V (43). Il coexiste des modèles catégoriels et dimensionnels. Les critères diagnostics du trouble borderline sont cependant identiques à la version antérieure. A ce jour, un débat persiste autour de la situation nosographique du trouble borderline, entre l'axe I (les troubles majeurs cliniques) ou II (Les troubles de la personnalité et le Retard Mental). En effet, Certains auteurs comme

J.G Gunderson estiment que le DSM V ne tient pas compte de l'hétérogénéité du Trouble et que les chevauchements diagnostics sont trop fréquents, et proposent donc une alternative. (44)

### **3. D'après la CIM-10**

La classification internationale des maladies mentales, actuellement utilisée pour effectuer les codages diagnostics, a longtemps mis de côté l'état limite. C'est uniquement dans sa dixième version, que deux sous-type type distincts à la personnalité « émotionnellement labile » (45) sont proposées: le sous-type impulsif, et le sous-type borderline, qui se rapproche de la description figurant dans le DSM IV, où le trouble de l'identité avec instabilité de l'image de soi –des objectifs-des choix d'objets sont associés à des éléments d'impulsivité avec sentiment envahissant de vide.

Les systèmes diagnostics DSM et CIM sont compatibles, l'un avec l'autre. Des outils existent afin de permettre une meilleure interchangeabilité des descriptions cliniques, et facilitent donc la comparabilité des études réalisées.

## **C. Epidémiologie et signes cliniques**

### **1. Epidémiologie**

On retrouve en population générale une prévalence aux alentours de 2% (46), avec un sex ratio femmes/ hommes entre 2 et 3 . Mais, une étude plus récente réalisée par B.F. Grant et al, atteste d'une équivalence entre les deux genres (47).

En population psychiatrique, les données sont variables, mais la plupart retrouvent 15 et 50% de patients borderline parmi les patients hospitalisés et jusqu'à 50% de patients suivis en ambulatoire (31).

Du point de vue des comorbidités, le trouble borderline présente des associations très fréquentes avec les troubles de l'axe I ; notamment, avec les troubles de l'humeur, la consommation de toxiques et les troubles du comportement alimentaire (48). Cette association aggrave d'ailleurs le pronostic et la prise en charge de ces troubles.

## 2. Description clinique

Toute la sémiologie psychiatrique peut être présente, seulement certains symptômes ont certaines caractéristiques particulièrement manifestes chez les patients limite.

- L'angoisse, qui est présente sous tout son spectre. De la crise aiguë à la sidération mentale. La caractéristique majeure chez le borderline est non pas tant son intensité mais sa facilité d'envahissement, sa diffusion et son caractère incontrôlable, sans réel facteur déclenchant. Elle est différente de l'angoisse de morcellement du psychotique et de la culpabilité névrotique, mais il s'agit de l'angoisse de perte pouvant provoquer un risque pour son intégrité psychique, sa cohérence interne. De plus, elle est difficilement identifiable par l'individu, car elle est flottante. (49) (50)

- Les symptômes névrotiques :

On retrouve fréquemment des symptômes phobiques, de situation avec une tonalité persécutive associée, ainsi que des phobies proche du trouble obsessionnel compulsif. Le sujet fournit des efforts de rationalisation majeurs, et dans les cas de

pan-phobies, se retrouve socialement très invalidé. Des idées obsédantes peuvent être présentes, mais ne sont pas accompagnées d'une lutte anxieuse et sont intégrées dans la vie réelle et sont donc également fortement rationalisées. (49)

Les symptômes hystériques sont multiples et fréquents. On note l'absence de belle indifférence, la tonalité fantasmatique et séductrice ne sont pas présentes, a contrario des tonalités manipulatrices et agressives. Les symptômes conversifs sont souvent représentés. (49)

Pour finir, des symptômes hypocondriaques, plus rares, prennent l'apparence de préoccupation pour la santé physique, qui lorsqu'ils sont associés à des phobies doivent faire penser à un trouble de personnalité borderline. (49)

- Les symptômes thymiques.

Par définition, on ne peut pas poser le diagnostic de trouble de l'humeur, chez un patient souffrant d'un TPB. Cependant la dépression est très présente et comporte des caractéristiques spécifiques dans ce contexte : l'absence de ralentissement psychomoteur et de culpabilité, une désadaptation grave à sa réalité interne et externe, la pauvreté de ses affects. L'irritabilité, la colère ainsi qu'un sentiment d'impuissance vis-à-vis de l'objet inaccessible y sont associés.

La colère, est un élément omniprésent sous différentes formes, de la « rage affective » à la manifestation de gestes auto-agressifs et souvent disproportionnés face aux causes invoquées (frustration minime, atteinte narcissique, sentiment de rejet ou de séparation), ce qui peut engendrer une instabilité sociale et professionnelle.

Le sentiment de vide chronique, qui les différencie des patients dépressifs, est témoin des échecs d'attachement précoce et peut être associé à des abus de substances ou de gestes automutilatoires. Les vécus d'ennui et de solitude peuvent contraster avec un positionnement d'omnipotence. (51)

- Les troubles du comportement, liés à l'impulsivité qui les caractérisent. Ils comprennent les passages à l'acte et les conduites de dépendance. (49)

Les passages à l'acte sont auto-agressifs (tentative de suicide, automutilations, intoxication médicamenteuse, crise boulimique,...) ou hétéro-agressifs (accès de violence, colères,...), pour répondre à une pulsion et sont utilisés comme moyens de communication. Le clivage très présent explique leurs répétitions malgré la critique à distance que peuvent formuler les patients.

Les conduites de dépendance sont souvent retrouvées autour de l'alcoolisme (binge drinking) et de la polytoxicomanie, ayant pour objectif de reproduire de manière artificielle le clivage. On retrouve fréquemment des troubles du comportement alimentaire, de type boulimique ou mixte et plus rarement d'anorexie restrictive. De plus, on note des comportements sexuels polymorphes prenant une forme addictive, à la recherche de promiscuité. Les partenaires sont souvent multiples, et les conduites à risque très importantes.

Les modalités relationnelles sont de type anaclitique et renvoient à des liens d'attachement précoce. Ces liens oscillent entre rejet et fusion et renvoient aux angoisses d'abandon.

- Episodes psychiatriques aigus, qui provoquent des soins institutionnalisés. Ils correspondent à de tentatives de suicide, amenant à des hospitalisations itératives teintées de manipulation et de dramatisation. (51)

Des manifestations aiguës majeures, des épisodes confusionnels quasi délirants, des épisodes psychotiques transitoires, où le patient ne présente pas de rupture totale avec la réalité extérieure. Il s'agit d'expérience quasi pseudo-psychotique, surtout

interprétative et peu hallucinatoire (suspicion non justifiée, idées de référence), et de bizarrerie (pensée magique, sensation de dédoublement). (49)

Compte tenu du polymorphisme symptomatique, qui peut conduire à sur-diagnostiquer les patients, il est important de confronter ces éléments à des analyses psychodynamiques.

### **III. Attachement, Mentalisation et Trouble de la Personnalité Borderline**

#### **A. Définition de l'attachement et aspects historiques**

La théorie de l'attachement est une théorie développementale. Elle prend forme au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale. Anna Freud évoque la séparation et ses conséquences sur le développement des enfants, suite au Blitz de Londres. Elle développe la notion de « besoin d'attachement primaire » et insiste sur la nécessité de le respecter. Aux Etats-Unis, dans le cadre de la vie des enfants en institution, de nombreux chercheurs dont R. Spitz décrivent la notion d'hospitalisme et détaille la dépression anaclitique. C'est dans ce cadre que J. Bolwby dans les années 50 décrit les fondements de la théorie de l'attachement, en se basant sur les descriptions éthologiques et sur l'apport des analyses pédopsychiatriques. (52)

Ceci enrichit les connaissances dans le domaine du développement cognitif et émotionnel de l'enfant au travers de ses relations avec ses parents (53). Plus tard, M.S. Ainsworth approfondit cette théorie et évoque l'équilibre entre la sécurité et l'exploration au travers d'une expérimentation, la « Strange Situation » (Situation Etrange) (54).

En effet, M. S. Ainsworth observe les réactions des enfants en milieu naturel afin de décrire trois patterns de réactions face à la séparation et aux retrouvailles avec la figure d'attachement. Elle utilise son outil expérimental, composé de huit séquences de trois minutes comportant deux séparations d'avec la figure d'attachement et des contacts avec une personne non connue, avec ou sans la figure d'attachement. Il se crée alors une tension, et le comportement de l'enfant en situation de détresse est

analysé. La catégorisation s'effectue ensuite en fonction de la qualité des dernières retrouvailles. Ces observations sont réalisées par un observateur entraîné (55).

## 1. Patterns d'attachement

Ces patterns d'attachement se construisent au cours de la première année de vie puis se stabilisent vers 12-18 mois.

Dans les premières années de vie, l'enfant va développer des comportements d'attachement en fonction des soins prodigués par la figure d'attachement primaire, autrement appelée « caregiver » (celui qui prodigue les soins), afin de se retrouver dans une situation dans laquelle il est sécurisé. Dès la 2ème année de vie, il va s'appuyer sur cette figure d'attachement afin d'explorer. Un équilibre s'établit donc entre le besoin de sécurité et l'exploration de l'environnement. (56)

L'attachement sécurisé avec la figure d'attachement principale est retrouvé dans 60% de la population générale. Au cours de la Situation Etrange, on note que l'enfant explore son environnement tout en recherchant la sécurité auprès de la figure d'attachement au travers des interactions visuelles ou verbales. Il ne présente pas de manifestations anxieuses lors de la séparation mais est facilement réconforté lors des retrouvailles. Dans ce cas, on observe un phénomène de base de sécurité (recherche de sécurité auprès de la figure d'attachement principale sans en procurer en échange). (55)

Si l'environnement ne répond pas aux besoins d'attachement de l'enfant, ce dernier va mettre en place des stratégies adaptatives, qui ne sont donc pas des troubles individualisés. On parle alors d'attachements insécures, qui sont observés dans 30%

de la population générale. Au cours de la Situation Etrange décrite par M.S. Ainsworth, deux patterns d'attachement insécure sont décrits (55) :

- L'attachement évitant, qui s'observe dans 20% des cas. L'enfant présente peu de manifestations anxieuses et de comportement de recherche de sécurité, lors des séparations. Il évite les contacts avec la figure d'attachement et lors des retrouvailles, son attention est focalisée sur les objets. (55)

- L'attachement ambivalent ou résistant, présent dans 10% de la population générale. Au cours de la Situation Etrange, l'enfant manifeste des signes de détresse au cours de la séparation. Lors des retrouvailles, il est ambivalent vis-à-vis de la figure d'attachement et explore peu les jouets. (55)

Un troisième pattern d'attachement a été décrit ensuite par M. Main, l'attachement désorganisé. On le retrouve dans 10% de la population générale. Les enfants en question présentent des stéréotypies, des comportements désorganisés, sans cohérence. On note des manifestations de peur associées à des manifestations anxieuses lors de la séparation et des retrouvailles. A travers ces réactions, ils ne parviennent ni à se détacher ni à se rapprocher de la figure d'attachement. On retrouve ces styles d'attachement chez des enfants dont les mères peuvent souffrir de dépression maternelle, ou dans des familles où les enfants subissent abus, maltraitance ou négligence. Dans d'autres situations, il peut s'agir de comportement d'évitement de la figure d'attachement. (55)

Quel que soit le pattern d'attachement, l'enfant va effectuer une balance entre l'activation et l'extinction de son système d'attachement. Il va développer des stratégies d'attachement secondaire, afin de se protéger, se sécuriser. Entre 3 et 5

ans, ces patterns se réorganisent. Dans le cadre des schèmes d'attachement désorganisé, l'enfant va développer des comportements contrôlant la figure d'attachement soit punitif (hostilité), soit en contrôlant les donneurs de soins (attitude parentifiée). (56)

## **2. Les représentations d'attachement, les Modèles Internes Opérants (MIO)**

C'est un concept décrit initialement par J. Bowlby. Il s'agit de l'intériorisation par l'enfant, des interactions qu'il a avec la figure d'attachement. Ces interactions vont constituer des représentations mentales des figures d'attachement. En d'autres termes, le monde interne de l'enfant se développe sur les MIO des figures d'attachement. Il englobe ce que l'enfant perçoit de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. (57)

M. Main, qui reprend les travaux de J. Bowlby et qui contribue grandement à définir ces concepts, conclut que les MIO ont une influence directe sur le comportement, les sentiments et le système cognitif. M. Main explique que les patrons, que constituent les MIO, contribuent au développement cognitif et émotionnel de l'enfant. Le contenu des MIO correspond à ce que la personne sait au sujet de ses relations. D'après Collins et Read, le contenu des MIO inclut : les souvenirs avec la figure d'attachement, les croyances et attentes à propos de soi et des autres, les objectifs et stratégies liées à l'attachement ainsi que les plans en lien avec ces objectifs. (57)

Par ailleurs, un monde interne robuste est lié à un développement solide du MIO. Ce dernier sera de qualité en fonction de la valeur des soins donnés par le

« caregiver », et des interprétations proposées par ce dernier aux expériences vécues par l'enfant. (57)

C'est vers 3 ans que les MIO sont opérationnels et mentalisés par l'enfant. L'organisation ultérieure de ces modèles est complexe, mais on note que les MIO anciens persistent et que s'ajoutent d'autres modèles relationnels au fur et à mesure des expériences vécues au cours de l'enfance, de l'adolescence et du reste de la vie. (58)

### 3. Correspondances chez l'adulte

Il existe deux points de vue théoriques concernant la notion d'attachement chez l'adulte. Le premier est développemental et a été exposé par C. George, N. Kaplan et M. Main lesquels identifient le type d'attachement en explorant les relations avec leurs parents. Il est donc question de la transmission transgénérationnelle. Ces derniers ont élaboré un outil expérimental : l'AAI (l'Adult Attachment Interview) (59). Il s'agit d'un entretien semi-structuré évaluant l'attachement de l'individu à un moment donné. En tenant compte des moments de séparation (perte et deuil), des relations avec ses propres enfants, des abus ou rejets auxquels il a été confronté. Quatre styles d'attachement, dont le dernier a été rajouté par M. Main, ont donc été répertoriés:

- sécure autonome
- détaché (équivalent de évitant chez l'enfant)
- préoccupé (équivalent d'ambivalent)
- non résolu-désorganisé. Ce dernier, est retrouvé chez des adultes ayant été confrontés à des situations de traumatisme ou de perte. (60)

La seconde conception est psychosociale. Deux groupes de travail ont théorisé ces principes. C. Hazan et P. Shaver en 1987 (61) notent qu'en étudiant les relations

actuelles de l'adulte avec ses pairs et au sein de son couple, les données recueillies conditionnent l'attachement qui sera prodigué à leurs propres enfants. Ils ont souhaité envisager quelles pourraient être les caractéristiques d'un attachement sécurisé et insécurisé chez l'adulte. A partir d'un questionnaire, l'« Attachment Style Questionnaire » (62), ils définissent trois styles d'attachement différents : sécurisé, évitant et ambivalent à partir des relations de couple. Les sujets sécurisés (i) ont un solide sentiment de sécurité (activités socioprofessionnelles), (ii) sont sensibles au réconfort (iii) sont à l'aise dans l'intimité, (iv) ont une dépendance aux autres adaptée et (v) ont une confiance en eux et en les autres forte. A l'inverse, les sujets évitants ne recherchent ni réassurance ni réconfort et sont mal à l'aise dans l'intimité relationnelle. S'agissant enfin des ambivalents, ils présentent une dépendance forte aux autres, recherchent la réassurance qui ne permet pas de réconfort et ont une confiance en eux et en les autres de mauvaise qualité.

Le modèle proposé par K. Bartholomew en 1990 (63) se rapporte aux principes de construction des MIO et propose une conception basée sur deux modèles : celui de soi et celui des autres. K. Bartholomew évalue l'attachement de l'adulte dans ses relations intimes et avec ses proches et a donc défini quatre profils d'attachement, à l'aide d'un auto-questionnaire qu'elle a établi, le « Relationship Questionnaire » (64). Il convient de noter qu'en comparaison au modèle précédent, le style évitant se divise entre craintif et préoccupé :

- sécurisé : l'adulte possède un modèle de soi et des autres positif. Les schémas relationnels et la sensation d'efficacité de fonctionnement par le sujet sont de qualité. L'estime de soi et la confiance en les autres est bonne et présente une «dépendance» saine aux autres.

- craintif : l'adulte présente un modèle de soi et des autres négatif. Il anticipe les réactions négatives des autres et est donc craintif dans ses relations interpersonnelles. On note une faible estime d'eux même et un manque de confiance chez les autres.

- détaché : l'adulte présente un modèle de lui-même positif et un modèle des autres négatif. Il utilise des schémas relationnels défensifs et a une posture dépressive. Il évite l'intimité et valorise l'indépendance.

- préoccupé (équivalent d'ambivalent) : Il présente un modèle de lui-même négatif et un modèle des autres positif. Il est donc anxieux dans ses relations interpersonnelles et est hypervigilant face aux moments de séparation. Ce sujet est focalisé de manière exagérée quant à l'importance et aux maintiens des relations amoureuses.

On note que ces deux modèles ont une approche différente mais complémentaire, d'un point de vue clinique.

#### **4. Modulation d'activité de l'attachement**

Habituellement, le système d'attachement s'active dans des situations de menace. Ainsi, on recherche, une figure d'attachement pour retrouver la sécurité qui fait défaut. S'il s'agit d'une menace liée à l'autre, telle que la diminution de la disponibilité de la figure d'attachement, c'est l'anxiété générée par la situation qui active le système d'attachement. C'est ce qui se passe lors de séparations délétères, ou dans le cas d'abandon, ou encore de cassure du lien mère-enfant. Le système d'exploration peut également activer le système d'attachement dans une moindre mesure (65).

Chez l'adulte, la robustesse du système d'attachement, permet l'autorégulation comportementale en favorisant l'adaptation et le développement de la personnalité. L'activation du système d'attachement se rencontre en cas de perte de la figure d'attachement, de danger pour soi ou pour la figure d'attachement, d'événements qui conduisent à expérimenter des sentiments de honte ou de doute. Il est réactivé également lorsque l'adulte devient parent ou s'occupe de la figure d'attachement. De plus, l'activation peut se réaliser dans des situations d'indisponibilité variable de la figure d'attachement. Il s'agit de l'auto-renforcement négatif des stratégies de recherche de la figure d'attachement qui sont parfois récompensées, qui en association à la dépendance à la figure d'attachement, maximise les besoins d'attachement (66). Ainsi les affects sont au premier plan, ce qui engendre une dysrégulation émotionnelle et donc de l'anxiété.

De même, d'après J. Cassidy et R.R. Kobak, la désactivation du système d'attachement s'effectue afin de s'adapter à la frustration générée par la perte de la figure d'attachement. Ces stratégies consistent à arrêter la recherche de proximité, obtenir quelque chose uniquement par soi-même, à ne pas tenir compte des besoins et à éviter les émotions négatives. Ainsi, la personne met en place des stratégies d'évitement, situations dans lesquelles les affects n'ont pas leur place (67).

Enfin les modulations d'activité du système d'attachement dépendent du contexte actuel et des dispositions personnelles, c'est à dire les MIO de soi et des autres (68).

## **B. Lien entre attachement et mentalisation**

### **1. L'attachement comme vecteur développemental de la mentalisation**

Les relations d'attachement, dont les relations familiales offrent un contexte privilégié à l'enfant en ce qui concerne le questionnement vis-à-vis des pensées. Les stratégies d'attachement adopté par un enfant indiquent la qualité de l'attention portée par la figure d'attachement face aux états mentaux de son enfant.

Le lien entre les deux concepts n'est pas direct. La sécurité de l'attachement, c'est-à-dire la façon dont la figure d'attachement va s'occuper de l'enfant, va avoir des effets bénéfiques sur le développement de la mentalisation de ce dernier.

Certaines études permettent d'avoir une idée plus précise de la relation entre qualité de l'attachement et développement de la mentalisation. En effet, elles montrent que l'ocytocine est le premier médiateur de l'association entre mentalisation et attachement (69). En effet, les taux d'ocytocine sont élevés chez les femmes qui vont accoucher et qui allaitent. Des études chez ces dernières montrent qu'un attachement sécure est associé à un haut niveau d'ocytocine (70) et que les traumatismes et la maltraitance ont tendance à diminuer les taux d'ocytocine (71). Ainsi, Il est suggéré qu'en cas d'attachement sécure, l'augmentation des taux d'ocytocine chez la mère quand elle est en présence de son enfant, induit une réponse parentale mentalisante qui est marquée et contingente à la situation de détresse de l'enfant. Ainsi, les représentations des états mentaux de l'enfant créées par lui-même sont donc solides et permettent d'apporter une meilleure régulation émotionnelle au cours des relations

interpersonnelles. Ainsi, la création d'un environnement social riche autour de l'enfant facilite le développement de la mentalisation et donc une certaine résilience. (72)

De même, en cas d'attachement insécurisé, le taux d'ocytocine maternel est bas. La posture non mentalisante de la mère face à la détresse de son enfant ébranle le développement naturel de la mentalisation de ce dernier. Ainsi, l'enfant construit des représentations médiocres de ses états mentaux. Dans ces situations, le processus de mentalisation tend à s'inhiber plus fréquemment et notamment dans des situations de recrudescence émotionnelle. Ainsi, les interactions sociales ont un effet délétère sur le développement de la mentalisation et conduisent à rendre l'enfant vulnérable aux traumatismes. (72)

## **2. Exemples d'éléments déclenchant l'arrêt de la mentalisation**

A.F. Arnsten en 1998, explique que la mentalisation a pour objectif d'être inhibée afin de permettre aux comportements de prendre le dessus dans une situation de charge émotionnelle intense (73). Il apparaît également que des neuromédiateurs, connus pour leur côté excitateur, jouent un rôle important dans ces situations. Il s'agit de la norépinephrine et la dopamine, qui, associées à de haut degré de charge émotionnelle, conduisent à moduler les fonctions exécutives au niveau du cortex préfrontal ou de zones subcorticales, inhibant à leur tour les processus de mentalisation afin de conduire à des comportements défensifs (73).

Parallèlement, plusieurs études utilisant la neuroimagerie ont montré un lien entre activation de l'attachement et désactivation de la mentalisation de manière simultanée. En effet, selon A. Bartels et S. Zeki, chez des femmes en situation d'attachement intense (allaitement) et qui présentent de fort taux d'ocytocine, la suppression de l'activité cérébrale dans des régions de contrôle cognitif incluent

notamment le jugement social et la mentalisation, car ces deux zones se chevauchent en IRM fonctionnelle. (74) (75).

Pour finir, l'histoire traumatique peut conduire à inhiber la mentalisation en mettant la personne en situation de défense, et à activer l'attachement dans le cas de maltraitance. Le traumatisme conduit l'enfant à se rapprocher de sa figure d'attachement. Or, si cette dernière le maltraite, l'enfant deviendra dépendant de comportements maltraitants afin de se rapprocher de la figure d'attachement. Cette activation du système d'attachement dans cette situation est liée à la génération de peur et donc d'anxiété, qui active de nouveau le système d'attachement (76).

## **C. Attachement, mentalisation, et développement de trouble psychopathologique : cas du trouble de personnalité borderline.**

### **1. Particularités de l'attachement en cas de TPB**

Au sein de la symptomatologie du trouble de personnalité borderline, des symptômes cités au sein du DSM IV (43) sont pertinents pour la théorie de l'attachement. En effet, cette conjecture est en rapport avec les relations interpersonnelles instables et intenses, tout comme, les efforts effrénés pour éviter l'abandon, ainsi que l'instabilité identitaire et affective.

Ainsi, les styles d'attachement que l'on retrouve le plus souvent chez les personnes souffrant de TPB sont insécures, le pattern ambivalent préoccupé correspond au fonctionnement de personnalité borderline (77) , mais les patterns anxieux et évitant sont aussi présents. Le lien entre trouble de la personnalité et attachement n'étant pas direct, la variable médiatrice est l'impulsivité chez certains

individus. (78) . Le TPB apparait comme un moyen de lutter contre l'attachement inséculaire et serait lié à un trouble de l'attachement qui correspondrait à un choix ambivalent entre besoin de soins et mauvaises perceptions des représentations de soi et des autres.

De même l'histoire traumatique est quasi systématique chez les sujets présentant un TPB. G. Liotti en 2000 confirment ces propos : l'expérience traumatique et la perte de la figure d'attachement dans les deux premières années de vie conduisent à une évolution vers un TPB. (79)

L'émergence du trouble de personnalité borderline, est la conséquence de l'inhibition de la mentalisation liée à l'hyperactivité de l'attachement. On note que les personnes souffrant de ce trouble, sont aptes à mentaliser normalement, sauf dans le cas de situations d'attachement. On rappelle que la capacité à mentaliser dépend d'un attachement sécurisé dans l'enfance. Les travaux d'A. Slade (80) ont montré qu'une faible mentalisation chez la mère engendre la probabilité d'un attachement désorganisé chez un enfant. En effet, un attachement désorganisé dans l'enfance peut provoquer des comportements délétères (automutilations, dissociation, violence) et peut avoir des conséquences sur son développement cognitif et social, et notamment sur la régulation de ses affects et de son contrôle attentionnel.

## **2. Forme d'échec de mentalisation chez les sujets souffrant de TPB**

Ce défaut de mentalisation rend difficile l'émergence des relations sociales dans un contexte d'attachement et fait réapparaître des modes de pensées antérieurs à la mentalisation (prémentalisation), qui donnent lieu à des manifestations pathologiques, les symptômes du trouble de personnalité borderline.

De manière générale, et plus particulièrement chez l'individu borderline, il existe des combinaisons de déficits de mentalisation.

Tout d'abord, il peut s'agir d'utilisation de mode de pensées de pré-mentalisation. Le plus ancestral est le mode téléologique, que l'on retrouve dans les formes sévères de trouble de personnalité borderline (13). Dans ce contexte, les changements observés dans l'état mental de l'individu ne sont réels que s'ils sont observables physiquement (81).

Au cours d'un fonctionnement de pensée en mode semblant, on constate une rupture entre la réalité physique et psychique (81) que l'on retrouve dans les épisodes de dissociation, où l'expérience interne est omniprésente et ne laisse plus de place à la réalité. Par ailleurs, ce fonctionnement en mode semblant, se retrouve au cours des épisodes d'automutilations, ou lorsque le discours rapportant des pensées internes dépourvu de toutes substances et non ancré dans la réalité externe (13).

Au cours de l'utilisation d'un mode de pensée en équivalence psychique, la réalité interne et externe se confondent (81). On retrouve ce mode de pensée au cours d'épisodes paranoïdes transitoires et en thérapie dans les flashbacks. De même, des individus borderline ne tiennent que peu compte des autres, et ne les intègrent pas. Ils auront tendance à prendre peu de recul et à agir sans expérience interne (13).

Les conséquences en termes d'interprétations sont les suivantes :

- La pseudo-mentalisation, qui peut être associée au mode « semblant ». Il s'agit de considérer les états mentaux d'autrui comme faisant écho à une certitude absolue, alors qu'il existe une part d'incertitude quant à la connaissance de l'état d'esprit de l'autre. Il en existe trois formes : la pseudo-mentalisation intrusive, suractivée et destructrice. (82)
- La compréhension concrète, qui peut être associée à l'équivalence psychique,

correspond à l'incapacité à apprécier les états internes. L'individu est incapable de symboliser et l'individu fait part d'un état de certitude inébranlable, il parle en termes absolus. (83)

- La mauvaise utilisation de la mentalisation correspond à la capacité quasi excessive de mentalisation, qui est en réalité faussée. Il s'agit de la capacité à pouvoir lire l'esprit des autres afin de manipuler, séduire ou rassurer. Cependant cela se fait alors que les personnes ne sont pas capables de lire leurs propres états mentaux. Souvent, nous retrouvons cette mauvaise utilisation de la mentalisation au cours de traumatismes ou de situations de maltraitance. (84)

Ainsi, afin de proposer un rétablissement, une approche psychothérapique basée sur ces différents concepts est proposée.

## **IV. Thérapie Basée sur la Mentalisation, au carrefour des différents concepts, au service du Trouble de Personnalité Borderline**

### **A. Définition et principes**

C'est en 2004 que A. Bateman et P. Fonagy ont proposé la Thérapie Basée sur la mentalisation ou Mentalization-Based Treatment (MBT) afin de traiter les sujets souffrant d'un TPB (10). Il s'agit d'une forme de psychothérapie d'inspiration psychanalytique et psychodynamique, standardisée et centrée sur l'attachement et la mentalisation. Cette psychothérapie concernait initialement exclusivement les personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline. Plus récemment, ce traitement est proposé pour traiter les dépressions, les troubles anxieux, les états de stress post-traumatique, les troubles du comportement alimentaire (16).

Cette approche a émergé la première fois en 1999 au sein d'un hôpital de jour (1).

La MBT permet aux patients, simultanément, d'induire une relation d'attachement et une adhésion aux soins, tout en maintenant et stimulant leur mentalisation. Il s'agit de se focaliser sur l'état mental actuel du patient au cours de la relation d'attachement avec le thérapeute afin d'éviter les moments au cours desquels le patient parle de ses états mentaux. Le thérapeute doit provoquer une curiosité chez le patient quant à la façon dont ses états mentaux et ceux des autres peuvent expliquer ses comportements en nommant et reliant les différents états mentaux avec les expériences vécues. Les formes d'échec de mentalisation doivent être explicitement identifiées et le recours à une mentalisation correcte stimulé. Cependant, le thérapeute ne doit pas dire au patient comment il se sent, à quoi il pense, comment il doit se comporter, ou quelles sont les raisons qui le poussent à se comporter de telle ou telle

manière. Le thérapeute bénéficie donc d'une évaluation de ses capacités de mentalisation afin de maintenir sa capacité à mentaliser face à la non mentalisation du patient. (85)

Les principes de la MBT sont les suivants (86) :

- Abord théorique solide
- Emergence d'une relation d'attachement avec le thérapeute
- Attention ciblée sur les états mentaux
- Déroulement sur une durée prolongée
- Reconnaissance des difficultés de fonctionnement du patient
- Traitement structuré et solide, qui résiste aux tentatives d'abandon du patient
- Souplesse, et adaptation aux besoins du patient.

## **B. Objectifs et cadre thérapeutique**

### **1. Objectifs**

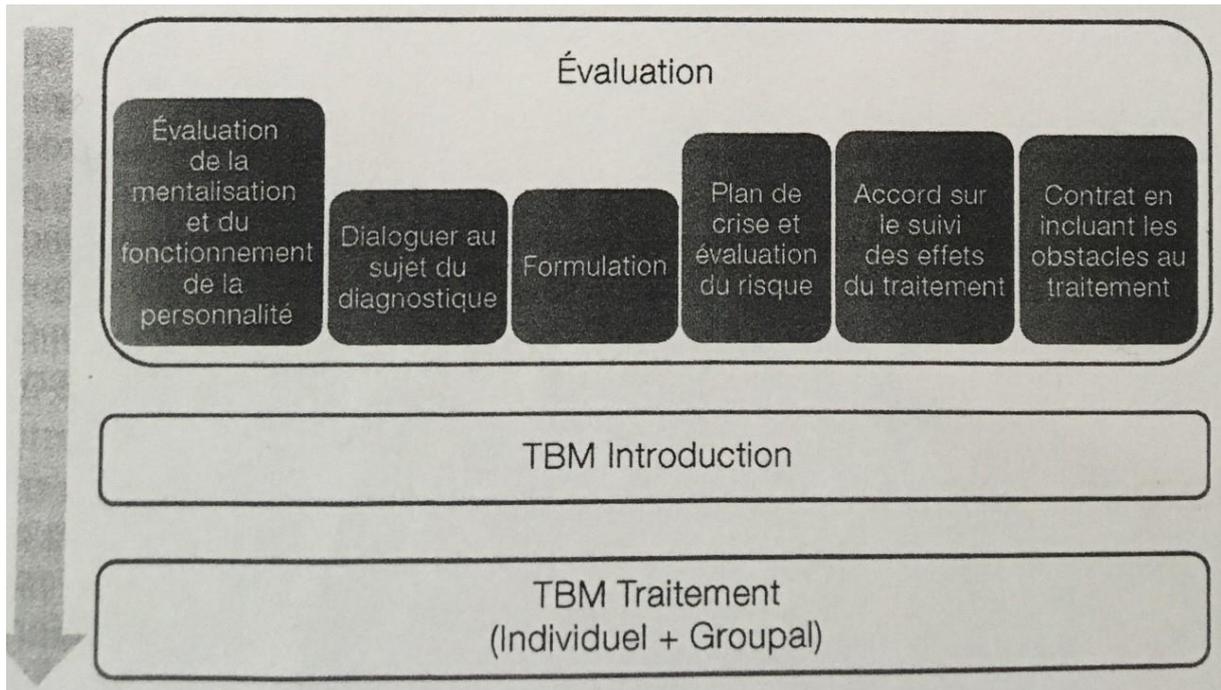
Les objectifs de la MBT ont pour but de :

- Induire une diminution des interprétations inconnues au profit de contenus conscients
- Rétablir la mentalisation plutôt que d'apporter un éclairage
- Rejeter les descriptions des états mentaux complexes au profit d'une compréhension concrète, en utilisant un discours simple et adapté
- Eviter les discussions sur les traumatismes passés, sauf s'ils reflètent une perception actuelle de l'état mental de figures maltraitantes.

## 2. Cadre thérapeutique

La structure du traitement répond à une trajectoire standardisée.

Structures des MBT présentant les phases communes à différentes applications thérapeutiques (87) :



Tout d'abord, la phase initiale correspond à l'évaluation de la mentalisation et dure environ 6 mois. Elle comprend différentes phases. Premièrement, le diagnostic est posé selon les caractéristiques du DSM IV (41) à l'aide d'une échelle diagnostique SCID (88). Ensuite, le thérapeute effectue « une formulation » consistant à repérer les bases du travail, c'est-à-dire à déterminer la situation. Cela correspond à évaluer le risque suicidaire ainsi que d'autres facteurs d'interférences avec la psychothérapie (problèmes sociaux, familiaux et financiers), évaluer la mentalisation (repérer les dimensions de la mentalisation prédominantes chez le patient, à distinguer les formes

de pseudo-mentalisation ou de mauvaise utilisation de la mentalisation) (89), et évaluer les relations interpersonnelles.

Ensuite, la phase intermédiaire a pour objet l'alliance thérapeutique, la stimulation et la croissance de la capacité à mentaliser. Le thérapeute se concentre sur l'état mental du patient et tente de verbaliser, exploiter et proposer des alternatives afin d'identifier ses propres états mentaux et d'envisager ceux des autres. Au cours de cette phase, le transfert est également évalué.

Après chaque session de groupe ou individuelle, les thérapeutes se réunissent afin de définir une pensée commune face aux différentes situations cliniques (90).

La phase finale concerne enfin la préparation du patient à la fin du traitement intensif et se concentre sur les fonctionnements sociaux et interpersonnels, ainsi que sur les sentiments de perte. Les objectifs sont les suivants : augmenter l'indépendance de fonctionnement du patient, faciliter sa projection dans le futur, consolider et renforcer sa stabilité sociale. De plus il est aussi question d'élaborer un projet de suivi thérapeutique après le traitement. La phase finale commence environ 12 mois après le début du traitement et dure 6 mois. Il est proposé différents types d'accompagnement au cours de cette dernière phase : thérapie de groupe, de couple, en ambulatoire ou au sein de lieu professionnel (par exemple au lycée). Ces séances psychothérapeutiques sont formelles sous forme d'entretiens avec un thérapeute qui connaît le patient. Les séances durent environ 30 minutes et sont au nombre de 4 à 6 séances par semaine. Le patient est amené à gagner des capacités de mentalisation, à entrer dans une forme de réhabilitation, à retourner au travail, et à réguler et résoudre ses problèmes interpersonnels. (90)

### 3. Exemples de programmes de Thérapie Basée sur la Mentalisation

Le Programme de MBT en Hospitalisation de Jour, autrement appelé MBT-PH (partial hospitalisation) correspond au modèle initial, utilisé dans l'article de A. Bateman et P. Fonagy en 1999 (1). Il dure entre 18 et 24 mois, et consiste en 5 jours d'hospitalisation de jour par semaine, incluant des sessions individuelles et de groupe. Cette modalité de prise en charge est réservée aux patients qui présentent une symptomatologie sévère. (91)

Le programme de MBT en ambulatoire ou MBT-IOP (Intensive Outpatient Programme) est une formule moins intensive que la précédente. Elle dure environ 18 mois et consiste en une session individuelle et une session de groupe par semaine, associée à une consultation à propos des traitements médicamenteux et d'une session de gestion de crise.(91)

Le programme pour adolescents, MBT-A est une formule adaptée pour les adolescents, et est proposé aux Etats Unis et au Royaume Uni sous différentes formes. Cette formule inclut souvent un travail familial (MBT-F, pour familles) en plus des traditionnelles sessions individuelles et de groupe. (91)

Le programme destiné aux familles, le MBT-F, comme décrit précédemment, a initialement été prévu pour des familles accompagnées de jeunes enfants et comprend une approche systémique. L'objectif est de favoriser les interactions au sein de la famille, d'augmenter les compétences parentales, d'augmenter la mentalisation et d'augmenter les capacités à résoudre les problèmes au sein de la famille. (91)

Le programme pour les parents, le MBT-P peut être associé aux formats de MBT-PH et MBT-IOP. Il se focalise sur les compétences parentales, notamment destiné aux femmes enceintes ou aux parents qui viennent d'accueillir leur enfant. Au cours de ce programme, des vidéos issues d'entretien sont utilisées. Les sessions ont lieu 2 fois par semaine en présence de la dyade mère-bébé. (91)

## **DEUXIEME PARTIE : IMPACT DE LA THERAPIE BASEE SUR LA MENTALISATION CHEZ LES SUJETS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE**

### **I. Méthodologie de la revue de littérature**

#### **A. Objectif de l'étude**

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature sur l'impact thérapeutique de la Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT) chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline (TPB). L'objectif principal de cette thèse est donc de faire la synthèse des données scientifiques actuelles explicitant les conditions dans lesquelles la thérapie basée sur la mentalisation peut être utilisée dans différentes situations chez les borderline.

#### **B. Matériels et méthode**

L'étude des données de la littérature a été effectuée selon les critères de recommandations PRISMA (4) à partir des bases de données Sciencedirect, Embase et Pubmed.

Le choix de mots clés se référant au trouble de personnalité borderline correspond aux critères du DSM IV (42) et V (43). Faisant l'hypothèse qu'un clinicien pourrait effectuer cette démarche à partir de ses observations cliniques afin de

chercher une solution thérapeutique adaptée. Le choix des mots clés se référant à la Thérapie Basée sur la Mentalisation correspond à la traduction de MBT sur le logiciel Cismef (92). Afin de maintenir une reproductivité, les mêmes mots clés ont été utilisés dans les trois bases de données différentes. Nous avons utilisé un algorithme de 42 recherches, qui associe un terme faisant référence aux critères DSM IV (42) et V (43) du trouble de personnalité borderline, avec un autre faisant référence à la Thérapie Basée sur la Mentalisation.

L'algorithme est le suivant :

**Tableau 4 :**

<b>Trouble de personnalité Borderline</b>	<b>Thérapie Basée sur la mentalisation</b>
Borderline Personality Disorder	Mentalization
Borderline	Mentalization-Based treatment
Anger	
Impulsivity	
Identity	
Abandonment	
Emptiness	
Psychotic Disorder	
Affective Symptoms	
Mood Symptoms	
Interpersonal Relations	
Social relation	
Self Harm	
Suicide	

Les articles sélectionnés par l'algorithme de mots clés étaient ensuite inclus à condition qu'ils respectent les critères d'inclusion PICOS (*Population, Intervention, Comparaison, Objectifs, Study design*).

Les critères étaient les suivants :

- Articles originaux écrits en anglais publiés dès 2004 (date de la première utilisation de la thérapie basée sur la mentalisation en pratique clinique) (10)

- *Population* : étude chez l'homme

- *Intervention* : études ayant pour objet l'impact des techniques de MBT sur les symptômes cibles à la fin du traitement et à long terme, impact de la MBT sur un type de population, impact des techniques de MBT selon l'utilisation d'autres psychothérapies.

- *Comparaison* : entre patients bénéficiant de MBT versus psychothérapie de soutien, utilisation de la MBT versus TAU, utilisation de la MBT versus autres psychothérapies (Dialectic Behaviour Therapy (DBT), un ensemble de psychothérapies regroupé sous le terme de OPT, prise en charge psychodynamique), description de l'effet, utilisation de la MBT versus Structured Clinical Management (traitement clinique structuré), description d'une intervention.

- *Objectifs* : niveau de fonctionnement par auto-évaluation et évaluations cliniques du niveau de perturbation, nombre de passage à l'acte (tentative de suicide et automutilations), profil psychopathologique

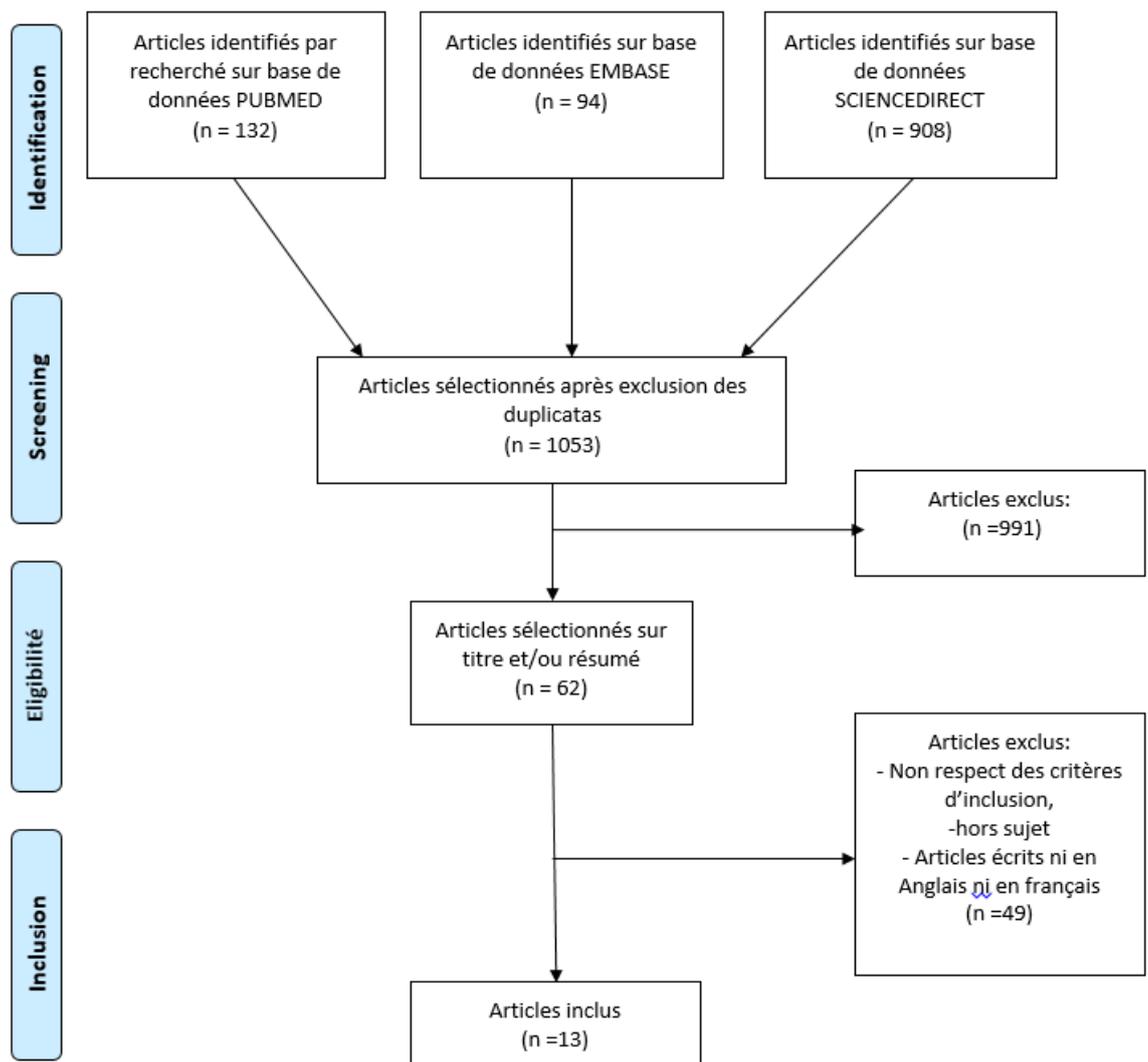
- *Study design* : articles originaux (étude de cas, essai clinique)

Le respect des critères d'inclusion et la pertinence clinique des études ont été initialement évalués selon la lecture du titre et du résumé, puis selon la lecture entière de l'article. La sélection des articles a été effectuée librement selon ces critères.

Les critères d'exclusion des articles étaient les suivants :

- absence de données originales (dont revue de la littérature, ...)
- absence de rapport direct avec l'étude
- articles rédigés dans d'autres langues que l'anglais et le français

**Figure 1 : Diagramme de flux représentant le processus de sélection des articles**



## **II. Résultats**

Les parties suivantes décrivent la méthodologie et les principaux résultats des articles inclus, qui sont au nombre de 13.

Ceux-ci sont classés en fonction :

- tableau 1: impact thérapeutique de la MBT selon le profil symptomatique des patients
- tableau 2: impact thérapeutique de la MBT du point de vue de la population cible
- tableau 3: impact thérapeutique de la MBT en lien avec d'autres psychothérapies

### **A. Impact thérapeutique de Thérapie Basée sur la Mentalisation selon le profil symptomatique des patients**

#### **1. Trouble de l'humeur et Trouble de Personnalité Borderline**

Un seul article porte sur la cooccurrence du TPB avec les troubles de l'humeur, qui influencent tant l'évolution que la réponse au traitement. A. Bateman et P. Fonagy en 2015 (93) étudient cette association comorbide. L'amélioration de l'un n'est possible que si l'autre s'améliore également. L'hypomentalisation est nourrie par la dépression

et l'hypermentalisation est liée au départ au TBP. La dépression ne peut être approchée par des méthodes psychothérapeutiques que si les processus de mentalisation sont intacts. L'hypothèse des auteurs est que le clinicien réalise des interventions au cours du traitement afin de cibler les deux troubles en même temps. L'étude de cas porte sur une patiente qui participe à une série de groupe d'introduction à la MBT afin de stabiliser ses fluctuations thymiques. Le clinicien utilise la technique du *interpersonal affect focus* et du *challenge* (94). On note que l'étude des changements soudains dans les étapes de mentalisations au cours de la séance permet la stabilisation de la mentalisation.

A. Bateman et al dans une étude réalisée en 2016 (95), s'interroge sur la diminution des symptômes conduisant à des agressions avec la MBT et évalue l'impact tous les 6 mois sur 18 de la MBT, en le comparant à un groupe bénéficiant d'un traitement structuré (SCM), qui correspond à un traitement de référence pour prendre en charge les personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline (les caractéristiques ont été définies par A. Bateman) (96). La dépression était considérée comme un vecteur d'agression, mesuré par le BDI (97) et le SCL-90 (98) qui sont des auto-questionnaires. Les résultats issus de ces deux outils étaient à 18 mois significativement plus bas dans le groupe MBT par rapport au groupe SCM.

De même, au sein de l'étude de Bateman et Fonagy en 2009 (99), qui fait l'hypothèse d'une diminution des passages à l'acte auto-agressif et du moindre recours à l'hospitalisation, chez des patients ambulatoires comparativement à un traitement structuré (SCM), nous avons retrouvé une diminution significative avec la MBT sur l'ensemble de la durée de l'étude de la dépression, évaluée par un auto-questionnaire, le Beck Inventory score (BDI) (97) selon une analyse linéaire à effet mixte et un modèle de régression.

## **2. Anxiété et Trouble de Personnalité Borderline**

L'anxiété et la dépression ont été étudiées par Bateman et al en 2016 (95) , en tant que pourvoyeur d'agression, au travers d'un auto-questionnaire, le SCL-90 (98), lequel montrait une amélioration rapide avec la MBT n'étant significative qu'à 18 mois.

## **3. Agressivité et TBP**

### **a) Violence**

Le spectre de la violence est ici envisagé autour des comorbidités avec le trouble de personnalité antisocial. En effet, deux articles s'intéressent aux comorbidités du TPB avec le trouble de personnalité antisocial. Dans le premier, Bateman et Fonagy en 2008 (100), apportent, au sein d'une étude de cas, une compréhension de la mentalisation et de sa relation avec les caractéristiques antisociales dans la personnalité, en rapport avec la violence. L'objectif est de réduire les épisodes de violence en aidant le patient à maintenir une mentalisation. Les auteurs incluent les personnes ayant un trouble de personnalité antisocial associé à un trouble de personnalité borderline ayant commis des actes de violence. L'activation du système d'attachement ou de filiation, induit l'inhibition des processus de mentalisation et la réémergence des modes d'expérience interne de prémentalisation. Chez les personnes présentant cette comorbidité, les processus mentaux sont plus stables notamment selon le mode téléologique et de soi étranger, contrastant avec les rapides états de fluctuation présents chez le TBP lui-même. La perte de statut et la culpabilité

sont motrices dans le passage à l'acte. Les patients bénéficient d'une forme combinée de MBT, c'est-à-dire avec des sessions individuelles et des sessions de groupe. Dans ce cas, le clinicien insiste sur les événements relatifs à un épisode de violence, de la même façon que les passages à l'acte. Le clinicien clarifie ce qui est discuté au sein du groupe avec l'ensemble des participants, et doit maintenir l'attention sur le processus de mentalisation. Le clinicien prend également la mesure des états d'âme et des sentiments du patient et doit fournir des interventions de soutien et de validation quant au discours des patients. Il peut également faire part de son point de vue afin de favoriser le transfert et l'adhésion au traitement. Les résultats ne peuvent être effectifs si l'engagement dans le traitement est régulier sur l'année. Les cliniciens s'attendent à une diminution des actes de violence si les sessions groupales et individuelles facilitent la flexibilité dans la rigidité des processus de mentalisation. Beaucoup d'interventions consistent à aider le patient à comprendre ce qui se passe dans sa pensée plutôt que faire en sorte qu'il se conforme à une façon de se comporter de manière prédéterminée.

La seconde étude incluse, réalisée par Bateman et al en 2016 (95), consiste à démontrer si la MBT peut réduire les symptômes relatifs à des actes de violence chez des personnes présentant un trouble de personnalité borderline et antisocial, avec la MBT en la comparant à un protocole structuré de même intensité. La population est ambulatoire et les interventions sur 18 mois, sont réalisées par des praticiens de santé mentale non spécialisés dans un service financé par l'Etat. Les patients sont évalués à l'entrée, à 6 mois, à 12 et 18 mois. Les deux groupes proposent 140 séances sur l'ensemble de la durée de traitement à raison d'une par semaine. Les critères de jugement sont classés selon leur relation avec les agressions, avec notamment la colère, la relation de domination et l'hostilité. Ils sont respectivement mesurés par la SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV) (101), la IPP (Inventory of

Interpersonal Problems) (102), la SCL-90 (98) . Les résultats suggèrent une différence significative de la colère à 18 mois entre MBT et SCM ( $t=2.05$ ,  $p<0.05$ ). La diminution linéaire était significative également via les effets de régression. Le sentiment de domination reste le même tout au long de l'étude et n'est pas différent selon le groupe MBT et SCM. Le sentiment d'hostilité et d'idéation paranoïaque diminue dans le groupe MBT tout au long du suivi de manière linéaire mais de manière non significative. L'évaluation de l'ajustement social et du fonctionnement interpersonnel est évalué via le GAF (Global Assessment of Functioning) (103), l'IPP-CV (Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex Version) (104) et le SAS-SR (Social Adjustment Scale Self Report) (105) . Les résultats montrent des diminutions dans chaque item à 18 mois de manière significative.

### **b) Tentative de suicide**

Deux études portent sur la question du suicide.

Levallius et al (106), s'intéresse aux changements de traits de personnalités caractéristiques, en relation à la suicidalité au cours d'un traitement psychothérapeutique par MBT. La personnalité était évaluée par the Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) (107). Le NEO PI-R, l'Inventaire de Personnalité-Révisé, permet l'évaluation des cinq domaines principaux de la personnalité et des facettes constituant chacun de ces domaines. On note le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture, l'agréabilité et la conscience. Chacun est divisé en six items différents. Un spectre d'association permet de déterminer quel est le fonctionnement de personnalité, certains items étant plus spécifiques au TPB. Il fournit une évaluation approfondie de la personnalité adulte. Il est reconnu internationalement comme l'instrument de référence. Cet inventaire de personnalité bénéficie donc d'un large consensus dans le

domaine de la psychologie. Dans cet article (106), la normalisation du NEO-PI-R était définie par un changement significatif face à des moyennes de normes établies. La suicidalité est mesurée par the Suicide Assessment Scale (SUAS) (108). Ces deux outils étaient évalués en début et en fin de traitement. Ce dernier dure 18 mois et consiste en des séances individuelles et de groupe hebdomadaires. Parmi les patterns de personnalité spécifiques aux TBP, cinq ont significativement changé face à la normale, l'autodiscipline (107). Le score SAUS diminue significativement à la fin du programme, contrairement au groupe contrôle.

Bateman et Fonagy en 2009 (99), ont pour objectif de rechercher l'efficacité de 18 mois d'un traitement par MBT versus un traitement structuré SCM (96) (Structured Clinical Management) quant aux gestes para-suicidaires dont les tentatives de suicide chez les TPB. Chaque groupe étant évalué à l'entrée, à 6 mois, à 12 mois et à 18 mois. Il s'agissait d'étudier notamment la proportion de tentatives pour chaque groupe de tentative de suicide et les admissions à l'hôpital au moment de la randomisation, et par période de 6 mois jusqu'à la fin de l'étude. Globalement, une période sans passage à l'acte ni admissions hospitalières s'améliore, passant de 0 à 43 % dans le groupe SCM et de 0 à 73% dans le groupe MBT selon l'analyse par le modèle de régression de Poisson, mais ne devient statistiquement significative qu'à partir de 12 mois. Spécifiquement concernant les tentatives de suicide, on note des différences en faveur de MBT dès le 12 mois, mais qui sont significatives uniquement au cours des 6 derniers mois.

Dans l'étude de Bateman en 2016 (95), les tentatives de suicide sont envisagées comme un marqueur d'impulsivité au sein du champ des agressions, et sont évaluées lors d'entretiens menés par des cliniciens et associés à l'analyse des dossiers médicaux. Les tentatives de suicides et les hospitalisations sont significativement moindres dans le groupe MBT à 18 mois uniquement en intention de traiter.

### **c) Automutilations**

L'étude de Bateman et al en 2016 (95), qui explorent les automutilations, considérées également comme un marqueur d'impulsivité conduisant aux agressions, montre des observations per protocole et en intention de traiter, significativement plus basses dans le groupe MBT que dans le groupe SCM (96).

Dans l'étude de Bateman en 2009 (99), où les auteurs souhaitent évaluer la proportion de passages à l'acte dont les automutilations, et les admissions à l'hôpital, leur fréquence diminue significativement dans le groupe MBT versus le groupe SCM (96) à la fin de l'étude, initialement en faveur de la SCM.

## **4. Episodes psychotiques transitoires**

Les éléments délirants ne sont abordés que dans un seul article, celui de Bateman et al en 2016 (95), comme étant des indicateurs potentiels d'agression. Ils y incluent les idéations paranoïaques et paranoïdes. Elles sont mesurées respectivement par l'échelle SLC-90 (98) tous les 6 mois, et la SCID-II (101) au moment de la randomisation et en fin de traitement. Les résultats montrent dans le premier cas une diminution plus importante dès le début du traitement dans le groupe MBT comparativement au groupe SCM (96), n'étant significatif qu'à 18 mois. Quant aux idéations paranoïdes, elles sont réduites et significativement plus faibles dans le groupe MBT comparativement au groupe SCM à 18 mois.

## **5. Retentissement social**

Au sein de l'étude de Bateman en 2016 (95), les répercussions sociales du TPB associées au trouble de personnalité antisocial, sont analysées comme des conséquences secondaires des agressions, et évaluées selon des méthodes d'auto-analyse ou par le biais d'évaluateur en aveugle. Il s'agit de l'évaluation du fonctionnement global par le GAF (103), des relations interpersonnelles avec l'IPP (102) et de l'ajustement social avec le SAS (Social Adjustment Scale) (109) . Les résultats interprétés selon un modèle linéaire à effet mixte, montrent une amélioration complète du fonctionnement global sans différence significative entre les deux groupes, alors qu'elle l'est selon les autres marqueurs. Nous retrouvons des résultats comparables tout au long de l'étude de Bateman et Fonagy en 2009 (99) .

Différents profils symptomatiques ont pu être abordés dans plusieurs articles. Il est intéressant de se questionner sur l'impact temporel des techniques de MBT sur le moyen et long terme. Le chapitre suivant permet d'explorer cette problématique.

## **6. Impact de la durée du traitement**

L'étude danoise de Jorgensen et al en 2013 (110) tente de répondre à cette question. En effet, ils recherchent et comparent l'impact thérapeutique de la MBT face à une psychothérapie de soutien, sur une durée plus longue, 24 mois que le traitement MBT de référence (soit 18 mois). Ils étudient le fonctionnement global, les changements psychopathologiques du trouble borderline, évalués tous les 6 mois. La population étant issue de centres de soins hospitaliers et ambulatoires, de centres de soins psychiatriques communautaires, d'une patientèle libérale. L'ensemble des

résultats montraient des améliorations symptomatiques globales à 24 mois significativement plus importantes qu'en début d'étude, mais sans différence significative entre les deux groupes, hormis au niveau du fonctionnement (mesuré par l'échelle GAF (103)) qui est la seule mesure prise par les évaluateurs et non une auto-évaluation.

## **7. Impact temporel de la prise en charge de la MBT**

L'étude de Bateman et Fonagy en 2008 (111), explore les gains du traitement par MBT plusieurs années après la fin du traitement : 5 ans après la fin du traitement, soit 8 ans après la randomisation. Ils se basent sur deux études antérieures réalisées par les mêmes auteurs (1) (112), à l'origine de la création de cette psychothérapie par MBT (en 2004) (113), mais non incluses dans notre revue actuelle. Ils comparent deux groupes, l'un ayant reçu une prise en charge en hospitalisation partielle de MBT pendant 18 mois, et l'autre un traitement de référence (TAU, treatment as usual) sur la même durée. L'étude porte sur la poursuite du même traitement respectif dans chaque groupe, d'une manière moins intensive c'est-à-dire ambulatoire (3 sessions par semaine) sur une durée similaire (18 mois) et de leur impact 5 ans après. Les critères d'évaluation étaient le nombre de tentatives de suicide dès les 5 ans après randomisation, des recours aux soins (passage aux urgences, usage médicamenteux, etc.) évalués par des entretiens avec les cliniciens associés à l'analyse de données du dossier médical tous les 6 mois. Les critères secondaires portant sur les changements psychopathologiques du trouble borderline dans le DSM IV (42) ainsi que le fonctionnement global et l'emploi, respectivement évalués par le ZANARINI Rating Scale for le DSM-IV (114) et le GAF (103), trois fois par an. Compte tenu du caractère faussé de l'analyse des données portant sur le critère de jugement principal,

une analyse des variances a été effectuée. Nous retrouvons une différence significative entre les deux groupes, en faveur du groupe MBT, à l'issu de ces 8 années de suivi, et ce à chaque évaluation. En effet, 74% des patients du groupe TAU ont fait au moins une tentative de suicide par an, alors que seulement 23% ont fait de même sur la même période. Quant à l'évaluation des changements psychopathologique du trouble borderline, 13% des patients du groupe MBT cotent pour ce diagnostic, alors que 87% présentent toujours ce trouble dans le groupe TAU, et ce majoritairement quant à l'impulsivité et le fonctionnement interpersonnel. Quant au fonctionnement global, nous retrouvons 46% des patients inclus dans le groupe MBT ayant un score supérieur à 60 avec l'échelle GAF contre 11% dans le groupe TAU à la fin de l'étude.

**Tableau 1**

Auteurs, Années	Type d'étude, Design	Population	Objectif de l'étude	Mesures employées	Résultats en lien avec l'étude
<b>Bateman et Fonagy, 2008 (100)</b>	Etude de cas, MBT en session individuelle et groupale sur 12 mois	Patient ayant une comorbidité associée : TPB et trouble de personnalité antisocial	Présenter leur pensée, Montrer le rôle du maintien d'une mentalisation lorsque l'intégrité de cette population est en jeu, et sa relation entre caractéristique antisociale et violence		Réduction des actes de violence et amélioration de la flexibilité de la mentalisation
<b>Bateman et Fonagy 2008 (105)</b>	Essai contrôlé randomisé,	41 patients issus de la première étude.	Comparer l'efficacité de la MBT vs TAU 8 ans après randomisation	Mesures comparées sur des périodes de 18 mois  - Au moins 1 tentative de suicide sur la période par analyse de variance, critères associés : % service disponible utilisé par chaque patient 1 an avt randomisation	- 23% dans MBT vs 74% dans TAU, significatif sur les 3 période (X <sup>2</sup> = 8.7, df=1, p<0.003, d=2, IC 95 [1.4-4.9])

				<p>et Recours aux soins</p> <p>- Zanarini rating scale or DSM IV for TBP, par analyse multivariée</p> <p>-GAF score <math>\geq</math>60</p>	<p>- 13% dans MBT vs 87% dans TAU (X<sup>2</sup>=16.5, df=1, p&lt;0.000004, d=1.4, IC95[1.2-2.4])</p> <p>- 46 dans MBT vs 11% dans TAU (X<sup>2</sup>=6.5, df=1, p&lt;0.02, d=3, IC95[2-12])</p>
<b>Bateman et Fonagy, 2009 (93)</b>	Essai contrôlé randomisé, comparant MBT vs SCM sur 18 mois. Appariement ITT	134 Patients issus de la file active de l'unité des troubles de personnalité de l'Hôpital St Anne (UK). Diagnostiqué TBP avec le SCID-II, entre 18 et 65 ans. Exclusions : comorbidités bipolarité, psychose ; psychose organique, suivi psychothérapique	Mesurer l'efficacité de 18 mois de traitement par MBT en ambulatoire vs SCM dans le TBP	<p>Evaluation par période de 6 mois dès la randomisation</p> <p>-Proportion d'absence de tentative de suicide + automutilations+ admissions à l'hôpital</p> <p>- GAF</p> <p>- GSI</p> <p>- BDI Score</p> <p>- Social Adjustment Scale</p>	<p>En ITT</p> <p>- A 18 mois, 73% dans le MBT vs 43% dans le SM ( X<sup>2</sup>=11.5, df=1, p&lt;0.0007, RR=1.7, IC95[1.23-2.35])</p> <p>- Augmenté dans les deux groupes, de 41 % (IC95[39.7-42.7]) à 57% (IC95[54.9-60]) (t=15.5, df=125, p&lt;0.0001)</p> <p>-Différence de taille modérée entre MBT et SCM (d=0.67, IC95[0.33-1.02])</p> <p>-Différence modérée (d=0.45, IC95[0.10-0.79])</p> <p>-Différence modérée (d=0.72, IC95[0.37-1.06])</p>
<b>Jorgensen et al, 2013 (104)</b>	Essai contrôlé randomisé, comparant MBT vs Psychothérapie de soutien sur 24 mois ITT	58 patients issus de clinique pour trouble de personnalité en hospitalisation et en ambulatoire, d'unité de la ville, de patientèle de psychiatre en libéral ; e la région du Central Jutland. Adultes, critères. d'exclusions : comorbidité : bipolarité, trouble de personnalité	Comparer les résultats de 2 ans de traitement entre MBT vs psychothérapie de soutien	<p>Mesurés tous les 3 mois</p> <p>- GSI</p> <p>- BDI-II</p>	<p>A 24 mois</p> <p>- MBT de 1.7 (SD=0.6) à 1.2 (SD=0.8) vs Psychothérapie de soutien de 2 (SD=0.6) à 1.4 (SD=0.8), as de différence significative entre MBT et SCM (p<math>\geq</math>0.4)</p> <p>- Diminution dans les 2 groupes sans</p>

		antisocial, addictions aux substances		- GAF S et F  - niveau de fonctionnement  - STAI, BAI, SAS-R, IPP	différence significative ( $p \geq 0.47$ )  - A 24 mois, différence significative entre MBT vs Psychothérapie de soutien pour GAF -f ( $f=8$ $p=0.005$ ) et GAF-S ( $f=12.7$ $p=0.0004$ )  - Pas de différence significative  - Pas de différence significative ( $f < 2.9$ , $p \geq 0.13$ )
<b>Bateman et Fonagy, 2015(87)</b>	Etude de cas, présentation d'une patiente bénéficiant de MTB combiné sur 1 an pour traiter un trouble de l'humeur associé à un TPB	Co occurrence dépression et TBP	Utilisation de la MBT pour traiter en même temps le trouble de l'humeur et le TPB		Restauration de la mentalisation. Se concentrer sur les changements soudains dans les étapes de mentalisation et dans la lutte contre l'hypermentalisation. Acquisition d'une stabilisation de la mentalisation afin de rendre plus accessible les autres techniques
<b>Levallius et al, 2015(100)</b>	Etude de cohorte contrôlée,  18 mois de traitement par MBT en session individuelle et groupale 1/semaine	21 patientes issues d'une unité spécialisée dans la MBT pour les plus sévères cas de TPB.	Rechercher les changements de personnalité en relation à la suicidalité au cours du traitement par MBT	Evaluation initiale (0.5 à 2 mois avant le traitement) et en fin (15 à 24 mois après la fin du traitement)  - NEO PI-R	- Changement significatif au niveau de Névrosisme et Conscience de soi ( $t=1.90$ et $3.02$ respectivement, $df=20$ , $p < 0.05$ ; et $d=-0.47$ et $0.51$ respectivement) Pas de différence significative pour Amabilité, Extraversion et la recherche de risque. Spécifiquement pour les items spécifiques du TPB, différence significative pour Dépressivité ( $t=2.25$ ), Impulsivité ( $t=1.79$ ), Compétence ( $t=3.07$ ),

				- SUAS	Autodiscipline (t=1.81), Attention (t=2.44, df=20, p<0.05)  - Diminution significative de 39 à 31 (Wicoxon Signed rank test, p<0.05, d=0.54) d=0.86), comparativement au groupe contrôle
<b>Bateman et O'Connell, 2016 (89)</b>	Essai de supériorité contrôlé randomisé Comparant MBT vs SCM en ambulatoire sur 18 mois	158 Adultes issus de l'unité de trouble de personnalité de l'hôpital St Ann (UK), comorbidités trouble de personnalité antisocial et TPB.  Critères. D'exclusion : comorbidités : bipolarité, psychose, addictions aux substances, déficience intellectuelle	Rechercher l'efficacité de la MBT dans la réduction de symptômes de trouble de personnalité antisocial, chez des patients ayant une comorbidité TPB	Evaluation, au début puis tous les mois sur 18 mois.  - SCID-II  - SCL-90  - IPP  - DSM  - Tentative de suicide et automutilations	A 18 mois :  Idéation paranoïde significativement diminuée dans le groupe MBT (t=2.50, p<0.01)  -Hostilité et l'idéation paranoïaque significativement diminuée dans le groupe MBT vs SCM, (t=3.53, p<0.001 ; et t=3.06, p<0.01 respectivement)  Domination, Pas de différence significative entre MBT et SCM (t=1.06)  Colère significativement diminuée dans le groupe MBT à 18 mois, (t=2.05, p<0.05), effet de régression mixte montre une différence significative tout au long du traitement  - Différence significative concernant le nb de patients ayant fait une TS et réduction significative du nb de tentative de suicide pour MBT (t=2.04, d=0.25 IC95 [0.09-0.71] p<0.01) selon le modèle de

					<p>régression logistique mais modèle de régression Poisson montre supériorité significative de MBT (<math>X^2=4.91</math>, <math>p&lt;0.05</math>)</p> <p>Automutilations, différence significative uniquement concernant le nb d'automutilations pour MBT (<math>t=1.93</math>, <math>d=-0.66</math> IC95[-0.98 ; -0.34] <math>p&lt;0.001</math>)</p> <p>- GAF Différence significative à 18 mois pour MBT (<math>t=-2.39</math>, <math>p&lt;0.01</math>)</p> <p>- IPP et SAS Diminution significative dès 12 mois en faveur de MBT. A 18 mois (respectivement <math>t=2.94</math> <math>p&lt;0.01</math> et <math>t=3.78</math> <math>p&lt;0.01</math>)</p> <p>- SCL-90 et BDI Anxiété et dépression, significativement réduite à 18 mois dans MBT comparativement à SCM (<math>t=2.74</math>, <math>X^2=54.07</math> <math>df=4</math>, <math>p&lt;0.001</math> et <math>t=3.39</math> <math>X^2=92.30</math> <math>df=3</math>, <math>p&lt;0.001</math>)</p>
--	--	--	--	--	--

Dans la partie suivante, nous nous intéressons à l'analyse de l'impact des techniques et des modalités de mise en place de la MBT sur des populations spécifiques.

## **B. Impact thérapeutique de la Thérapie Basée sur la mentalisation du point de vue de la population cible**

### **1. Grossesse et périnatalité**

Markin en 2013 (115), se concentre sur l'utilisation de la MBT pour aider les patientes enceintes, les préparer et les adapter à la maternité. Il se base sur l'hypothèse qu'une mère présentant une grande capacité réflexive a une plus grande chance d'avoir elle-même un attachement sécurisé et prédit une sécurité dans l'attachement chez son enfant. Dans cet article, trois cas différents de mère TPB ou ayant un haut risque de TPB vont être abordés en proposant différentes interventions basées sur la MBT. Dans le premier cas, il s'agit de mentaliser le fœtus, qui encourage l'émergence d'un attachement de qualité de l'enfant à venir. Les mères TBP étant plus à risque d'avoir un attachement ambivalent, peuvent projeter des affects négatifs sur leur enfant. La patiente issue de ce cas clinique, a une histoire traumatique et projette des états mentaux négatifs sur son enfant, induisant une perception rigide et des représentations de la pensée de son bébé définissant la qualité de sa relation avec ce bébé et ses attentes vis-à-vis de lui. Le clinicien mettant en application la MBT dans ce contexte a donc pour objectif d'aider la future mère à se différencier de l'enfant qu'elle porte. Il fait le lien entre différents états mentaux présents chez la patiente, l'encourage à penser ses émotions, encourage sa flexibilité mentale en présence d'affects forts tels que dans un contexte de relations d'attachement passées ou présentes, et à envisager de multiples perspectives. Dans le second cas, est abordée la notion d'identité en tant que mère, notamment en travaillant la fonction imaginative avec la fonction réflexive avec l'aide de la mentalisation. Dans ce cas, le clinicien encourage la patiente à caractériser ses émotions, identifier sa rigidité de pensées et

les moments de pseudomentalisation, et l'encourager à envisager de multiples perspectives. La dernière situation s'attache à cibler la relation mère-fœtus, l'attachement de la mère à l'enfant à venir en constatant que les futures mères avec un attachement évitant auront des difficultés à l'identification de la grossesse et celles présentant un attachement préoccupé auront une distorsion de la fonction réflexive. Dans ce cas, l'objectif du thérapeute est de fournir une base expérimentale sécurisée qui facilitera l'exploration des états mentaux (les siens et ceux de l'enfant à venir).

## **2. Adolescents et Familles**

Deux auteurs abordent les adolescents et familles. Le premier, par Rossouw et al en 2012 (116), s'intéresse à la prise en charge des automutilations chez les adolescents. Cet article est le premier ayant montré une efficacité significative d'un traitement spécialisé versus l'utilisation du traitement de référence (TAU). Il s'agissait de comparer sur 12 mois la MBT-A (Mentalization Based Treatment for Adolescents) consistant en 1 séance de MBT-A (pour adolescents) hebdomadaire et une séance mensuelle de MBT-F (pour familles), comparativement au TAU, dans une population d'adolescents présentant pour 73% d'entre eux un diagnostic de TBP. L'évaluation était réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire tous les 3 mois de la survenue d'automutilations grâce à l'échelle RTSHI (Risk Taking and Self Harm Inventory) (117) et confirmé par des entretiens cliniques et une évaluation du TBP pour adolescents et pré-adolescents. Secondairement, ils évaluent la dépression, l'émergence du TBP et la prise de risque. Les résultats montraient une différence significative au profit de la MBT-A à 2 mois uniquement quant à la survenue des automutilations. Quant à la dépression, elle diminue dans les deux groupes, mais la différence devient significative en fin de traitement, dès 9 mois. Concernant les caractéristiques borderline, nous

retrouvons une réduction dans les deux groupes, significative dans le groupe MBT-A en fin de traitement.

L'étude de Laurensen et al en 2014 (118), présente les résultats d'une étude de faisabilité de l'adaptation de la MBT en hospitalisation chez des adolescents présentant des symptômes TBP. Les évaluations portaient sur la sévérité des symptômes mesurée par l'échelle BSI (Brief Symptom Inventory) (119), le fonctionnement de personnalité avec l'échelle SIPP (Severity Indices of personality Problems) (120) et la qualité de vie avec EuroQol (121). Ces éléments étant analysés en début de randomisation et à la fin du traitement de 12 mois. Le groupe contrôle consiste en un échantillon d'adultes non issus d'une population clinique. L'ensemble des critères de mesure était significativement plus dégradé en début de traitement. A la fin du traitement, les participants présentaient des symptômes de détresse sur le BSI significativement moins élevés que le groupe contrôle, et leur qualité de vie était significativement améliorée. Quant à l'amélioration du fonctionnement de personnalité, nous retrouvons une différence significative au niveau du contrôle de soi, le sens de soi, ainsi que dans leur capacité relationnelle en faveur du groupe MBT.

Bleiberg et al en 2013 (122), exposent le cas d'un adolescent bénéficiant de MBT-A au sein d'un groupe et d'une prise en charge associée par MBT-F, adressée à lui et sa famille, cas à partir duquel l'auteur décrit les cibles et le but du traitement. L'objectif étant de promouvoir les compétences qui rétablissent la mentalisation et de la maintenir dans des situations d'adversité, chez le patient et sa famille. De plus, la MBT-A met moins l'accent sur les interprétations pathologiques et promeut la curiosité à propos des états mentaux que le patient peut lier à son vécu subjectif de la réalité. Il permet de mettre en place une relation plus efficace et soutenante, permettant aux affects d'être plus compréhensibles et gérés.



<p><b>Bleiberg, 2012</b>(122)</p>	<p>Etude de cas, MBT-A en session individuelle et familiale</p>	<p>Un adolescent présentant un TBP avec sa famille</p>	<p>promouvoir les compétences qui rétablissent la mentalisation et de la maintenir dans des situations d'adversité. Promotion de la curiosité à propos des états</p>		<p>Lien entre les états mentaux de l'adolescent et sa famille.  Meilleure gestion des relations interpersonnelles</p>
<p><b>Markin, 2013</b>(115)</p>	<p>Etude de cas,</p>	<p>Femmes enceintes présentant un TBP</p>	<p>Montrer les applications théoriques de la MBT chez des primipares afin de les préparer et de les adapter à a maternité</p>		<p>Mentalisation de leur identité en tant que mère, mentalisation de l'enfant à venir, et mentalisation de la relation mère-enfant</p>
<p><b>Laurensen, 2014</b>(118)</p>	<p>Cohorte, Sur 12 mois  Echantillon bénéficiant de MBT-A vs groupe contrôle constitué d'adultes non issues d'une population clinique.</p>	<p>11 adolescentes présentant un TPB hospitalisées, issues d'un centre de santé mentale aux Pays-Bas.  Critères d'exclusion : psychose, trouble cérébral organique, déficience mentale</p>	<p>Décrire la faisabilité et les premiers résultats de l'application de la MBT-A chez des adolescentes borderline hospitalisées</p>	<p>Evaluation au moment de la randomisation et en fin de traitement.  - BSI  - SIPP-118  - EuroQol</p>	<p>A 12 mois,  -Diminution symptomatique significative après le début du traitement avec de larges effets de taille (p &lt;0.001, d=1.46)  Amélioration significative du fonctionnement de personnalité avec larges effets de taille, dans les domaines suivants : -Contrôle de soi (p&lt;0.05, d=0.7) -Intégration identité de soi (p&lt;0.01, d=1.42) -Responsabilité (p&lt;0.05, d=0.58) Amélioration non significative dans les capacités relationnelles (p=0.067)  Amélioration significative de la qualité de vie avec de larges effets de taille (p&lt;0.05, d=1.11)</p>

### **3. Association ou changement psychothérapique : Impact symptomatique**

Dans la pratique clinique, les patients peuvent avoir déjà eu recours à de différents traitements, pertinents de maintenir ou non, avant de s'adresser à un praticien, et notamment, des prises en soins psychothérapiques. Ainsi, nous sommes intéressés à l'impact symptomatique chez des patients présentant un TBP, de l'occurrence adjuvante d'un traitement psychothérapique ou du changement prise en charge psychothérapique.

#### **a) Passage d'un traitement psychodynamique à la MBT**

Kvarstein et al en 2015 (123), effectuent une étude longitudinale comparant avant et après le passage d'un traitement psychodynamique structuré à la MBT sur les symptômes des patients borderline. Le premier groupe a bénéficié d'une prise en charge psychodynamique unique, alors que le second a eu dans un deuxième temps, un traitement par MBT. La durée maximale du traitement était de 3 ans, incluant des sessions individuelles et de groupe hebdomadaires, et 12 séances de psychoéducation. L'analyse portait, entre autre, sur l'intensité symptomatique mesurée par auto-questionnaire BSI (119), les problèmes interpersonnels mesurés par un auto-questionnaire CIP (104) et le fonctionnement global par l'échelle GAF (103). Les résultats montraient une différence significative entre les deux groupes à l'issue du traitement en faveur du groupe 2 (Psychodynamique + MBT) alors qu'ils étaient comparables au début du traitement par MBT au niveau de la sévérité des symptômes.

Quant au fonctionnement global, une différence à 12 mois est établie entre les deux groupes mais sans significativité. Au niveau des passages à l'acte (tentative de suicide et automutilations), aucune différence n'est notable entre les deux groupes.

### **b) Association adjuvante de la Dialectique Behaviour Therapy (DBT) et de MBT**

Edel et al en 2017 (124), se demandent si l'ajout de la MBT à un traitement de DBT permet chez des patients souffrant d'un TPB hospitalisés d'améliorer leurs symptômes, leurs capacités de mentalisation, de modifier leur style d'attachement ; ainsi que, de manière secondaire, d'étudier les changements symptomatiques. Il s'agissait de proposer au cours d'une prise en charge en DBT, 4 semaines de MBT en sessions individuelles à raison de 2 séances par semaine et quelques heures de psychoéducation. Selon l'analyse linéaire multivariée, les résultats ont montré une amélioration symptomatique significative uniquement au niveau des automutilations à l'issue de l'étude dans le groupe combiné (MBT+DBT), alors qu'en ce qui concerne les autres signes cliniques, les résultats étaient comparables. Quant aux capacités de mentalisation, mesurées par des tâches de bande dessinée exposées par Brüne 2016 (125) , nous retrouvons une amélioration significative dans le groupe combiné à l'issue de l'étude. Par ailleurs, une analyse posthoc montrait la supériorité significative du groupe combiné comparativement au groupe DBT seul, quant à la diminution de la survenue d'un attachement craintif.

**Tableau 3 :**

Auteurs, Année	Type d'étude, Design de l'étude	Population	Objectif de l'étude	Mesures	Résultats en rapport avec l'étude
<b>Kvarstein et al, 2015(117)</b>	<p>Etude de cohorte, Réalisée entre 1993 et 2013.</p> <p>Le premier groupe ayant reçu uniquement une psychothérapie psychodynamique (11h de thérapie de groupe réparti chaque semaine en HDJ, session groupale en ambulatoire, 1.5h chaque semaine)</p> <p>, Durée de traitement maximale 4 ans</p> <p>Autre groupe : reçoit secondairement la MBT (1<sup>ère</sup> année : session individuelle et groupale hebdomadaire, 2<sup>ème</sup> année : session individuelle toutes les 2 semaines, et 3<sup>ème</sup> année : individuelle toutes les 3 semaines) Durée maximale du traitement : 3 ans</p>	<p>345 patients issus de la file active du Departement de Personality Psychiatrie (Norway)</p> <p>Exclusions : patient traité pdt la période de transition et inclus dans un autre essai clinique</p>	<p>Comparaison de l'effet sur le TBP du changement de psychothérapie au cours du suivi, Psychothérapie psychodynamique au profit de la MBT</p>	<p>Evaluation au cours du suivi</p> <p>-BSI</p> <p>- CIP</p> <p>-GAF</p>	<p>En fin d'étude :</p> <p>Significativement supérieur avec MBT vs Psychodynamic (t=0.015 p&lt;0.01, effet de taille large)</p> <p>-Globalement, supériorité de MBT avec effet de taille large et résultats significatifs. Mistruss significativement plus élevé dans MBT (t=0.01, p&lt;0.05) ; autres items intrusif, dominateur, égocentrisme, significativement plus élevé dans MBT vs Psychodynamic</p> <p>Significativement supérieur dans MT avec effet de taille large (t=-0.21, p&lt;0.01)</p>
<b>Edel et al, 2017(124)</b>	<p>Cohorte contrôlée, randomisée</p> <p>1<sup>er</sup> groupe reçoit DBT pendant 6 semaines, traitement en 2 phases (2+4). Cette deuxième phase est le groupe contrôle</p> <p>DBT, 4 semaines 2<sup>ème</sup> groupe : DBT pendant 2 semaines puis combinaison de DBT+MBT</p>	<p>73 patients hospitalisés issu de l'hôpital universitaire</p> <p>Critères d'exclusion: addiction aux substances, psychose, bipolarité, maladie neurologique</p>	<p>Rechercher si la combinaison de MBT avec DBT chez des patients TBP hospitalisés améliorent leurs capacités de mentalisation et changent leur style d'attachement</p>	<p>-BDI -STAI</p>	<p>Différence significative en fin de traitement uniquement concernant les automutilations, dans le groupe 2(MBT+DBT) (df=25, p=0.08)</p>

### **III. Discussion**

#### **A. Principaux résultats**

Les résultats obtenus à l'issue de cette revue systématique de la littérature donnent des réponses homogènes mais dont le niveau de preuve ne permet pas d'établir des preuves scientifiques.

Nous avons décidé de synthétiser les principaux résultats issus de ce travail en fonction du niveau de preuve des études. (126)

##### **1. Résultats issus d'étude à niveau de preuve moyen**

Ces résultats sont issus d'essais cliniques randomisés à faible puissance.

Tout d'abord, nous retrouvons un spectre d'éléments en faveur d'une efficacité significativement supérieure de la MBT dans plusieurs domaines.

En effet, le plus grand nombre de significativité dans les résultats, et d'intérêt des auteurs, porte sur les passages à l'acte : tentative de suicide et automutilations. En population adulte, nous retrouvons une réelle réduction au cours du traitement comparativement à d'autres méthodes : TAU (Treatment As Usual) (111), Psychothérapie de soutien, Psychothérapie standardisée (99) (95) et ce, sur le long terme (111). Ces symptômes sont envisagés de manière singulière dans plusieurs études, permettant d'élargir le spectre d'action de la MBT. En effet, l'utilisation de la MBT permet de normaliser des traits de personnalité pathologique spécifique du TPB parallèlement à la réduction des tentatives de suicides (106). En population présentant une comorbidité antisociale et borderline, les tentatives de suicide sont considérées comme marqueur d'impulsivité et sont significativement réduites grâce à la MBT (99).

Cependant, la MBT n'apporte pas de bénéfices supplémentaires quant à cette problématique en cas de traitement prolongé (110), ni en cas d'association avec d'autres psychothérapies qui figurent dans les recommandations (3) (123) (124).

Une nuance supplémentaire est à apporter quant aux automutilations. En effet, dans une population d'adolescents TPB, la MBT se révèle significativement plus efficace que le TAU, réduisant indirectement les tentatives de suicide en agissant également sur la dépression de l'adolescent (116).

Les symptômes anxieux et les troubles de l'humeur, sont améliorés significativement et rapidement après le début du traitement dans différents contextes et de manière homogène sur l'ensemble de la population (111) (99) (95) (116). La dépression dans ce contexte est considérée comme une dysrégulation émotionnelle plutôt que comme une comorbidité associée (110).

Il en est de même pour le fonctionnement global et les relations sociales (95) (111) (99), sans apport particulier lorsque d'autres techniques psychothérapeutiques sont associées à la MBT (123) (124). Cependant, nous retrouvons un intérêt à proposer des traitements intensifs plus longs quant au retentissement social et le fonctionnement global (110).

Pour finir, la qualité de vie est uniquement analysée dans l'étude sur les adolescents de Laurensen 2014 (118) , dans laquelle nous retrouvons une amélioration significative, mais ne tenant pas compte du caractère changeant de cette population et de la non fiabilité de ces résultats à long terme.

## 2. Résultats issus d'études à faible niveau de preuve

La première permet d'envisager la MBT comme un outil polyvalent, permettant le traitement de deux troubles simultanément : les troubles de l'humeur et le trouble de la personnalité borderline, sous le spectre des défauts de mentalisation, induisant une meilleure réponse aux traitements ultérieurs (93).

Il en est de même dans la prise en charge de la violence et l'agressivité des patients présentant une comorbidité antisociale et borderline, en termes de troubles de la personnalité (100).

Les études suivantes, concluent à des résultats pertinents quant aux relations interpersonnelles. En effet, l'étude de Bleiberg et al en 2012 (122), indique des bénéfices majeurs quant à la gestion des relations interpersonnelles dans un contexte d'utilisation simultanée de MBT-A et F, pour des adolescents borderline. L'étude de Markin en 2013 (115), propose des mises en œuvre des techniques de MBT afin de travailler différents aspects problématique chez les femmes borderline en périnatalité : la relation mère-enfant à venir, l'identité en tant que mère et la représentation de l'enfant en tant qu'Autre .

En résumé, quelles que soient les études, malgré le peu d'éléments en faveur d'une supériorité de la MBT face à d'autres psychothérapies figurant dans les recommandations (3), nous retrouvons un large spectre d'action. Ceci est d'autant plus pertinent que les troubles mentaux, notamment le TPB, ont un retentissement global et une symptomatologie très diverse.

## **B. Limites respectives**

### **1. Limites des études incluses**

Tout d'abord, nous notons un certain nombre de biais et de limites dans les études analysées.

Des biais de sélection, de plusieurs ordres. Il existe des biais de planification. Des problèmes de représentativité sont retrouvés, de multiples échantillons ou groupes non représentatifs de la population générale (100) (95) (110) (118) (123). Des biais de sélection lors de l'analyse sont repérés notamment en termes de comparabilité avec les groupes contrôles. Une étude centrée sur les adolescents mais utilisant un groupe contrôle formé d'adultes (118), ou encore des groupes de taille différente (123).

Pour finir, beaucoup d'études ne fournissent pas de présomption ni de preuve scientifique, telles que les études de cas sans cas-témoins (100) (93) (122) (115); et pour celles qui apportant un niveau de preuve satisfaisant, la puissance de l'étude reste faible (118).

Des biais de classement ont été relevés. Des biais d'information, au sein des études qui n'utilisent pas toutes des critères bien définis pour diagnostiquer le TPB (115) (122) (116). Des éléments subjectifs liés à l'enquête par l'intermédiaire de l'absence d'évaluation régulière (118), de procédures non standardisées dans l'évaluation (116), de l'utilisation de moyen de comparaison reposant sur des auto-évaluations (110).

Par ailleurs, l'absence de monitoring de mécanismes de changement (99) et des facteurs extérieurs (118) n'est pas prise en compte.

Des biais de confusion sont retrouvés quant à l'intrication supposée des traitements médicamenteux dans l'interprétation de résultats significatifs, dans des études où ces derniers ne sont pas évalués (95).

Enfin, une grande partie des études sélectionnées sont réalisées par les développeurs de la MBT.

## **2. Limites de la revue**

Un biais de sélection inhérent à la revue repose sur l'algorithme de mots clés, malgré l'utilisation de trois bases de données différentes et d'une double lecture. Des articles ont pu être omis de par les restrictions liées aux critères d'inclusion (mots clés, date de parution des études, mode de sélection des études par titre et résumé).

Certains articles pouvant renforcer nos propos, notamment quant à des populations cibles auraient été intéressants à analyser. Par exemple, l'étude de Skarderüd en 2012 (127) sur les troubles du comportement alimentaire, l'étude d'Asen et Fonagy en 2012 (128) sur la MTB proposée aux familles, l'étude de Slade et Fonagy quant à la périnatalité (129).

De plus, des études portant sur des symptômes ou des situations cliniques pertinentes, telles que la prise en charge du psychotraumatisme (130) n'ont pu être prises en compte car ne répondant pas aux critères de sélection de notre revue.

Nous retrouvons également un biais d'accessibilité. En effet, un grand nombre d'études, notamment certaines sélectionnées sur titre et résumé, n'étaient pas disponibles en France et leur acheminement est onéreux. De plus, d'autres articles n'étaient pas disponibles.

## **C. Perspectives**

### **1. L'engagement**

#### **a) Du point de vue du patient**

Tout d'abord, il est important d'envisager la question de l'adhésion aux soins, qui est au centre de la problématique du TPB. Les caractéristiques propres de ce trouble induisent une ambivalence vis-à-vis des soins et une adhésion parfois chaotique à l'offre de soins, surtout lorsque le traitement est long. La motivation au changement, ainsi que l'adéquation aux besoins du patient sont deux éléments qui expliquent une forte implication du patient dans les soins. La MBT offre ces deux perspectives (131). Ces éléments sont corroborés par les résultats de plusieurs études analysant l'adhésion à la MBT. En effet, l'implication est présente même pour des populations réputées changeantes, telles que les adolescents (132) ou ceux ayant un TPB et une comorbidité antisociale (133). Cette implication est d'autant plus marquée que peu de patients quittent la procédure thérapeutique (abandon et renvoie), comme le montre l'étude de Bales en 2012, où l'ensemble des patients inclus est randomisé et dont le taux de présence est de 63.5 % (134).

On constate donc que la question de la relation entre le patient et le soignant est au centre de la MBT. En effet, la grande structuration du traitement, le fait que le patient

soit intégré dans sa globalité, aide d'une part le thérapeute à lutter contre l'ambivalence du patient mais également à renforcer la croyance du patient en l'efficacité de ce qui est fait : il s'agit de la confiance épistémique. L'ensemble du système communicatif utilisé par les thérapeutes formés à la MBT y contribue et stimule la compréhension du patient quant aux états mentaux. (135)

Force est de constater que la question du transfert dans le lien patient-thérapeute est primordiale. Les techniques de la MBT sont basées sur l'utilisation d'un matériel, le transfert, tout comme d'autres psychothérapies (telles que la Thérapie focalisée sur le transfert ou la psychothérapie comportementale dialectique). Le transfert permet de discuter des différences rencontrées entre chacun et d'élargir l'éventail des perspectives. Il ne s'agit pas de tenir une posture d'expert mais de comprendre les différentes expériences du sujet (136).

### **b) Du point de vue des soignants**

Nous venons de nous focaliser sur la relation qui existe entre le patient et le soignant, il est donc important d'envisager maintenant les répercussions du côté des équipes soignantes. En effet, la MBT présente également des vertus afin de guider des équipes faisant face à des réactions violentes et à des comportements parfois agressifs de certains sujets présentant un TPB. La compréhension du comportement d'autrui est bénéfique pour le maintien de l'intégrité de l'équipe ainsi que pour la prise en charge du patient. (137)

De même, on constate une amélioration de la capacité à mentaliser chez le clinicien lui-même. On observe un cercle vertueux, en effet, la capacité réflexive du clinicien est augmentée après une formation à la MBT, ce qui est donc profitable pour

le patient aussi, surtout quand la situation du patient est complexe. C'est le cas des patients présentant un TPB. (138)

Il est donc question de formation. Plus le praticien est formé à la MBT, meilleure est sa flexibilité mentale et meilleurs sont les résultats thérapeutiques pour le patient. Seulement l'accessibilité aux formations est limitée en Europe, mais surtout en France. Les instituts qui proposent les formations sont en rapport avec les Instituts Anna Freud. Même si Bateman et Fonagy en 2009 dans leur article, expliquent que les praticiens ne doivent pas apprendre de nouvelles données théoriques, mais qu'ils doivent les utiliser autrement, il requiert une formation structurée afin de prétendre proposer un traitement par MBT (133). Il serait donc intéressant de réfléchir à développer et rendre plus accessible cette formation dans notre pays.

Ainsi il est légitime de s'interroger sur la faisabilité, c'est-à-dire les modalités d'application de la MBT.

## **2. La faisabilité**

Tout d'abord, il est important d'envisager la MBT en termes de temps passé. Il est vraisemblable que cette forme de psychothérapie est exigeante en termes de moyens, elle requiert une pluralité du dispositif de soins. Il est nécessaire de proposer des cadres structurés, de l'hôpital de jour, des équipes ambulatoires dédiées, de manière individuelle ou groupale (86). Cette exigence l'est également en termes de temps consacré par les équipes soignantes, qui doivent s'impliquer pleinement. Effectivement, la prise en charge, en plus des temps de soins, nécessite des sessions de supervision entre cliniciens de manière quotidienne pour la MBT-PH et hebdomadaire pour la MBT-IOP. De plus, cette implication doit être maintenue tout au long du traitement, en essence, environ 18 mois.

Ainsi, il est pertinent de se poser la question du coût financier. Laurensen et al en 2016 (139) se le sont posée en se basant sur l'étude de deux protocoles. Le premier, réalisé en collaboration avec D. Westra en 2014 (140), conclue que la MBT-DH est plus coûteuse que le TAU (qui est mené par le City Crisis Service, incluant 2 psychologues- 5 psychiatres- 5 Infirmiers- 1 thérapeute systémique, le tout en ambulatoire). Le second est conduit en collaboration avec M.L. Smits en 2014, et conclue à un coût deux fois supérieur de la MBT-PH face à la MBT-IOP (141) . C'est donc sur cette base, que Laurensen et al en 2016 aux Pays-Bas ont analysé le coût de la réalisation de la MBT pour des patients souffrant d'un TPB, face au coût financier global engendré par ces derniers en absence de MBT (en tenant compte, de l'absence de revenus professionnels, de du coût des soins de santé...). Elle estime le montant de la réalisation de la MBT à une hauteur de 2141 euros par an par personne, alors que celui d'une personne souffrant de TPB est de 16879 euros. (139)

Malgré ces résultats encourageant, il est important de replacer ces conclusions et notre travail dans une perspective d'applicabilité au sein de notre propre système de soins.

La psychiatrie en France correspond à une politique de secteur, depuis les années 1960 afin de répondre aux besoins de Santé Mentale. Cela correspond à proposer des soins psychiatriques à une population donnée selon un principe d'égalité, de globalité et de gratuité. Chaque département est découpé en plusieurs secteurs de 67000 habitants chacun. A chaque secteur est rattaché une équipe multidisciplinaire, et la possibilité de soins ambulatoires et hospitaliers. Chaque secteur répond à un projet d'établissement et des directives ministérielles, mais est autonome. Ainsi les secteurs peuvent différer en termes d'offre de soins d'un secteur à un autre. Depuis les années 1980, la logique est la désinstitutionalisation et la lutte contre la

stigmatisation. Il est question de diminuer le nombre de lits et de favoriser les soins dans la cité, au plus près de la population. C'est le CMP (Centre Médico-Psychologique) qui coordonne et accueille les actions extrahospitalières. D'autres alternatives aux soins hospitaliers existent tel que les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, les Hôpitaux de Jour ou d'équipe spécialisée plus rarement. (142). On note donc que la politique de Santé Mentale en France prend en charge sa population de manière globale selon une logique territoriale, offrant donc des soins en limitant les distinctions de pathologie. Il existe cependant des services spécialisés et le plus souvent non sectorisés offrant des soins spécifiques, plus fréquemment présents dans de grands centres hospitaliers. Actuellement, les soins psychiatriques sont peu intégrés à l'hôpital général, les deux tiers des lits de psychiatrie se situant encore dans des établissements spécialisés contre la lutte contre les maladies mentales. (143). Les soins en santé mentale sont aussi proposés par le secteur privé, par des psychiatres libéraux en cabinet ou en clinique, mais les moyens sont différents et le cloisonnement encore important (143).

Du côté des Anglais, on retrouve une même volonté de rompre avec le système asilaire après la Seconde Guerre Mondiale et de réduction de lits d'hospitalisations. L'Etat Britannique a fermé 112 de ses 126 établissements psychiatriques au profit d'unité au sein des centres hospitaliers (144). Les soins en Santé Mentale sont délivrés gratuitement par le National Health Service (NHS), les autorités locales qui gèrent les services sociaux, éducatifs, d'aides à domicile en partenariat parfois avec des unités de soins. Les services bénévoles et privés participent aussi à l'offre de soins et augmentent considérablement le stock de lits d'hébergement. Quant au fonctionnement, 25% de l'offre de soins propose des soins hospitaliers psychiatriques généraux, 8% sont des services de proximité (Community Based Unit) et 70% des unités spécialisés, pouvant proposer des soins pour les sujets souffrant de trouble de

la personnalité (145). En 2004, le National Health Service, suite aux recommandations de NICE (146), a intégré davantage la psychothérapie dans les soins en Santé Mentale. Respectant cette logique, 16% des centres ou hôpitaux de jour sont centrés sur la psychothérapie (145). Le budget santé mental au sein du budget alloué aux soins de santé totaux est de 14% au Royaume-Uni contre 11.5% en France. De plus, le budget consacré aux services pour trouble de la personnalité, les dépenses pour les psychothérapies et pour un certain nombre de structures composant le dispositif de la MBT (accès aux services de crise, les dépenses pour les psychothérapies...) représentent une partie prépondérante dans les dépenses en santé mentale pour adulte (147). L'Etat Britannique a également proposé de nouveaux types de métiers travaillant au sein de structures médico-sociales comme les travailleurs en santé au travail, des équipes spécialisées en réhabilitation, celles qui collaborent avec les médecins généralistes, les équipes d'urgence, les équipes destinées aux premiers épisodes psychotiques par exemple. (147)

Ainsi, nous constatons que malgré des similitudes entre le système anglais et français, notamment concernant l'inscription dans la communauté et la volonté de rompre avec le tout hospitalier, des différences existent. Le fait d'avoir une imbrication directe du secteur privé, d'avoir une logique spécialisée des services de soins en santé mentale selon le profil symptomatique c'est à dire le diagnostic, d'allouer des moyens importants destinés aux psychothérapies, peut expliquer la plus grande facilité de mise en place de la MBT en Angleterre.

L'implantation de la MBT en France selon les mêmes modalités, paraît donc difficile. La mise en pratique de la MBT au sein de notre système de soins nécessiterait des aménagements et une mise en route spécifique, adaptée à la politique de secteur. Il est possible d'entrevoir des possibilités en créant des services pour personnes souffrant de TPB tout comme les services pour les Troubles du

Comportement Alimentaire existant, ou d'envisager la mise en place d'atelier portant sur la MBT spécifiquement dédié au sujets présentant un TBP au sein de structures sectorisées à temps partiel. Ou encore, comme j'ai pu le constater au cours d'un de mes stages d'internat, de proposer un partage des compétences. En effet, au sein d'un hôpital de jour accueillant des patients présentant des troubles sévères de la personnalité et des psychoses chroniques avec des objectifs de réhabilitation, une infirmière animait avec le reste de l'équipe soignante des ateliers divers. Cette infirmière avait également une activité de psychothérapeute en MBT, qu'elle exerçait en libéral. Ainsi, avec l'accord du responsable du service de l'hôpital de jour de secteur, elle suivait une patiente souffrant d'un sévère TPB à la fois en hôpital de jour, et individuellement au sein de son cabinet libéral.

## CONCLUSION

Peu d'études permettent de déterminer l'impact thérapeutique de la MBT sur le TPB. Cependant, nous parvenons à concevoir que cette forme de psychothérapie apporte des résultats vis-à-vis de multiples symptômes et contextes cliniques. En effet, la MBT touche au large spectre symptomatique d'expression du TPB, dans des situations diverses telles que la périnatalité, l'adolescence, les relations intrafamiliales, les addictions, ou encore les contextes psychotraumatiques. Cela fait écho à la terminologie du TPB, Etat aux Frontières.

Notre revue de la littérature, qui s'appuie sur 3 bases de données, 42 recherches et 13 articles, met en lumière les différents travaux recouvrant ces deux concepts, et espérons répondra aux questions des différents cliniciens que nous sommes face à une démarche thérapeutique précise, dans une société de plus en plus exigeante. La MBT a un large spectre d'action, perdure dans le temps, est associée à d'autres pratiques, et est destinée à de multiples profils symptomatiques.

La MBT tient compte de l'exigence relationnelle actuelle entre le patient et le soignant, respectant ses mouvements et l'implication respective du clinicien et de son patient dans le traitement.

Cependant, il est primordial de tenir compte de la faisabilité de la mise en application de la MBT dans notre système de soins, qui reste différent du système anglais, lieu de naissance de la MBT. En effet, l'organisation sectorielle, globale, territoriale des soins en Santé Mentale en France exige une adaptation de la MBT

originelle pour une applicabilité réelle. A la lumière de ces connaissances, il est possible d'envisager des perspectives d'application en France rendant possible la mise en place plus fréquente de la MBT au profit d'une population complexe des sujets présentant un TPB. Mettre en commun des moyens humains et financiers à l'échelle du secteur, créer des ateliers spécifiquement dédiés aux personnes souffrant d'un TPB au sein de structures d'accueil à temps partiel, vulgariser la MBT parmi les soignants et la population cible afin de favoriser l'accès des services spécialisés pour les sujets présentant un TPB, telles sont les pistes à imaginer.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 1999 Oct;156(10):1563–9.
2. Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes | Legifrance [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSP1704616D/jo/texte>
3. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009 [cited 2017 Jul 19]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
4. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009 Dec 4;339(jul21 1):b2700–b2700.
5. Marty P. Clinique et théorie. *Que Sais-Je*. 2011 Apr 11;7e éd.:19–70.
6. Debanné M. Eléments historiques. In: *Mentaliser, e la théorie à la pratique clinique*. de boeck supérieur. p. 26–30. (carrefour des psychothérapies).
7. Frith CD. The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychol Med*. 1987 Aug;17(3):631–48.
8. Duval C, Piolino P, Bejanin A, Laisney M, Eustache F, Desgranges B. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Rev Neuropsychol*. 2011;3(1):41.
9. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J*. 1991;12(3):201–18.
10. Bateman A F. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford University Press. New York; 2004.
11. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*. 2000 Mar;23(1):103–122, vii–viii.

12. An-Argument-For-Basic-Emotions.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/An-Argument-For-Basic-Emotions.pdf>
13. Mercier, Martel Paillard. affectivité mentalisante. 2014.
14. Debbané. Axes de mentalisation,. In: mentaliser, de la théorie à la pratique clinique. p. 34–47.
15. Dziobek I, Fleck S, Kalbe E, Rogers K, Hassenstab J, Brand M, et al. Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *J Autism Dev Disord*. 2006 Jul;36(5):623–36.
16. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in Clinical Practice. *American Psychiatric Pub*; 2008. 400 p.
17. Gilead M, Liberman N, Maril A. From mind to matter: neural correlates of abstract and concrete mindsets. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014 May;9(5):638–45.
18. Hugues C. In: [3], p. 40.
19. Féline, Guelfi. Historique. In: *Les Troubles de la Personnalité*. Flammarion. p. 187–8. (Médecine-Sciences).
20. Chaîne, Gulfi. Perspectives Psychiatriques, Etats Limites. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Elsevier.
21. Chaîne, Guelfi. Perspectives Psychanalytiques, Etats Limites. In: *Encyclopédie Médico-Psychologiques*. Elsevier;
22. Pham-Scottez. Personnalité Borderline. In: *Manuel de Psychiatrie*. 2ème. Elsevier Masson; p. 394–401.
23. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000 Dec;41(6):416–25.
24. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Dec;65(12):1438–46.
25. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychol Bull*. 2009 May;135(3):495–510.
26. Gabbard GO. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):648–55.
27. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009 [cited 2017 Feb 19]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
28. De La Fuente JM, Goldman S, Stanus E, Vizuete C, Morlán I, Bobes J, et al. Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 1997 Oct;31(5):531–41.
  29. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003 Jul 15;54(2):163–71.
  30. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003 Dec 1;54(11):1284–93.
  31. Kernberg, Michels. *Borderline Personality Disorder*. 2009;166(5):505–8.
  32. Goodman M, Hazlett EA, New AS, Koenigsberg HW, Siever L. Quieting the affective storm of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 May;166(5):522–8.
  33. Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Dec;57(12):1115–22.
  34. Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000 Mar;23(1):27–40, vi.
  35. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Dec;48(12):1060–4.
  36. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009 May;135(3):495–510.
  37. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*. 1991 Aug;148(8):967–75.
  38. Spitzer RL, Endicott J. Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophr Bull*. 1979;5(1):95–104.
  39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3ème édition. Washington D.C; 1980. 494 p.
  40. DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/55865/>

41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-R. 2000.
42. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>ème</sup> édition. Washington D.C; 1994. 886 p.
43. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>ème</sup>. Washington D.C; 2013. 991 p.
44. Guelfi J.D. manuel de psychiatrie. 2<sup>ème</sup> édition. Issy Les Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 396 p.
45. Organisation mondiale de la santé. Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies-CIM 10. Critères diagnostics. Paris: Masson; 1993.
46. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590–6.
47. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. 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 Apr;69(4):533–45.
48. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1998 Oct;39(5):296–302.
49. Chaîne, Guelfi. Description clinique, Etats Limites. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicales.
50. Féline, Guelfi. Description clinique, La Personnalité Borderline. In: Les Troubles de la Personnalité. Flammarion. (Médecine-Sciences).
51. Féline, Guelfi. Contextes cliniques, La Personnalité Borderline, Les Troubles de la Personnalité. In: flammarion. (Médecine-Sciences).
52. Guedeney N, Guedeney A. La théorie de l'attachement: l'histoire et les personnages. In: L'attachement: approche théorique. 4<sup>ème</sup>. Elsevier Masson; p. 3–8. (Les âges de la vie).
53. Theories of Attachment: An Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell, and Klaus [Internet]. [cited 2017 Feb 26]. Available from: <https://fr.scribd.com/read/251563045/Theories-of-Attachment-An-Introduction-to-Bowlby-Ainsworth-Gerber-Brazelton-Kennell-and-Klaus>
54. Lamb ME. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Mary D. Salter Ainsworth, Mary C. Blehar, Everett Waters, and Sally Wall. Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1978[distributor, Halsted(Wiley), New York]. xviii, 392 pages, \$24.95. *Infant Ment Health J*. 1980;1(1):68–70.
55. Guedeney N. Attachement sécure et attachements insécures: Les patterns d'attachement observés à la Situation Etrange. In: L'attachement, un lien vital. Fabert; p. 23. (Yapake.be).

56. Guedeney N, Guedeney A. Attachement entre 0 et 4 ans: concepts généraux et ontogénèse. In: *L'attachement: approche théorique*. Elsevier Masson. p. 119–26. (Les âges de la vie).
57. Guedeney N, Guedeney A. Les modèles internes opérants dans la théorie de l'attachement: le niveau des représentations. In: *L'attachement: approche théorique*. Elsevier Masson; p. 45–56. (Les âges de la vie).
58. Guedeney N. les représentations d'attachement: les Modèles Internes Opérants (MIOs). In: *L'attachement, un lien vital*. Yapake. p. 29–31.
59. aai\_interview.pub - aai\_interview.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai\\_interview.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf)
60. Guedeney N. La notion de transmission transgénérationnelle. In: *Attachement, un lien vital*. Yapake; p. 43–5.
61. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987 Mar;52(3):511–24.
62. Attachment Style Questionnaire [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.researchconnections.org/childcare/resources/17520>
63. Bartholomew K. Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *J Soc Pers Relatsh*. 1990 May;7(2):147–78.
64. Microsoft Word - Attachment-RelationshipsQuestionnaire - Attachment-RelationshipsQuestionnaire.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Attachment-RelationshipsQuestionnaire.pdf>
65. Guedeney N, Guedeney A. Activation de l'attachement pendant l'enfance. In: *Attachement: approche théorique*. Elsevier Masson; p. 129–30. (Les âges de la vie).
66. Mikulincer M, Shaver PR. Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance. *Psychol Inq*. 2007 Aug 13;18(3):139–56.
67. guedeney N. les stratégies de désactivation.
68. Guedeney N. attachement comme état, théories et études expérimentales. In: *Attachement: approche théorique*. Elsevier Masson; p. 173. (Les âges de la vie).
69. Heinrichs M, Domes G. Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Prog Brain Res*. 2008;170:337–50.
70. Buchheim A, Heinrichs M, George C, Pokorny D, Koops E, Henningsen P, et al. Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Oct;34(9):1417–22.

71. Heim C, Bradley B, Mletzko TC, Deveau TC, Musselman DL, Nemeroff CB, et al. Effect of Childhood Trauma on Adult Depression and Neuroendocrine Function: Sex-Specific Moderation by CRH Receptor 1 Gene. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2009 Nov 6 [cited 2017 Jul 10];3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821197/>
72. Bateman A, Fonagy P. Attachment and mentalization. In: *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American psychiatric Association. p. 11–6.
73. Arnsten AFT. NEUROSCIENCE: Enhanced: The Biology of Being Frazzled. *Science*. 1998 Jun 12;280(5370):1711–2.
74. Bartels A, Zeki S. The neural basis of romantic love. *Neuroreport*. 2000 Nov 27;11(17):3829–34.
75. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*. 2004 Mar;21(3):1155–66.
76. Bateman A, Fonagy P. Simultaneous of attachment and deactivation of mentalization. In: *Handbook of Mentalizing, In Mental Health Praticce*. American Psychiatric Association Publishing. p. 17–8.
77. Guedeney N, Guedeney A. Psychopathologie de l'adulte et de l'enfant. In Elsevier Masson; p. 243–4. (Les âges de la vie).
78. Genest A-A, Mathieu C. Lien entre troubles de persnnalité, troubles de l'attachement et comportements violents: synthèse des écrits. *Santé Mentale au Québec*. 2011;36(2):161–80.
79. Liotti, Pasquini. Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta psychiatrica Scandinavia*. 2000;102(4):282–9.
80. Bateman, Fonagy. Désorganisation de l'attachement. In: *Mentalisation et trouble de la personnalité limite*. de boeck. p. 25. (carrefour des psychothérapies).
81. Bateman A, Fonagy P. Différentes formes d'échec de mentalisation. In: *Mentalization based treatment for borderline personality disorder a pratical guide*. Oxford University Press. 2006. p. 32–8.
82. Bateman, Fonagy. La pseudo-mentalisation. In: *Mentalisation et trouble de la personnalité limite*. de boeck. p. 98–102. (carrefour des psychothérapies).
83. Bateman, Fonagy. La compréhension concrète. In: de boeck. p. 102–6. (carrefour des psychothérapies).
84. Bateman, Fonagy. Mauvaise utilisation de la mentalisation. In de boeck; p. 106–10. (carrefour des psychothérapies).
85. Bateman, Fonagy. Introduction and overview, Treatment Implications. In: *Handbook of Mentalizing in Health Clinical Practice*. American Psychiatric

- Association. 2012. p. 39–41.
86. Bateman, Fonagy. A quality Manual for MBT.
87. Debanné M. Structure des TBM présentant les phases communes à différentes applications thérapeutiques. de boeck;
88. Structured Clinical Interview for DSM Disorders [Internet]. [cited 2017 Jul 11]. Available from: [http://www.scid4.org/faq/scid\\_2.html](http://www.scid4.org/faq/scid_2.html)
89. Bateman. table 2-2 Illustative list of measures assessing dimensions of mentalization. In: Handbook of Mentalizing In Mental Health Practice. American Psychiatric Association Publishing. p. 55–8.
90. Bateman, Fonagy. Mentalization Based Treatment for Personality Disorders, a practical guide. In: Oxford.
91. Bateman, Bales. The MBT programme treatment framework and clinical process. In: A Quality Manual for MBT. p. 27–8.
92. team; SCism. Accueil – CISMef [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
93. Bateman A, Fonagy P. Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: Mentalizing as a Framework for Integrated Treatment. *J Clin Psychol*. 2015 Aug;71(8):792–804.
94. Bateman, Fonagy. Depression. In: Handbook of mentalizing in Mental Health Practice. American Psychiatric Association. p. 385–419.
95. 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* [Internet]. 2016 Aug 30 [cited 2017 Jul 19];16(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006360/>
96. letter - scm-brochure.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.annafreud.org/media/3020/scm-brochure.pdf>
97. Beck Depression Inventory (BDI) [Internet]. <http://www.apa.org>. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/beck-depression.aspx>
98. Test SCL-90-R INVENTAIRE DE SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES EN AUTO-QUESTIONNAIRE - Psychologie clinique - ECPA [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=2042>
99. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1355–64.

100. Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol.* 2008 Feb;64(2):181–94.
101. Structured Clinical Interview for DSM Disorders [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: [http://www.scid4.org/faq/scid\\_2.html](http://www.scid4.org/faq/scid_2.html)
102. Microsoft Word - Self\_Measures\_for\_Loneliness\_and\_Interpersonal\_Problems\_INTERPERSONAL\_PROBLEMS - Self\_Measures\_for\_Loneliness\_and\_Interpersonal\_Problems\_INTERPERSONAL\_PROBLEMS.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: [http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self\\_Measures\\_for\\_Loneliness\\_and\\_Interpersonal\\_Problems\\_INTERPERSONAL\\_PROBLEMS.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Loneliness_and_Interpersonal_Problems_INTERPERSONAL_PROBLEMS.pdf)
103. Global Assessment of Functioning - Psychological Testing [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: [http://www.gulfbend.org/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=8213&cn=18](http://www.gulfbend.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=8213&cn=18)
104. Microsoft Word - Self\_Measures\_for\_Loneliness\_and\_Interpersonal\_Problems\_INTERPERSONAL\_CIRCUM - 5ddb017c06ddcd1ec8b650914f144bb55219.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/14f1/5ddb017c06ddcd1ec8b650914f144bb55219.pdf>
105. SAS-SR™ - Social Adjustment Scale–Self-Report | Multi Health Systems (MHS Inc.) [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.mhs.com/MHS-Assessment?prodname=sas-sr>
106. Levallius J, Rydén G, Norring C. Maturation in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2015 Aug 30;228(3):950–2.
107. NEO-PI-R - manuel [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://www.unifr.ch/ztd/HTS/infctest/WEB-Informationssystem/fr/4fr001/52dfab982a64e9b9fd0a5ec79336d34/hb.htm>
108. Niméus A, Alsén M, Tråskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2000 Nov;15(7):416–23.
109. SAS–SR - Social Adjustment Scale–Self-Report [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://downloads.mhs.com/product.aspx?gr=cli&prod=sas-sr&id=overview>
110. Jørgensen CR, Freund C, Bøye R, Jordet H, Andersen D, Kjølbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Apr;127(4):305–17.
111. 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 May;165(5):631–8.
112. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 2001 Jan;158(1):36–42.
113. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Personal Disord*. 2004 Feb;18(1):36–51.
114. Zanarini MC. Zanarini Rating Scale For Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A Continuous Measure of DSM-IV Borderline Psychopathology. *J Personal Disord*. 2003 Jun 1;17(3):233–42.
115. Markin RD. Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*. 2013 Sep;50(3):360–5.
116. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Dec;51(12):1304–1313.e3.
117. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. | Harvard Catalyst Profiles | Harvard Catalyst [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://connects.catalyst.harvard.edu/Profiles/display/816989>
118. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Bales DL, Noom MJ, Busschbach JJV, et al. Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. *Psychotherapy*. 2014 Mar;51(1):159–66.
119. Brief Symptom Inventory [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000450/brief-symptom-inventory-bsi.html>
120. Verheul R, Andrea H, Berghout CC, Dolan C, Busschbach JJV, van der Kroft PJA, et al. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess*. 2008 Mar;20(1):23–34.
121. EQ-5D [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://euroqol.org/>
122. Bleiberg E. Mentalizing-based treatment with adolescents and families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013 Apr;22(2):295–330.
123. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder-- does it make a difference? *Psychol Psychother*. 2015 Mar;88(1):71–86.
124. Edel M-A, 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. *Br J Clin Psychol*. 2017 Mar 1;56(1):1–15.

125. Brüne M, Walden S, Edel M-A, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Compr Psychiatry*. 2016 Jan;64:29–37.
126. Etat\_des\_lieux\_Niveau\_Preuve\_Gradation - etat\_des\_lieux\_niveau\_preuve\_gradation.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
127. Skårderud F. Metallization-based treatments for eating disorders (MBT-ED). /data/revues/02229617/v60i5S/S0222961712011294/ [Internet]. 2012 Sep 7 [cited 2017 Jul 19]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/737101>
128. 347-370-joft-552.indd - Mentalisation-based+FT.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/57aeae6eb3db2b8d0eaa6af0/t/57f49b4e440243d357b13075/1475648364554/Mentalisation-based+FT.pdf>
129. Slade A. Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*. 2005 Sep;7(3):269–81.
130. Jonsson PV. Complex trauma, impact on development and possible solutions on an adolescent intensive care unit. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009 Jul;14(3):437–54.
131. Cailhol L, Bouchard S. Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales Médico-Psychologiques*. 2010;168:435–9.
132. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Bales DL, Noom MJ, Busschbach JJV, et al. Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. *Psychotherapy*. 2014 Mar;51(1):159–66.
133. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1355–64.
134. Bales D, van Beek N, Smits M, Willemsen S, Busschbach JJV, Verheul R, et al. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Personal Disord*. 2012 Aug;26(4):568–82.
135. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*. 2014 Sep;51(3):372–80.
136. Higa JK, Gedo PM. Transference interpretation in the treatment of borderline personality disorder patients. *Bull Menninger Clin*. 2012;76(3):195–210.
137. Rossouw TI. Mentalization-based treatment: can it be translated into practice in clinical settings and teams? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013

- Mar;52(3):220–2.
138. Ensink K. The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: *Psychotherapy Research*. 2013;23(5):526–38.
  139. Laurensen EMP, Eeren HV, Kikkert MJ, Peen J, Westra D, Dekker JJM, et al. The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016 Oct 12 [cited 2017 Jul 19];14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5062911/>
  140. Laurensen EM, Westra D, Kikkert MJ, Noom MJ, Eeren HV, van Broekhuizen AJ, et al. Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT-DH) versus treatment as usual in the treatment of severe borderline personality disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014 May 22;14:149.
  141. Laurensen EMP, Smits ML, Bales DL, Feenstra DJ, Eeren HV, Noom MJ, et al. Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2014 Nov 18;14:301.
  142. George, Tourne. *Le Secteur Psychiatrique*. PUF; 127 p. (que sais je).
  143. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences - Qes180.pdf [Internet]. [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>
  144. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT », *VST*. 2010;4(72):9–32.
  145. Glover G. Adult mental health care in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257:71–82.
  146. Guidance | NICE [Internet]. [cited 2017 Aug 15]. Available from: <https://www.nice.org.uk/Guidance>
  147. Health Systems in Transition (HiT) - United Kingdom Health System Review - e94836.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 13]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)

## ANNEXES

### **Annexe 1 : Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM-IV**

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- 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

## **Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM-V**

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
  
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
  
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels; des changements soudains d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations)
  
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
  
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
  
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
  
- Sentiments chroniques de vide

- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (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

**AUTEUR : Nom : VALLAUD POILBLANC**

**Prénom : Laure**

**Date de Soutenance : Le 27 Septembre 2017**

**Titre de la Thèse : Thérapie Basée sur la Mentalisation et Trouble de la Personnalité Borderline : Impacts Thérapeutiques, Revue de la Littérature**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés : Revue de la littérature, Impacts thérapeutiques, Thérapie Basée sur la Mentalisation, Trouble de la Personnalité Borderline**

## **Résumé**

**Contexte** : La psychothérapie est un traitement privilégié dans la prise en charge des troubles psychiatriques de manière générale. La Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT) tient une place de choix dans les lignes directrices de la prise en charge du Trouble de Personnalité Borderline (TPB). Ce dernier est un réel problème de santé publique de par sa prévalence, son retentissement et son spectre symptomatique large. Notre but est de décrire les impacts thérapeutiques de la MBT spécifiquement chez les personnes souffrant d'un TPB. Cela en proposant de se placer dans la posture d'un clinicien face à son patient après avoir posé un diagnostic de TPB afin de déterminer une prise en charge thérapeutique fonctionnelle.

**Méthode** : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les critères de recommandations PRISMA, par l'intermédiaire de trois bases de données: Pubmed, ScienceDirect et Embase. Nous avons effectué 42 recherches avec un algorithme de mots clés faisant référence d'une part au TPB (Critères DSM IV et V) et à la MBT.

**Résultats** : 1053 articles publiés de 2004 (date de la première utilisation de la thérapie basée sur la mentalisation en pratique clinique) jusqu'en juin 2017 étaient éligibles. 62 articles ont été choisis selon une sélection par titre et résumé. Après lecture intégrale, 13 articles ont été finalement inclus. Ils portaient sur l'impact thérapeutique de la MBT selon le profil symptomatique des patients et de la population cible dont ils font parties, et avec d'autres psychothérapies. Les résultats suggèrent une efficacité significative de la MBT sur l'ensemble de la symptomatologie du TPB. Ce travail expose les divers contextes de vie au cours des quels la MBT peut être utilisée (adolescence, maternité, relation intrafamiliale). L'impact thérapeutique perdure dans le temps et s'associe à de multiples psychothérapies.

**Conclusion** : Ce travail nous a permis d'obtenir une connaissance concrète de l'impact thérapeutique de la MBT pour un clinicien face à des patients souffrants d'un TPB. Ces résultats doivent être confrontés aux conditions de réalisation de la MBT, coûteuse économiquement et temporellement. Ces éléments invitent à innover et réfléchir afin de proposer une mise en pratique de la MBT qui serait compatible avec le système de soin français pour la santé mentale

## **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN, Madame le Docteur Catherine VAN NEDERVELDE**