



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : **2022**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE**

**Création d'un jeu de société destiné aux patients ayant un trouble de
la personnalité Borderline ou État limite**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre à 17h00

Au Pôle Recherche

Par Elie Uzan

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Medjkane

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Ali Amad

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky

REMERCIEMENTS

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES ILLUSTRATIONS	6
RÉSUMÉ :	7
INTRODUCTION :	9
SECTION I : JEUX ET PSYCHIATRIE	18
<i>I.1. La place du jeu en psychiatrie</i>	<i>18</i>
I.1.1. Jeu et pédopsychiatrie.....	18
I.1.1.1. Le jeu : objet de médiation en thérapie.....	18
I.1.1.2. Utilisation du jeu en pédopsychiatrie	20
I.1.2. Jeu en psychiatrie adulte.....	28
I.1.2.1. Évolution du jeu dans les établissements psychiatriques.....	28
I.1.2.2. Intérêt du jeu de société comme outil thérapeutique en psychiatrie adulte	31
I.1.2.3. Le « Serious Game » et son utilisation en psychiatrie	41
<i>I.2. Jeux thérapeutiques et psychoéducation</i>	<i>46</i>
SECTION II : LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE (TPB)	52
<i>II.1. Définition et thérapeutiques</i>	<i>52</i>
II.1.1. Définition du Trouble de la Personnalité Borderline	52
II.1.2. Généralités de prise en charge.....	57
II.1.2.1. Les traitements médicamenteux	58
II.1.2.2. Les traitements psychothérapeutiques	59
II.1.3. Thérapies spécifiques structurées du trouble borderline.....	61
II.1.3.1. Thérapie dialectique-comportementale (TCD).....	61
II.1.3.2. Thérapie des schémas (ST).....	66
II.1.3.3. Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)	72
II.1.3.4. Psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)	76
<i>II.2. Psychoéducation dans le trouble Borderline</i>	<i>79</i>
II.2.1. Définition de l'éducation thérapeutique.....	79
II.2.2. Place de la psychoéducation dans le trouble Borderline	81
II.2.3. Programmes d'ETP existants	84
II.2.4. Modèle d'un programme d'éducation thérapeutique.....	87
SECTION III : MODALITES D'UN JEU DE SOCIETE POUR LES PATIENTS AYANT UN TROUBLE BORDERLINE ..	91
<i>III.1. Architecture du jeu de société : « Guide Your Mind »</i>	<i>91</i>
III.1.1. Généralités	91
III.1.2. Règles du jeu et objectifs	92
III.1.2.1. Liste du matériel.....	93
III.1.2.2. Déroulement d'une partie	94

III.1.2.3. Objectif du jeu et conditions de victoire.....	95
III.1. 3. Description du déroulement des séances	95
<i>III.2. Matériel du jeu « Guide Your Mind ».....</i>	<i>96</i>
III.2.1. Le « Carnet du joueur »	96
III.2.2. Les cartes « choix ».....	100
III.2.3. Les cartes « défi »	100
III.2.3.1. Définition et objectifs thérapeutiques.....	100
III.2.3.2. Listes des cartes « défi »	101
III.2.4. Les cartes « Maitrise ».....	107
III.2.4.1. Définition et objectifs thérapeutiques.....	107
III.2.4.2. Liste des cartes « Maitrise ».....	107
III.2.5. Les cartes « soutien »	110
<i>III.3. Description du 1^{er} scénario.....</i>	<i>111</i>
III.3.1. Choix du thème	111
III.3.2. Scénario et algorithme	111
<i>III.4. Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	<i>126</i>
<i>III.5. Les soignants.....</i>	<i>127</i>
III.5.1. Le rôle des soignants	127
III.5.2. Prérequis indispensables	128
CONCLUSION :.....	130
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	133

Liste des abréviations

- TPB : Trouble de la Personnalité Borderline
- TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
- TCD : Thérapie Dialectique Comportementale
- ST : Thérapie des Schémas
- PFT : Psychothérapie Focalisée sur le Transfert
- TBM : Thérapie Basée sur la Mentalisation
- RPG : Role Playing Game
- SG : Serious Game
- TSPT : Trouble du Stress Post-Traumatique
- ETP : Programme d'éducation thérapeutique

Liste des illustrations

- Illustration 1 : Plateau du jeu « Pick-Klop »
- Illustration 2 : Prototype du plateau de jeu : « Guide Your Mind »
- Illustration 3 : Exemple d'illustration du chapitre 1 : « ELAGON »
- Illustration 4 : Exemple d'illustration du chapitre 2 : « Une mystérieuse montgolfière »

RÉSUMÉ :

Le trouble de la personnalité borderline fait partie des troubles de la personnalité les plus fréquents en psychiatrie. Sa prévalence en population générale est de 1 à 3%. Il est également responsable de 10% des consultations en ambulatoire et sa fréquence en unités d'hospitalisations se situe entre 15 et 20%. De plus, à peu près 10% des patients ayant un TPB décèdent par suicide (Winsper.C, Leinchenring.F).

Actuellement, il existe quatre types de thérapies structurées et spécifiques au TPB, validées scientifiquement. Elles sont fréquemment associées à des programmes de psychoéducation.

Néanmoins, en France, il existe que très peu de psychothérapeutes formés à la prise en charge du trouble de personnalité limite. Ce constat s'explique, d'une part, par les représentations négatives des soignants concernant le TPB et, d'autre part, par un diagnostic difficile à poser du fait de la fréquence de ses comorbidités : autres troubles de la personnalité, trouble de l'humeur, toxicomanie, syndrome de stress post traumatique. En outre, les formations sont coûteuses et doivent, le plus souvent, se réaliser à l'étranger. Ainsi, il constitue un véritable enjeu de santé publique.

En partant de ces constats, se tourner vers d'autres médias utilisés en psychiatrie afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant un TPB apparaît un enjeu essentiel. C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse, le choix a été fait de travailler sur la création d'un jeu de société spécifique du TPB. Tout d'abord, la revue de littérature que nous avons réalisée a permis de mettre en avant le rôle du jeu thérapeutique, chez une patientèle d'enfants, mais aussi, d'adultes pour des troubles psychiatriques variés tels que la dépression, l'anxiété ou le TSPT. Puis, nous avons détaillé le TPB, sa prise en charge ainsi que les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) existant. Enfin, nous avons décrit le jeu de société que nous avons créé, nommé

« Guide Your Mind », un jeu de rôle à choix narratif prenant place dans un univers fantastique. Il a été conçu avec l'aide d'une psychologue formée aux thérapies cognitives et comportementales et d'une auteure.

Ses principaux objectifs sont de permettre aux joueurs ayant un TPB d'acquérir ou de renforcer des compétences de gestion émotionnelle, et de bénéficier d'un entraînement aux habilités sociales détaillées dans la thérapie dialectique comportementale (TCD) de Marsha Linehan : thérapie spécifique du trouble borderline et présentant le plus haut niveau de preuves scientifiques. Une dimension à visée psychoéducatrice a également été intégrée au jeu.

Mots-clés : Trouble de la personnalité Borderline (TPB), Programme d'éducation thérapeutique (ETP), Thérapie cognitive et comportementale (TCC), Thérapie dialectique et comportementale (TCD).

INTRODUCTION :

A l'heure actuelle, le trouble de la personnalité borderline (TPB), fait partie des troubles de personnalité les plus fréquents en psychiatrie. Sa prévalence en population générale est de 1 à 3%.⁽¹⁾ Il est également responsable de 10% des consultations en ambulatoire et sa fréquence en unités d'hospitalisations est entre 15 et 20%.⁽²⁾ De plus, à peu près 10% des patients ayant un TPB décèdent par suicide.⁽³⁾

Cependant, malgré sa grande présence au sein de nos hôpitaux, il demeure un des troubles psychiatriques les plus stigmatisés. Sa prise en charge est fortement délaissée en France, comme en témoigne le faible montant attribué à la recherche le concernant et le nombre de places infimes occupées dans les formations spécialisées. Paradoxalement, depuis plus de 30 ans, le TPB est l'objet de nombreux écrits scientifiques à travers le monde et il existe aujourd'hui quatre psychothérapies structurées spécifiques du TPB, ayant un bon niveau de preuves scientifique.

Pour comprendre ce constat surprenant, il est important de décrire les freins qui existent à une meilleure prise en charge des patients ayant un TPB, particulièrement au sein des pays francophones. Entre 2019 et 2020, une étude concernant l'état des connaissances et des représentations au sujet du trouble de personnalité borderline chez les soignants francophones a été réalisée.⁽⁴⁾ Deux questionnaires ont été réalisés auprès de 126 soignants (psychiatres ou pédopsychiatres, des psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux). Le premier concerne un test de connaissances du TPB et le second traite des représentations autour de ces patients. Les résultats montrent que seulement 54% des soignants en santé mentale ont une bonne connaissance du TPB, principalement chez les psychiatres. Les questions avec le plus de réponses incorrectes concernent le pronostic et la fiabilité du diagnostic. Or, ces deux points sont cruciaux pour une bonne prise en charge, en effet ce sont des

composantes primordiales de psychoéducation et particulièrement importantes en début de soin. Le deuxième frein retrouvé concerne les représentations des soignants au sujet des patients vivant avec un TPB. Nous observons que plus de 12% des soignants ne les apprécient pas et environ 20% aimeraient éviter de les prendre en charge.

Les raisons retrouvées sont le manque de confiance des soignants, à l'égard des patients, notamment au sujet de leurs capacités à améliorer leur trouble : plus de 20% les trouvent manipulateurs ou pervers et ne croit pas en leurs capacités de changements ou d'améliorations sur le long terme. Ces raisons peuvent s'expliquer, en partie, par une alliance thérapeutique dégradée, parfois, dès le début de la prise en charge.

En effet, la présence de tentatives de suicides ou mutilations répétées, le chantage au suicide, la sollicitation parfois importante des soignants, leurs tendances souvent au clivage et leurs attitudes parfois familières avec le personnel soignant participent aux représentations négatives des soignants et fragilise l'alliance thérapeutique.(5)

De plus, le diagnostic n'est pas toujours évident du fait, notamment, de la présence fréquente de comorbidités (autres troubles de personnalités, toxicomanie, trouble de l'humeur, syndrome de stress post traumatique...). (5)

Ainsi, les soignants sont assez pessimistes sur le pronostic de leurs patients et leurs prises en charge nécessitent un investissement professionnel important.

Tout ceci concourt à un intérêt faible pour la réalisation de formations en psychothérapies structurées spécifiques.

Il est important également de souligner que les formations sont coûteuses et doivent fréquemment se réaliser à l'étranger. (5) L'ensemble de ces éléments concourent donc à un renforcement de la stigmatisation autour du trouble borderline parmi le personnel

soignant et cela amène à un délaissement de nos patients et à une prise en charge non adaptée. Les conséquences néfastes se répercutent également au sein de la société, dont on sait déjà que la plupart des troubles psychiatriques sont stigmatisés actuellement.

Du fait de leurs difficultés interpersonnelles et leurs difficultés importantes à maintenir des relations stables, les patients ayant un TPB peuvent rapidement devenir marginaux de la société. L'entourage, les proches ont souvent du mal à comprendre leurs souffrances et peuvent se retrouver rapidement dépassés et impuissants. Cela peut conduire à un isolement, un rejet et des conflits fréquents qui renforcent la symptomatologie. Il est donc crucial de développer des programmes de psychoéducatifs concernant le TPB, qui permettent de prendre également en compte la famille et les proches. L'avantage de la mise en place de programmes de psychoéducation spécifique est qu'ils nécessitent peu de moyens et un investissement personnel moindre en comparaison d'une formation en thérapie structurée spécifique du TPB.

En effet, un programme de psychoéducation pour le TPB peut se réaliser avec un psychiatre, un interne ou une infirmière et il existe déjà des programmes validés au Canada, et récemment en France, au centre hospitalier de Rouvray.(6)

A partir de ces différents constats, il nous apparaît pertinent de nous tourner vers d'autres supports, médias qui permettent d'améliorer la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité borderline, qui seraient facilement réalisables, accessibles pour les soignants et adaptés pour les patients ayant un TPB. Ce qui est important, est un support qui permet à la fois d'apporter une aide à la prise en charge médicale des patients ayant un TPB, et être divertissant, voire de procurer des affects positifs, permettant, l'espace d'un instant, aux patients de se soustraire de leurs

pathologies, afin qu'ils puissent mettre en avant leurs ressources existantes ou d'en acquérir de nouvelles. Cela est d'autant plus important pour les patients ayant un TPB. En effet, l'existence d'une dysrégulation émotionnelle dans le TPB est un frein à l'utilisation des ressources personnelles, ce qui conduit le plus souvent à de l'impulsivité se traduisant par des tentatives de suicides ou gestes d'automutilations fréquents.

Par conséquent, c'est en prenant en compte l'ensemble de ces observations et interrogations, que l'idée de la création d'un jeu de société à visée thérapeutique et de psychoéducation, spécifique destiné aux patients ayant un trouble de la personnalité borderline est née. En effet, le jeu, par son caractère ludique, créatif et pédagogique, semble remplir l'ensemble des critères recherchés pour devenir un excellent média dans la prise en charge de patients ayant un TPB.

De plus, l'engouement pour le jeu de société retrouve actuellement un second souffle et semble s'inscrire parfaitement dans les habitudes culturelles de notre époque.

Effectivement, depuis le début de la crise sanitaire, il n'a jamais été aussi crucial pour l'homme de s'évader, de se sentir libre et déconnecté des tracasseries du quotidien.

Le désir de vivre des expériences émotionnelles et de ressentir des affects positifs, de casser la routine de la semaine et de pouvoir partager des moments entre amis et familles, afin de se constituer de bons souvenirs doux et réconfortants, est devenu vital pour notre bien-être psychique, notre morale et notre équilibre.

En effet, d'après une étude de 2019 menée par le groupe Havas (7), le besoin de se divertir est perçu comme vital par 80% des personnes interrogées, sur un échantillon de 17 411 personnes.

C'est précisément là qu'intervient le jeu de société.

Certes, il existe bien d'autres façons de se divertir, évidemment, et le jeu de société reste loin derrière l'utilisation de jeux vidéo ou un visionnage d'un film ou série en streaming. Quatre personnes sur dix affirment ne pouvoir vivre sans Netflix (étude Havas 2019). Néanmoins, d'après le spécialiste de marché NPD groupe (8), nous observons une hausse de 10% du chiffre d'affaires des jeux de société et puzzles en 2020. La France est, d'ailleurs, le premier marché du jeu de société en Europe.

Ainsi, le jeu de société reste d'actualité et semble ne pas avoir pris une ride !

Mais qu'est-ce qu'un jeu de société et depuis quand existe-t-il ?

Le jeu de société est défini, classiquement, comme étant un jeu qui se pratique à plusieurs. L'objectif principal est le divertissement, souvent par le biais de la réflexion, en utilisant généralement un support : cartes, dés, pions, plateau/air de jeu, figurines etc. Le nombre de participants est variable (minimum 2), mais souvent limité à moins de 10 joueurs. Le jeu de société se caractérise par un règlement qui délimitent les objectifs, les contraintes et les possibilités qu'auront les joueurs afin de jouer et remporter la partie.

Dans la grande famille des jeux de société, nous pouvons, dans un premier temps, distinguer les jeux dit « classiques », tels que les Échecs, le Scrabble, la Belotte, le Bridge, le Cluedo, qui existent, pour certains, depuis plusieurs siècles.

Des jeux dit « modernes », comme les jeux de guerres ou de figurines, qui connaissent, actuellement, un important développement et engouement de la part du grand public, comme des joueurs aguerris.

Un jeu est constitué d'un ou plusieurs mécanismes qui définit les habilités et les compétences de chaque joueur.

D'ailleurs, le choix du jeu se fera souvent en fonction de son et/ou ses mécanisme(s).

Parmi les différents mécanismes existants, nous pouvons en citer quelques-uns (9) :

- Jeu de hasard :

(Jeux de cartes, dés) Belotte, Bataille, Bridge...

- Jeu Tactique/stratégie :

Les différents coups sont réalisés par des mouvements, ou suites de combinaisons :

Échecs, cartes, jeux de guerres...

- Jeu de réflexion :

Les joueurs doivent utiliser la logique.

- Jeu de parcours :

Le jeu a souvent un départ et une fin, où le succès dépendra de la progression du joueur.

- Jeu de sens :

Une bonne utilisation des sens permettra le gain.

- Jeu d'observation :

Les joueurs doivent repérer des éléments visuels : jeu de rôle type escape Game :

Unlock

- Jeu de bluff/psychologie :

Les émotions et comportements du joueur influent sur le déroulement et l'issue de la partie.

- *Jeu de mémoire, culture, enchères, de réflexe, rapidité, échanges/commerces...*

Plus récemment, certains jeux de société ont recours à la technologie comme outils. Nous pouvons citer le jeu UNLOCK, où une application est nécessaire pour jouer.

Ainsi, même si la définition du jeu de société est, au premier abord simple, ses limites et son cadre le sont moins. En réalité, la définition du jeu de société est en mouvement perpétuel et s'hybride de plus en plus avec des mécanismes ou outils nouveaux.

Prenons comme exemple le jeu de rôle, type LEGACY qui fait son apparition sur la scène du jeu de société vers les années 90, marqué par le célèbre jeu : PANDEMIC LEGACY. C'est l'apparition des jeux dit évolutifs, dans lesquels chaque partie influe sur la suivante par plusieurs types de mécanismes nouveaux (plateau démontable, autocollants, entraînant au joueur des choix permanents et non modifiables au fil des parties). Plus récemment, la définition même du jeu de société a évolué et il existe, maintenant, des jeux de sociétés solo, gardant les autres caractéristiques du jeu de société. Le jeu de société fait donc parti d'un univers vaste et dynamique qui s'adapte à sa génération, autant pour les enfants que les adultes, dont l'intérêt ne fait que croître.

Mais d'où vient le jeu de société ?

C'est un concept qui prend naissance dans les premières civilisations.

Des traces ont été retrouvées dès 3000 avant J-C en Égypte, Asie, Amérique du Sud.

Un des premiers jeux de société retrouvé est le « Méhen Égyptien » (jeu du Serpent) précurseur du jeu de l'oie, ou le Senet. En Asie, nous retrouvons des traces écrites du très célèbre jeu de GO, qui aurait été découvert par l'empereur YAO.

Mais, la plus grande découverte se fera en 2300 avant J-C, où apparaît dans la vallée de l'Indus, proche de l'Inde actuellement : des traces de jeu de dés.

Et c'est à travers ce nouveau mécanisme, que le jeu de société va se développer et se répandre tout le long de l'évolution des sociétés. Au cours de l'expansion des Grecs puis des Romains et des Perses, les jeux de dés vont se développer et devenir majeurs au sein des cités. C'est l'émergence des jeux d'argents et de paris, marquée par le célèbre roi Néron empereur romain, grand adepte des jeux et paris qui n'hésite pas à miser de très grosses sommes d'argents(8) .

Dans ce contexte, il est pertinent de nous questionner sur l'apport et l'intérêt des jeux de société en tant que média en psychiatrie. Il existe de nombreuses études concernant l'utilisation de jeux de société en pédopsychiatrie, et leurs utilisations et efficacités ne sont plus à prouver depuis déjà de nombreuses années.

Mais qu'en est-il de leurs utilisations en psychiatrie adulte ?

Il n'existe que très peu d'études concernant leurs utilisations en psychiatrie adulte.

Et aucune étude de revue de littérature n'existe concernant l'apport du jeu de société en psychiatrie adulte.

Le jeu de société, permet-il une aide à la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques chez l'adulte ?

Nous allons tenter de répondre à ses différentes interrogations et de présenter le jeu de société « Guide Your Mind » conçu spécifiquement pour les patients ayant un TPB.

Dans un premier temps, nous verrons la place et l'utilisation du jeu (jeux vidéo, société ou autres) en psychiatrie ainsi que son intérêt et utilisation dans le cadre d'une approche psychoéducative en psychiatrie. Dans un second temps, nous parlerons du TPB, de ses différentes approches thérapeutiques, et de la place de la psychoéducation dans ce trouble actuellement. Enfin, nous nous pencherons sur la création du jeu de société destiné spécifiquement aux patients borderline. Celui-ci, comprend deux objectifs principaux qui sont : l'acquisition de compétences, largement inspirée des thérapies cognitives et comportementales (TCC) et thérapies dialectiques comportementales (TCD), et l'acquisition de connaissances sur le TPB qui seront décrites en détail. De la même manière, ses règles, ses objectifs, ses mécanismes, son déroulement et son contenu seront également explicités.

Section I : Jeux et psychiatrie

I.1. La place du jeu en psychiatrie

I.1.1. Jeu et pédopsychiatrie

I.1.1.1. Le jeu : objet de médiation en thérapie

A partir du 20^{ème} siècle, plusieurs théoriciens psychanalystes se sont intéressés au lien qui existe entre le jeu et le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Dans son ouvrage *au-delà du plaisir*(9), S. Freud s'interroge au jeu de la bobine de son petit-fils Ernst alors âgée de 18 mois. Ernst lance au loin une bobine rattachée à un fil en disant des « O-O-O », à faible intensité et ensuite par un mouvement de sa main ramène la bobine en disant un « DA » (« oui » traduit de l'allemand) de forte intensité.

D'après S. Freud, le mouvement initial correspond à un sentiment d'abandon de sa figure d'attachement principale : la mère, puis le « DA » symbolise le retour de sa mère, s'apparentant à un sentiment de réassurance.

Ce qui intéresse Freud et que son petit-fils, répète plus fréquemment le 1^{er} mouvement qui à priori s'apparente à du déplaisir.

Il émet l'hypothèse que ce qui stimule l'enfant à répéter ce mouvement serait lié au besoin de maîtrise de cette expérience d'abandon.

En effet, lorsque Ernst répète cette expérience, il passe de joueur passif, subissant l'abandon, à un joueur actif pouvant y mettre fin quand cela l'enchant.

Ainsi un premier lien est mis en évidence, celui du désir de maîtrise d'événements incontrôlables et déplaisants pour l'enfant, dans un but de surmonter ses émotions et

peurs, par l'intermédiaire du jeu, lui permettant, par le principe de « l'automatisme de répétition », ou « pulsion de mort », d'y parvenir.

Par la suite, Hermine Von Hug-Hellmuth débute pour la première fois des recherches sur le jeu et la cure des enfants.

C'est avec Mélanie Klein (10) que la thérapie par le jeu chez l'enfant devient possible, elle décrit une « *technique analytique du jeu* ».

Le jeu devient l'instrument de l'enfant, lui permettant d'exprimer ses affects tant positifs que négatifs, mais également de se livrer sur ses défenses. C'est à travers l'observation des transferts négatifs et positifs de l'enfant que l'interprétation de son fonctionnement psychodynamique se réalise. L'enfant va de surcroit pouvoir se libérer de ses conflits et angoisses internes et un sentiment de soulagement va naître.

Pour Donald W. Winnicott c'est l'expérience du jeu qui est thérapeutique bien plus que son interprétation (*playing versus play*).

Et il accorde une place importante à la créativité à travers le jeu, permettant au *playing* de « se surprendre lui-même ».

Il décrit une distinction entre le *play* et le *game*. Pour lui, le *game* est défini par l'existence de règles, a contrario du *play*, étouffant toute créativité.

Néanmoins, d'après Winnicott, le *game* devient crucial par la suite, car celui-ci permet de tenir à distance l'angoisse du *play*.

Il invente le jeu du « squiggle », où le thérapeute et l'enfant vont à tour de rôle compléter un gribouillis, d'abord à l'aveugle, puis, yeux ouverts dans un but d'établir un lien important pour la thérapie.

Ainsi, c'est à travers la psychanalyse, que la question de l'utilité du jeu en tant que média en thérapie a été abordée pour la première fois, initialement chez l'enfant puis développée plus tard chez l'adulte. Nous constatons que le jeu permet, à travers une approche psychodynamique, de mieux comprendre le vécu interne de l'enfant et nous donne accès à ses représentations. De plus, le jeu permet à l'enfant à partir de l'expérience du jeu, de pouvoir exprimer ses émotions positives et négatives ce qui contribue à un soulagement interne et une diminution de son stress. De ce fait, le jeu en créant un espace libre, et sécurisant chez l'enfant, a sa place en tant que médiateur en thérapie.

1.1.1.2. Utilisation du jeu en pédopsychiatrie

Entre 2 et 6 ans, l'enfant se sert naturellement du jeu, pour exprimer ses émotions, ses besoins et résoudre les conflits. A cet âge, l'enfant utilise le jeu dit « symbolique », pour s'adapter à son environnement. La symbolisation désigne la capacité de l'enfant à développer ses représentations mentales. N'ayant pas encore accès à une connaissance de « soi » des autres et du monde environnant suffisante, le jeu « symbolique », permettra une adaptation de l'enfant à ses capacités cognitives et reflètera sa propre réalité. Le jeu a ici uniquement une fonction dite « egocentrique » nécessaire au bon développement de ses capacités (11):

- Sensorielles : en lien avec ses cinq sens,
- Psychomotrices : apprentissage des mouvements, découverte et maîtrise de son corps
- Cognitives : développement de son attention mémoire ainsi que sa créativité

- Affectives : ils apprennent à reconnaître, décrire, exprimer leurs émotions, ce qui contribue à un soulagement et une diminution de l'anxiété, donc de favoriser leurs autonomies.

Vers l'âge de 7 ans, l'enfant découvre les jeux avec règles, le jeu passe alors d'une forme « egocentrique » (Piaget,1962) à une forme « socialisée » où les symboles sont remplacés par des règles. L'enfant acquiert des habilités sociales qui lui permettent de créer des liens avec les autres et de prendre conscience des normes sociales existantes. Le jeu est donc un mode d'expression et de communication adapté et plus confortable pour l'enfant.

Landreth, explique que le jeu fournit aux enfants une forme naturelle et appropriée au développement du soi.

C'est à partir de cette constatation que la thérapie par le jeu constitue une modalité thérapeutique à part entière.

Ainsi, de nombreuses études vont s'intéresser aux effets du jeu, dans certaines pathologies psychiatriques telle que l'anxiété, l'état de stress post traumatique, mais également concernant son rôle en tant que média dans les thérapies systémiques.

Claude De La Genardière (12), s'intéresse au jeu de sept familles, plus particulièrement, au reflet qu'il renvoie des représentations sociales liées à la famille et à la parenté.

Elle nous explique, l'instrumentalisation de ce jeu à travers les époques, faisant de lui l'outil de la propagande, de militantisme, de publicité, et de promotion identitaire.

Notamment au XIXème siècle où des jeux de familles pétainistes, colonialistes, ou contre la faim dans le monde ont vu le jour.

Ce qui intéresse l'auteur est la plasticité des récits, le « travail fantasmatique » des joueurs. Ainsi, le jeu des sept familles permet aux fantasmes sur les origines, la sexualité et la succession des générations de s'exprimer et de se libérer.

C'est ainsi que des pédopsychiatres et psychologues pour enfant utilisent le jeu de sept familles comme outil en thérapie systémique, pour comprendre l'élaboration subjective de la parenté, et amener le patient à les déconstruire et reconstruire à travers le jeu.

Jean Louis Taubira, pédopsychiatre de profession, crée en 2008 le jeu du DIXIT(13).

Le jeu est composé de 84 cartes illustrées de manière différentes.

C'est un jeu qui se joue à plusieurs (3 à 12 joueurs). Chacun des joueurs reçoit environs six cartes. La séance de jeu est composée de trois phases, où chacun des joueurs sera à tour de rôle le conteur. Celui-ci, devra lancer une phrase en rapport avec une de ses cartes puis, la déposer sur le plateau de jeu.

Chacun des participants devra ensuite déposer une illustration qui leur fait penser à la phrase énoncée. Le conteur récupère les cartes, les mélange puis les dispose l'une à côté de l'autre, face visible, puis un vote a lieu pour la retrouver.

Il existe de nombreuses extensions et variantes du jeu, constamment mises à jour chaque année.

Les illustrations ont été réfléchies pour qu'elles aient une « symbolique forte ainsi qu'une dose « d'onirisme et de surréalisme » sur des thèmes tels que la mort, l'amour, la liberté etc...

Ce jeu est utilisé comme support aux représentations métaphoriques depuis quelques années par un Centre d'Orientation Éducative implanté à Bruxelles, le SAIRSO.

C'est un service agréé et privé de guidances psycho-sociales-éducatives pour les jeunes en difficultés et leurs familles.

L'outil développé à travers le DIXIT, a pour objectif de permettre, avant tout, un échange facilité via un langage imagé et créé un espace intermédiaire. En effet, le jeu agit ici comme un tiers, permettant, via sa dimension métaphorique, de diminuer le sentiment de vide et d'anxiété et amène le patient à déplacer une description objective du réel, vers une construction du réel dépendant de sa sphère émotionnelle, des représentations qu'il a de lui-même et, de manière plus globale, de sa famille.

Le jeu permet alors de s'exprimer plus librement, sans avoir le sentiment d'être jugé ou déprécié. La famille est également sollicitée et fait de ce média, un véritable outil d'intervention systémique.

Les questions posées peuvent porter sur le vécu d'un événement (décès, maladie, dépression) mais également sur le ressenti émotionnel (tristesse d'un parent, départ d'un proche) :

« Quelle est la carte qui, pour vous, représente le plus une relation, un vécu, un affect, etc. ? » ou encore : « Si vous deviez faire un dessin qui représente votre famille, un événement, etc., lequel serait-il ? A quelle carte ressemblerait-il le plus ? »

En 2008, un dispositif destiné aux adolescents en souffrance psychique à l'hôpital psychiatrique Henri Laborit à Poitiers a vu le jour.

L'objectif est de pouvoir permettre, via deux outils de médiations qui sont, la musique et l'utilisation de génogrammes, de répondre à des demandes complexes de jeunes en souffrance ainsi que leurs familles.

Vincent Bidault(14), s'est servi du DIXIT comme support pour la création d'un génogramme en individuel ou en famille.

Le génogramme permet de fournir une représentation graphique des liens familiaux, met également en lumière les relations intrafamiliales et la place de chacun au sein de la famille.

Le jeu DIXIT, permet, là encore, de faciliter l'échange et libère la parole du jeune sur ses affects. En effet, il s'agit ici de parler d'une carte et non directement de soi.

Après avoir fait le squelette du génogramme, le soignant demande à l'adolescent de choisir une carte qui le représente, puis, lui propose d'associer une carte DIXIT à chaque membre présent au sein du génogramme.

La thérapie par le jeu, s'invite également dans les services de pédiatrie, permettant aux enfants hospitalisés une réduction significative de leurs charges anxieuses ainsi qu'une amélioration de leurs compétences sociales, émotionnelles et comportementales.

En effet, le jeu permet une consolidation de l'alliance thérapeutique à travers l'instauration d'un climat de confiance et offre à l'enfant une possibilité de s'exprimer sur ses émotions, ses craintes, ses appréhensions concernant sa maladie, son temps d'hospitalisation, la crainte de son devenir, ou d'un soin à venir (radiothérapie, intervention chirurgicale ...).

De plus, il est fréquent de retrouver une estime de soi et des interactions sociales altérées chez les enfants hospitalisés.

Le jeu favorise le développement des habilités sociales et permet de redonner un certain contrôle de la situation aux enfants, à travers l'expérience du jeu. Ils passent d'une situation nouvelle et inhabituelle, source d'inquiétude pour eux même et leurs proches, à une situation où ils peuvent prendre du plaisir, et la rendre plus légère et

surmontable. Leurs capacités d'adaptations se développent et cela contribue à éviter à l'enfant un débordement émotionnel parfois source d'anxiété envahissante.

Il est d'ailleurs recommandé aux infirmières pédiatriques d'inclure la thérapie par le jeu dans les processus de soins infirmiers. (12)

En outre, la thérapie par le jeu a montré son intérêt en tant qu'intervention préventive et thérapeutique dans le développement d'un stress aigu, Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), troubles somatoformes et des troubles du sommeil chez des enfants en âge préscolaire, victimes d'événements traumatiques collectifs, tels que : la violence politique (guerre, terrorisme), accidents, catastrophes naturelles. (13)

C'est à travers le jeu « libre » que cela a été rendu possible :

Le jeu « libre », est considéré comme un mécanisme naturel et créatif, permettant aux enfants de pouvoir exprimer librement leurs émotions et leurs compréhensions du monde à travers leurs imaginations et leurs créativité. Cela permet de favoriser l'autonomie et la sensation de contrôle de la situation.

Lors de la réalisation d'un jeu « libre », l'enfant invente par exemple un récit, mettant en scène des personnages sorti de son imagination, sans cadre ni règle rigide imposé par le jeu.

Lors d'un événement traumatique, l'enfant peut développer un stress aigu, voir un TSPT. Il est alors particulièrement difficile pour lui d'exprimer son vécu émotionnel au décours de l'expérience traumatique. Ses capacités d'adaptations sont vite dépassées et cela peut se manifester par une anxiété intense ou épisodes dissociatifs, un retrait social, une préférence pour les jeux solitaires ou restreints et un intérêt pour les objets.

L'un des traitements psychothérapeutiques validé scientifiquement pour le TSPT est une approche de thérapie-cognitivo-comportementale (TCC) comprenant la thérapie d'exposition : par l'intermédiaire par exemple de la création d'un « récit traumatique » avec l'aide du patient, retraçant l'événement traumatique afin de lui permettre d'explorer et décrire son vécu émotionnel.

Néanmoins, la TCC n'est pas forcément le traitement le plus adapté chez des enfants atteint de TSPT, qui ne sont pas en mesure de faire face directement à leurs événements traumatiques.

Par conséquent, il est donc judicieux de se concentrer sur le « langage naturel » des enfants, à savoir leurs activités ludiques, afin de les aider après un évènement traumatique.

De surcroit, les chercheurs en neurosciences ont démontré que le jeu et les interactions sociales de l'enfant, sont des moyens essentiels dans la régulation émotionnelle face notamment à l'émotion de « peur », retrouvée dans l'expérience traumatique.

Ainsi, des jeux « libres » vont voir le jour et être utilisé en pédopsychiatrie, intégrant des psychothérapies de types TCC.

Nous pouvons évoquer un modèle de jeu libre post traumatique : « la reconstitution avec apaisement ».

Ce modèle comprend une activité ludique caractérisée par la reconstitution d'aspect et/ou de thèmes de l'événement traumatique, associée à de l'expression libre de diverses émotions et sentiments.

Cela permet aux enfants de ralentir progressivement le retour des souvenirs traumatiques et de les traiter.

En supplément, l'activité ludique se termine de manière satisfaisante, ce qui procure à l'enfant un sentiment d'apaisement et de soulagement.

Nous pouvons citer comme intervention existantes à travers le monde :

1. Un programme communautaire basé sur le jeu, mis en place après des tremblements de terre à Tahiti et en Iran par Vanfleet et Mochi.
2. Une intervention communautaire nommée "Huggy Puppy", mis en œuvre dans des foyers pour enfants orphelins à la suite d'une catastrophe naturelle ou de violence domestique au Bangladesh
3. Bateman, Danby et Howard, ont introduit une intervention basée sur le jeu dans une école après un tremblement de terre en Nouvelle-Zélande.
4. Des sessions de jeux incluent les parents, visant à reconstituer l'événement traumatique ont eu lieu après l'évènement terroriste du 11 septembre à New York.

Pour conclure, le jeu est l'instrument « naturel » de l'enfant, lui permettant de développer ses capacités d'adaptations face à son environnement. C'est à travers le jeu, que l'enfant communique le mieux et entre en relation avec autrui. Lorsqu'il est utilisé en thérapie systémique, le jeu thérapeutique offre à l'enfant, un mode de communication familial, ainsi qu'un espace intermédiaire facilitant la verbalisation de ses affects ainsi qu'une meilleure compréhension de ses représentations à travers la symbolisation des relations intrafamiliales. En outre, il instaure un cadre sécurisant et améliore l'alliance thérapeutique, il réduit de manière significative l'anxiété des enfants en âge préscolaire leurs permettant de reprendre le contrôle face à des situations inhabituelles et source d'angoisse pour lui et ses proches, telle qu'une hospitalisation. De plus, le jeu « libre » constitue, une véritable intervention préventive et thérapeutique importante chez des enfants victimes d'événements traumatiques collectifs, permettant de réduire leurs symptomatologies associées à un stress aigu ou un TSPT, là où une thérapie classique par TCC, ne serait pas toujours adaptée. Ainsi, la thérapie par le jeu constitue une véritable alternative thérapeutique et peut être considérée comme un média sérieux en pédopsychiatrie.

Si l'intérêt du jeu thérapeutique chez l'enfant n'est plus à démontrer, qu'en est-il de son utilité chez l'adulte ?

I.1.2. Jeu en psychiatrie adulte

I.1.2.1. Évolution du jeu dans les établissements psychiatriques

Dès le IX^{ème} siècle, Rhazès, médecin à l'hôpital de Bagdad, préconise l'utilisation du jeu d'échec comme traitement de la folie.

De nombreux siècle plus tard, les jeux se sont installés dans les institutions psychiatriques adultes, l'objectif été occupationnel dans un premier temps. C'est à partir de la fin du XIXème siècle, que le jeu s'intègre au règlement intérieur de l'hôpital Sainte-Anne(15), situé à Paris, dans un but « d'occupation intellectuel et de distraction pour les aliénés ».

Les psychiatres intègre le jeu dans la lutte contre « l'aliénation asilaire », le but est d'éviter l'ennuie, la monotonie et la fatigue source d'aggravation du trouble psychiatrique. Plusieurs activités sont mises en place, à la même période, telle que : la lecture de groupe, un accès à la bibliothèque, les représentations théâtrales, la musique et les sorties collectives et individuelles. Néanmoins, seuls les patients méritants y ont droit selon le principe du « traitement moral » qui intègre le système des récompenses et des punitions.

Au milieu du XXème siècle, la recherches en psychiatrie, fait des avancées considérables, marquée par l'apparition des premiers neuroleptiques.

Par conséquent, la symptomatologie parfois bruyante des patients tel qu'un un état délirant ou d'agitation, s'amende relativement rapidement après l'instauration d'un traitement neuroleptique. La misère des conditions de vie et l'inadéquation dramatique des locaux associées à des conditions hôtelières indignes, sans hygiène éclate au grand jour, et l'image renvoyé à la société de l'hôpital psychiatrique, n'est pas celle d'une structure de soin.(16)

En effet, les patients ayant un trouble psychiatrique retrouves des besoins « normaux » d'hygiène de vie, un besoin de se distraire, de combattre l'ennuie et de se resocialiser.

Ainsi, de nombreux psychiatres vont se rendre compte de la nécessité de réorganiser les structures et les soins psychiatriques et une véritable rénovation des hôpitaux psychiatrique à lieu.

C'est à partir de ce constat que Hermann Simon, psychiatre en Allemagne et John O'Connolly psychiatre en Grande-Bretagne fondent l'ergothérapie à visée occupationnelle par la réalisation d'un travail : le raphia, le travail de l'osier voire la charpie.

Les ateliers d'ergothérapies vont progressivement se développer au sein des institutions psychiatriques. Les activités mise en place vont se diversifier dans le domaine de la création artistique et des jeux de société notamment. (16)

Le but de l'ergothérapie n'est plus seulement occupationnel mais permet de favoriser l'expression créative et émotionnelle de soutenir, d'améliorer l'estime de soi et de soulager le patient. Les interactions sociales sont facilitées ce qui améliorent les habilités sociales des patients et permet une meilleure resocialisation. (16)

L'ergothérapie devient rapidement indispensable dans la prise en charge des patients ayant un trouble psychiatrique.

Ainsi, le jeu est utilisé initialement en psychiatrie dans un but d'occupation intellectuelle, de distraction face aux patients hospitalisés en institution psychiatrique. Par la suite, il s'intègre progressivement dans les thérapies dites occupationnelles : ergothérapies, dont l'objectif s'élargit avec le temps, pour laisser place aux ateliers d'expression qui soulagent, soutiennent et accompagnent les patients, y compris dans leurs interactions sociales. L'ergothérapie devient un soin à part entière, ayant une place essentielle dans la prise en charge thérapeutique du patient.

I.1.2.2. Intérêt du jeu de société comme outil thérapeutique en psychiatrie adulte

A l'heure actuelle, aucune étude existe concernant l'utilisation des jeux de société en psychiatrie.

Néanmoins, de nombreux jeux dit « classique » ont montré leurs utilités en psychiatrie et quelques jeux de société à visées thérapeutiques dans certaines pathologies psychiatriques ont vu le jour ces dernières années.

Concernant les jeux traditionnels, nous pouvons citer le jeu d'échec, mais également le bridge, le jeu de Go, le Ska...

Nous allons nous pencher, sur les jeux de société et leurs utilisations en psychiatrie.

Les patients atteints de schizophrénie, ont de grandes difficultés dans leurs fonctionnements et leurs interactions sociales. Cela s'explique en grande partie par l'apparition de troubles cognitifs au cours de l'évolution de la maladie, tel qu'un déficit de l'attention, une altération de la mémoire verbale et une prise de décision altérée.

Mais également par la persistance de symptômes positifs résiduels, tels que les idées délirantes ou hallucinations.

De plus, les patients avec des symptômes négatifs primaires, ont moins accès aux formations en compétences sociales du fait de l'apathie, l'ahnédonie, et l'amotivtion.

Par conséquent, il devient nécessaire de pouvoir améliorer leurs prises en charge ainsi que leurs qualités de vie.

C'est à partir de ces constatations que plusieurs jeux de société ont vu le jour.

Nous allons décrire ces différents jeux et explicités en quoi ils permettent de constituer un véritable outil thérapeutique chez des patients ayant une schizophrénie.

Depuis plus de 30 ans, de nombreuses études évaluant les capacités cognitives des joueurs d'échecs ont été réalisées.

Il a été démontré que le jeu d'échec exerçait une influence significative sur le rendement cognitif, la mémoire et la prise de décision.

Les compétences échiquéennes sont corrélées de manières significatives à un raisonnement fluide, une meilleure compréhension et une mémoire ainsi qu'une vitesse de traitement augmentée. (17)

Cela s'explique en partie, à travers la recherche en neuroscience qui suggère qu'un traitement des stimuli visuels complexes est plus importants chez les joueurs d'échec, en lien avec une hyperstimulation au niveau de la jonction temporo-pariétale.

En outre, le joueur d'échec, fera intervenir de manière prépondérante son aptitude spatiale, pour l'aider dans sa prise de décision. En effet certaines aires cérébrales telle que les aires pariétales et le lobe frontal gauche, impliquées dans l'aptitude spatiale sont plus sollicitées chez le joueur d'échec.

Ainsi via sa capacité à se représenter mentalement des figures en deux ou trois dimensions, le joueur d'échec peut plus facilement et plus rapidement réfléchir aux différents mouvements possibles durant la partie mais également avoir une meilleure anticipation du prochain coup de l'adversaire.

A partir de ces observations, les échecs ont été étudiés comme outils de traitement de la schizophrénie. Les échecs permettent chez des patients atteints de schizophrénie une meilleure capacité de planification de leurs actions, une amélioration de certains processus tels que l'attention, le raisonnement ainsi que la prise de décision.

Le centre de neuroscience de Lyon, a mis en place des programmes de jeu d'échecs quotidiens pour les personnes souffrant de schizophrénie.

Le jeu d'échec a vraisemblablement un impact bénéfique sur la cognition, et son utilisation en psychiatrie adulte et, plus largement en gériatrie, commence à voir le jour.

Intéressons-nous maintenant au jeu « Michael's game » et son impact thérapeutique dans la schizophrénie.

Khazaal.Y et Favrod.J ont tous deux créés le jeu de société « Michael's game »(17). Il s'agit d'un jeu de cartes, conçu pour les patients ayant une maladie psychotique, principalement de type schizophrénie, qui continuent à éprouver des symptômes persistants comme les délires ou les hallucinations, malgré un traitement antipsychotique adapté. Le jeu « Michael's game », s'inspire des psychothérapies cognitives des psychoses, permettant via le « raisonnement par hypothèse » d'améliorer la prise en charge de ces patients.

En effet, les thérapies cognitives des psychoses permettent aux patients d'accéder à des explications ou interprétations alternatives de leurs symptômes, leurs vécus et expériences souvent en lien avec leurs idées délirantes ou hallucinations. Cela permettrait de réduire l'anxiété du vécu psychotique, assez impactant, et conduisant souvent à un renforcement des symptômes. Ainsi, le patient pourrait, par le biais de cette thérapie, retrouver un certain contrôle sur sa maladie grâce à une meilleure gestion de ses émotions et une meilleure compréhension, ce qui, sur du moyen, long terme pourrait améliorer leur autonomie.

En pratique, ces psychothérapies sont peu utilisées en milieu clinique, contrairement à l'approche médicamenteuse.

L'un des premiers facteurs de causalité retrouvée, est d'une part, la méfiance des patients à l'égard des systèmes de soins, et d'autre part, du fait de la forte participation affective et cognitive lors des interrogations des idées délirantes, la crainte d'une intensification de la symptomatologie.

Le jeu « Michael's game » s'inscrit dans l'hypothèse qu'une approche ludique, pourrait permettre une meilleure acceptabilité de la part des patients du fait d'une absence de référence au diagnostic et au traitement. De plus, le caractère ludique semble créer une atmosphère anxiolytique et propice à la concentration, diminuant le risque d'une exacerbation des idées délirantes et d'un débordement émotionnel. « Michael's Game » est un jeu de 80 cartes coopératif, de 4 à 8 patients, animé par un ou deux soignants (psychiatres, psychologues, infirmières), se déroulant sur une période de 12 à 16 séances.

Le jeu décrit le quotidien de « Michael » et de ses amis, les joueurs doivent, ensemble, trouver des hypothèses expliquant la question ou situation émise dans une des cartes du jeu.

A titre d'exemple (20), nous pouvons décrire une des situations proposées par le jeu :

« Michael se trouve avec des amis. Ils écoutent de la musique. A un moment, Michael se dit que la chanson Gainsbourg lui adresse directement un message »

La carte demande aux participants de nommer l'hypothèse de Michael, de décrire la situation explicitée et de proposer d'autres hypothèses en amenant des arguments pour ou contre.

Ce jeu permet deux niveaux de progression, le premier en lien avec les objectifs directs décrit par la carte. Le deuxième s'axe principalement sur le contenu abordé durant la partie (émotionnel, psychotique et aucun des deux).

« Michael Game » a fait l'objet de deux études multicentriques et non contrôlées {(18),(19)}. Le trouble psychotique, inclut majoritairement dans ces études, était la schizophrénie (85%) et une diminution significative concernant la préoccupation et les convictions associées aux idées délirantes. L'insight des patients a été également amélioré de manière significative.

Ce jeu semble être un bon outil en tant que média ludique de l'approche cognitive de la psychose, en complément de l'approche médicamenteuse.

Torres et Al(20), quant à eux, ont élaboré un jeu de société : El Tren, ou The Train ludique et divertissant qui se focalise sur le renforcement positif de certains comportements à adopter en réponse à des situations sociales fréquentes.

Il s'appuie sur la répétition et l'apprentissage, permettant d'être accessible aux patients ayant des symptômes négatifs de la schizophrénie. C'est un jeu de rôle, dans lequel les patients sont les passagers d'un train et les soignants des conducteurs. A chaque arrivée du train en gare, l'équipe doit résoudre un problème rencontré, présenté sous la forme d'une carte. Ce jeu se joue en équipes de deux à quatre joueurs (quatre équipes au totale).

A tour de rôle, les joueurs de chaque équipe lancent des dés et se déplacent sur le plateau pour arriver en gare.

A titre d'exemple : « le vagabondage et la mendicité sont des symptômes de grave détérioration sociale et personnelle. Quels sont les autres signes de détérioration ? » ou « récitez les mois de l'année à l'envers. ».

Une bonne réponse à ces questions permet de gagner des points. A la fin de la séance, l'équipe qui présente le plus de points remporte la partie. Une partie se joue en une heure à une heure et demie.

Plusieurs études, montrent une réduction significative du retrait social et une amélioration significative dans leurs relations interpersonnelles et performances au travail

Par conséquent, le jeu El Train, est un bon média pour améliorer les compétences et relations sociales, notamment chez les patients atteints de symptômes négatifs de la schizophrénie, en complément d'une prise en charge de réhabilitation sociale.

Focalisons-nous maintenant sur les jeux de société ayant montré un impact positif concernant la réduction de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez des patients.

Le Shogi est un jeu de société traditionnel au Japon qui se joue sur un plateau de 9x9 carrés à la différence des échecs (8x8).

La particularité du Shogi est la capacité de pouvoir rejouer les pièces capturées au joueur adverse durant la partie.

Les joueurs doivent ainsi faire preuve de stratégies et de rapidité.

En revanche, le jeu est bien règlementé et laisse, au joueur, une marge de manœuvre assez grande pour se défendre en cas d'attaque de l'adversaire.

Ainsi, les joueurs de Shogi, sont fréquemment mis en situations de jeu stressantes.

Cependant grâce au cadre sécurisant du jeu, et des règles souples permettant des choix multiples, les joueurs ont appris à s'adapter au stress et ont pu montrer des capacités de gestion du stress améliorées.

A travers différentes études, il a été mis en évidence une diminution significative de l'anxiété parmi les joueurs de Shogi. (24)

En 2019, Nakao M et al (21), décident, d'intégrer le Shogi dans un programme de thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

L'objectif est de pouvoir permettre à des patients ayant des cognitions négatives à type de dévalorisation, mésestime de soi, objectivées lors de partie de Shogi, de pouvoir réaliser un travail de pensées et comportements alternatifs afin d'améliorer leurs estimations de soi et de réduire leurs niveaux d'anxiété et de dépression.

Nous pouvons citer à titre d'exemple les questions suivantes posées par le thérapeute : « comment agir positivement après avoir perdu contre un adversaire au Shogi » ou bien « comment interrompre vos pensées négatives lorsque vous perdez au Shogi ? »

Nous observons également à travers la thérapie, l'importance de féliciter les participants après la victoire d'un match.

En effet, cela permettrait de passer d'un cercle vicieux d'échec et « d'incapacité excessive » à un cercle positif de volonté et d'espoir en ses capacités.

Finalement, l'enseignement de la TCC lié au Shogi permet de faciliter l'amélioration de l'estime de soi ainsi, que la réduction des niveaux d'anxiétés et de dépression en utilisant des situations pratiques.

En 2015, Lin et Al réalise un essai randomisé et contrôlé(22) dont l'objectif est de montrer l'impact du jeu de GO sur la dépression et l'anxiété des sujets ayant une maladie d'Alzheimer (MA), mais également, ses effets sur le développement de la MA. Le jeu de GO est un jeu de stratégie chinois, qui nécessite la sollicitation de nombreuses fonctions cognitives telles que : l'apprentissage, le raisonnement abstrait, la mémoire, et la maîtrise de soi. Les patients atteints d'une maladie Alzheimer, présentent souvent un taux bas de Facteur Neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF). Or, son rôle dans la protection des neurones corticaux cérébraux, notamment contre la bêta-amyloïde, est cruciale dans les fonctions d'apprentissages et de mémoire. Ainsi les auteurs ont réalisé 3 groupes parmi 149 participants, ayant tous une MA et n'ayant jamais jouer au jeu de GO auparavant. Ils ont été randomisés aléatoirement soit dans le groupe contrôle : absence de temps de jeu, soit dans un groupe où la pratique du jeu de go était à une fréquence d'une heure par jour ou bien un groupe où la fréquence était de deux heures par jour. Le suivi des patients a été réalisé sur une période six mois. Durant cette période, ont été mesurés la gravité des symptômes dépressifs avant et après intervention via l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS) et les symptômes de l'anxiété par l'HADS, Hospital Anxiety and Dépression Scale. Les

niveaux de BDNF avant et après l'intervention ont également été mesurés. Les résultats montrent une baisse significative des symptômes de la dépression et de l'anxiété dans les groupes jouant au jeu de GO par rapports au groupe contrôle. On observe également une augmentation des taux de BDNF avant et après l'intervention. (26)

Les mécanismes moléculaires expliquant l'amélioration de la symptomatologie de la dépression et de l'anxiété reste inconnu actuellement. Néanmoins, des études suggèrent à travers la neuro-imagerie que la dépression est corrélée à une hypo activation de l'activité cérébrale gauche et droite. Or il semblerait que le jeu de GO favorise l'augmentation de l'activité cérébrale, ce qui explique en partie son impact sur la symptomatologie dépressive. Ainsi, nous avons pu observer que le jeu de GO permet, à la fois une amélioration significative de la symptomatologie dépressive et anxieuse chez des patients âgés ayant une MA, mais également de prévenir l'évolution de la maladie d'Alzheimer par une augmentation des taux de BDNF. Le jeu de GO est donc un outil thérapeutique non négligeable dans l'aide à la prise en charge des patients ayant une MA atteints de troubles psychiatriques. (26)

En thérapie systémique, Y.Rey et P.Caillé(23), ont créé plusieurs méthodes d'entretiens systémiques à travers le concept des « objets flottants ». Le terme « objet flottant » permet la création d'un espace intermédiaire, de la même manière qu'un objet flottant à la surface de l'eau, n'appartient, ni à la surface, ni à l'eau, l'objet flottant n'appartient, ni au patient, ni au thérapeute. Ici, l'objet flottant devient un média permettant au patient d'adopter un regard neuf et libre sur les représentations qu'il a construit par le passé concernant ses liens familiaux, sa place au sein de sa famille les figures parentales. Le thérapeute, quant à lui, a pour rôle de le guider à travers ce

média. Il invite la famille à reconstruire son histoire, à explorer leurs vécus de façon neuve et permet ainsi une réparation du système en crise : c'est la théorie du constructivisme. Parmi ces outils systémiques, ces « objets flottants », on retrouve le jeu de « l'oie systémique » (23). A la différence du jeu classique du jeu de l'oie, ici le plateau est composé de 12 cases au lieu de 63 cases. Il se réalise en 3 phases :

- La première phase, la famille doit définir « 10 événements significatifs », s'inscrivant dans l'histoire commune familiale.
- Pour la deuxième phase, chaque membre de la famille doit choisir une carte symbole (l'oie, la prison, le pont, l'hôtel, le labyrinthe et la mort) et l'associer à un des événements définis préalablement, afin de la déposer dans la case « événement ». Cela correspond aux affects émotionnels subjectifs de chaque membre de la famille.
- La dernière phase, consiste à poser une fiche sur la case départ et arrivée qui correspond à la façon dont il se projette dans l'avenir, de manière individuelle et collective.

Le jeu de l'oie systémique permet de se délier de situation de crise où la famille est bloquée et mais également de visualiser l'événement marquant dans un avant, après.

Pour conclure, les jeux de société peuvent constituer un média essentiel pour aider à la prise en charge des maladies psychiatriques chez l'adulte car ils offrent une activité structurée et ludique qui peuvent les aider se détendre et à se concentrer, afin d'acquérir et/ou d'augmenter leurs compétences de gestions de l'anxiété. Le jeu peut aussi faciliter la psychothérapie par TCC des patients ayant une dépression à travers des situations pratiques. Comme observé dans le jeu du Shogi mettant en application des pensées et comportements alternatifs. De plus, Ils peuvent également contribuer à renforcer les compétences psycho-sociales et favoriser la réhabilitation sociale des patients schizophrènes ayant une prépondérance de symptômes négatifs. Il permettent aussi une amélioration de leurs troubles cognitifs (mémoire, raisonnements, prise de décisions...). Enfin, leurs utilités en thérapie systémique est importante surtout en situation de crise. En effet, à travers le jeu de l'oie, chaque membre de la famille est plus à même de verbaliser au sujet de ses émotions. En outre, Le jeu est ici un véritable outil de communications, n'appartenant ni au patient ni au thérapeute, instaurant ainsi un climat de confiance et de non-jugement propice à la thérapie.

I.1.2.3. Le « Serious Game » et son utilisation en psychiatrie

Depuis quelques années, l'engouement scientifique pour les jeux vidéo ne cesse de croître, et plus particulièrement concernant les « Serious Games » (SG), traduit littéralement « jeux sérieux ». Il n'existe actuellement aucune définition unique du concept de « Serious Game ». Pour tenter de le définir, il nous faut comprendre ses objectifs et outils. Le but d'un jeu sérieux doit être double : divertissant et thérapeutique, à travers l'apprentissage de nouvelles compétences et modifications de comportements pathologiques. Intéressons-nous aux différents mécanismes qui

sous-tendent les jeux sérieux, et qui leurs permettent de devenir un outil thérapeutique. Dans le livre *Serious Games: mechanisms and effects*, Ritterfeld U, Cody MJ et Vorderer P(24), s'intéressent à l'équilibre que le SG doit avoir pour garantir à la fois une motivation suffisante pour relever « les défis » du jeu et le maintien d' affects positifs, notamment lors de la réalisation d'objectifs plus difficiles. Cet équilibre apparait comme cruciale pour permettre un engagement et apprentissage de la part du joueur. Pour atteindre cet équilibre, et définir un « défi idéal », les auteurs se base sur la « théorie du flow ».D'après un article de 2008 (25) qui s'intitule, le concept de « flow » ou « *état psychologique optimal* », est défini en 1975 par Csikszentmihalyi. M (psychologue hongrois) comme un état d'activation optimal où le sujet est totalement immergé dans son défi. Si le joueur ou sportif atteint l'équilibre du « flow », alors cela favorise son attention sur les éléments positifs de la situation et favorise leurs maitrises et leurs utilisations. Plusieurs indicateurs de l'intensité du flow sont décrits, dont la perception d'un équilibre entre compétences propres et exigences du défi à réaliser, une impression de contrôle sur les actions en cours et son environnement mais également une absence d'anxiété lors du défi et la présence d'affects positifs (plaisir). Cet équilibre ressenti par le joueur, encore appelé « challenge-skills balance » est véritablement la notion au cœur du flow. Ainsi, le défi doit être suffisamment stimulant pour motiver le joueur et éviter qu'il tombe dans l'ennui, mais suffisamment accessible pour éviter un sentiment de stress et de frustration qui serait contre-productif et pourrait entrainer le découragement voire l'arrêt du joueur. Par conséquent, en intégrant la théorie du flow citée précédemment, le SG doit établir des objectifs et règles clairs. De plus, il devra intégrer un système d'aide aux joueurs afin de leurs permettre d'accomplir leurs défis.

Dans une étude (26) réalisée par Eichenberg.C et Schott.M, publiée en 2017 dans le *Game for Health Journal*, une revue systématique de la littérature est décrite concernant les jeux sérieux et la psychothérapie. Les études incluses ont examiné l'efficacité de jeux sérieux, ciblant différents troubles mentaux : trouble de stress post-traumatique (PTSD), trouble anxieux, dépression, syndrome d'Asperger et trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH). Nous pouvons citer et décrire quelques jeux sérieux mis en avant au sein d'une étude de 2016 publiée dans *l'Encéphale*, concernant l'application thérapeutique des SG en psychiatrie (27)

- Le jeu Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts (SPARX)

Le jeu SPARX est un SG de type RPG où le joueur incarne un personnage personnalisable : avatar, qu'il fera progresser dans un univers de fantaisie. Ce jeu de rôle en 3D, créé en 2012 par le professeur Sally Merry et son équipe, à l'université d'Auckland a pour objectif d'aider les patients et, plus particulièrement les adolescents, à lutter face aux symptômes de la dépression. Le joueur est dirigé par un « guide », qui évalue l'humeur et amène celui-ci à réaliser des quêtes et mini jeux pour apprendre à mieux gérer ses émotions et lutter contre les « sombres pensées automatiques négatives ». La particularité de ce jeu est que les objectifs donnés dépassent le cadre du jeu et, sont à mettre en place dans la réalité.

- Le jeu Playmancer

Le jeu Playmancer cible les troubles des conduites d'impulsions et utilise des outils de remédiations cognitives, sous forme de mini jeux permettant au joueur d'acquérir de nouvelles stratégies d'adaptation face aux situations de stress.

Des techniques de biofeedback sont utilisées pour recueillir des données concernant l'évolution des différentes constantes physiologiques, qui fluctue en miroir concernant les émotions du joueur. Cela permet une adaptation du jeu et de son niveau de difficulté, offrant aux joueurs une possibilité de reprendre le contrôle, et garder une certaine maîtrise de soi.

Par exemple, lorsqu'un joueur décrit de la colère ou frustration, celle-ci sera détectée par les algorithmes de reconnaissances émotionnelles et dirigera le joueur vers une aire de détente. Le jeu se réalise sous la supervision d'un thérapeute lors de courtes séances d'une vingtaine de minutes environ.

- Le jeu Guardian Angel

Le jeu Guardian Angel, permet à partir de techniques de restructurations cognitives, d'améliorer les capacités de patients ayant un trouble de dépendance à l'alcool, de repérer des situations à risques de rechutes, mais également d'apprendre des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales en réponse au stress, qui pourront leur permettre de mieux gérer le *craving* notamment. Ces différentes études, montrent des résultats significatifs concernant l'amélioration de leurs troubles psychiatriques. En effet, les patients ont déclaré trouver l'expérience de jeu agréable et satisfaisante. Les SG intègrent pour la plupart des outils appartenant à la thérapie cognitive et comportementale (TCC).

Nous avons pu voir que le SG peut à la fois se focaliser sur certains symptômes, comme dans *Playmancer*, où les objectifs du jeu seront la meilleure gestion des émotions et impulsions, applicable dans des troubles tels que le jeu pathologique ou trouble du comportement alimentaire, ou une approche plus intégrative avec le jeu

SPARX, qui cible la dépression dans sa globalité. De plus, une part importante en termes de psychoéducation a été développée, et le SG apparaît comme un bon complément d'une thérapie traditionnelle avec un soignant. Néanmoins, ces études ne permettent pas de conclure sur l'efficacité du SG sur la population générale, en raison d'une petite taille globale des échantillons des études incluses. Qu'en est-il du SG, concernant les patients atteints des pathologies du spectre de la psychose ?

Une étude pilote, d'un jeu de rôle sur ordinateur, pour les jeunes adultes atteints de psychose a été publiée, dans *Early Intervention in Psychiatry*, en 2019 (28). Cette étude avait pour objectif de développer un prototype de jeu de rôle de type RPG (*Role Playing Game*), pour les jeunes ayant connu un premier épisode psychotique et à en déterminer sa faisabilité et son impact sur l'attitude des patients face aux traitements et à la guérison. Le joueur incarne un avatar qu'il va pouvoir personnaliser avec des choix tels que, le teint de la peau, la taille, la forme du corps, la coiffure, la couleur des cheveux, des yeux, ainsi que les vêtements. Le joueur devra explorer un monde imaginaire, semblable au notre, et pourra réaliser des actions de la vie quotidienne : se rendre chez le médecin, aller au travail, ou bien à la salle de sport. Ces différentes expériences, de la vie réelle, seront accompagnées d'un scénario où les joueurs devront faire des choix et seront, parfois, confrontés à des situations difficiles où le joueur est interpellé par la psychose. Le jeu permet, dans un premier temps, d'identifier, d'utiliser et de renforcer des compétences applicables dans la vie réelle. Le jeu a également un rôle dans la psychoéducation, notamment lorsque le joueur se rend dans un théâtre virtuel pour regarder des vidéos sur l'espoir et la guérison. Les participants ont apprécié que le jeu les encourage à faire des choix positifs et qu'il serait utile aux personnes souffrant d'un premier épisode psychotique.

Au total, les « Serious Game » se démocratisent davantage en psychiatrie depuis ces dernières années. Ils permettent à travers le divertissement et la technologie informatique une augmentation de la motivation du patient via l'expression de sa créativité, la stimulation de ses capacités cognitives mais également par l'entretien de sa curiosité. De plus, nous avons pu observer que les SG intègrent pour la plupart des outils appartenant à la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Par conséquent, ils constituent véritablement de bons outils, dans la prise en charge des patients atteints de maladies psychiatriques. De surcroît, ils peuvent à la fois se focaliser sur certains symptômes, comme dans *Playmancer*, où les objectifs du jeu seront la meilleure gestion des émotions et de l'impulsivité, applicable dans des troubles tels que le jeu pathologique, le trouble du comportement alimentaire, ou une approche plus intégrative retrouvée avec le jeu *SPARX*, qui cible la dépression dans sa globalité. En outre, une part importante en termes de psychoéducation a été développée faisant du SG un bon complément d'une thérapie traditionnelle. Ainsi, les « Serious Game » ont vraisemblablement leurs places en tant que média en psychiatrie.

I.2. Jeux thérapeutiques et psychoéducation

En 2013, Khazaal. Y et Al(29), réalisent un essai contrôlé randomisé avec suivi après trois mois, dont l'objectif principal est d'évaluer l'impact du jeu de société « Pick-Klop » en termes de psychoéducation et de sevrage tabagique. Les participants ont été répartis au hasard parmi trois groupes :

- Le premier groupe comprend deux séances du jeu « Pick-Klop », d'une heure et demie, une fois par semaine, sur deux semaines.

- Le deuxième groupe comprend deux séances de psychoéducation à une fréquence identique.

- Le troisième groupe comprend les participants sur liste d'attente.

« Pick-Klop » est un jeu de plateau comprenant des cartes et des dés. Les participants jouent en groupes, de deux à six joueurs. Le plateau de jeu présente différents personnages à différentes étapes de changement. Les joueurs déplacent leurs pions en lançant des dés. Selon le score obtenu, les joueurs tirent une carte dans l'une des catégories suivantes : question, surprise ou tentation. S'ils répondent correctement aux questions, les joueurs peuvent gagner des points. Les cartes surprises ajoutent de l'amusement, permettant aux joueurs d'obtenir un cadeau ou des cartes secrètes qui leur permettent d'aider ou de bloquer un autre joueur pendant le jeu au moment de leur choix. Le nombre de cartes « tentation » augmente à la fin du plateau de jeu. Les questions portent sur les points suivants :

- Tabagisme et antécédents tabagiques
- Composantes du tabac et leurs effets biologiques
- Mécanismes de renforcement impliqués dans la dépendance au tabac
- Mécanismes cognitifs et comportementaux impliqués dans le maintien du tabagisme
- Le tabagisme comme stratégie d'adaptation
- Les coûts de la dépendance au tabac et les avantages de cesser de fumer
- Les étapes du changement
- Les mécanismes cognitifs et comportementaux impliqués dans le changement comportemental

- Les médicaments et les traitements qui aident à arrêter de fumer.

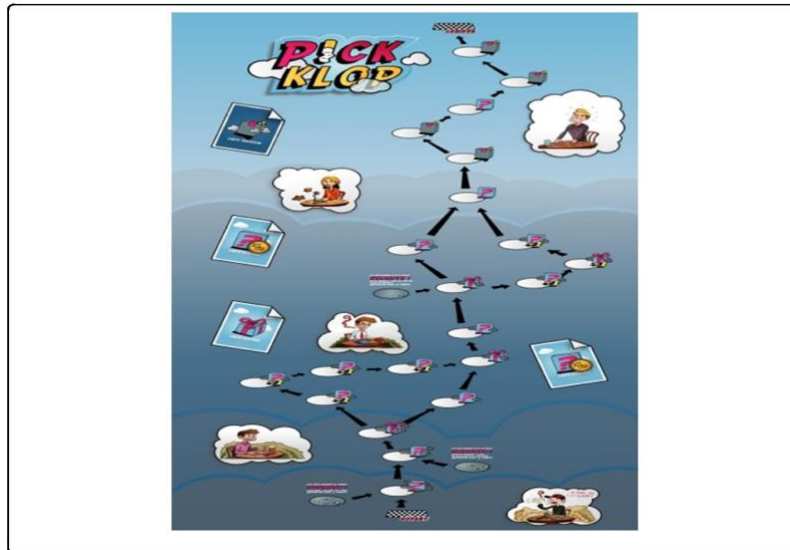


Illustration 1 : Plateau du jeu « Pick-Klop »

Différentes échelles ont été utilisées pour comparer les différents groupes. On observe une différence significative entre le groupe comprenant l'utilisation du jeu « Pick-Klop » et les groupes avec psychoéducation et liste d'attente, concernant l'échelle ANRT-12 (Attitude Towards Nicotine Replacement Thérapie, qui évalue l'attitude vis-à-vis des substituts de nicotine).

Des résultats similaires montrent des améliorations significatives des scores de l'ATS-18 (Attitude Towards Smoking Scale, évalue l'attitude vis à vis de la cigarette) de la SEQ-12 (Smoking Self-Efficacy Questionnaire, mesure la capacité à ne pas fumer malgré des stimuli). De plus, une réduction significative du nombre de cigarettes fumées par jour et une amélioration significative de l'intention d'arrêter de fumer est décrite. De même, le stade de changement s'est significativement amélioré. Ainsi le

jeu « Pick-Klop », via des techniques de thérapies cognitivo-comportementales, prend sa place au sein de la remédiation cognitive et semble être intéressant en termes de psychoéducation dans le sevrage au tabac.

Au Brésil, un jeu thérapeutique appelé « Step By Step » a été développé pour accompagner les patients toxicomanes et leurs familles dans le traitement de l'usage de drogue. En 2020, une étude est publiée par Peçaiques et Al (30) afin de comprendre le potentiel de la conception de jeux dans le but d'améliorer l'expérience des consommateurs de drogues et de leurs familles dans le domaine de la psychoéducation. Le jeu se compose d'un plateau démontable, cartes d'action, masque révélateur, pions personnalisables, et un dé.

Le point de départ du jeu s'appelle « Début du traitement », et le point final est « Abstinence ». Les couleurs de la planche sont destinées à transmettre le sentiment de se diriger vers un endroit sain. Il a été utilisé un motif chromatique plus foncé au début de la route. Lorsque le joueur se déplace, la norme chromatique devient plus gaie. Le nombre minimum de joueurs est de quatre (deux patients et deux membres de la famille) et le maximum est de dix (cinq de chaque type de participant), plus un professionnel de santé comme médiateur. Le parcours de jeu comprend les jours de semaine et les week-ends. Chaque jour est représenté par un espace délimité en forme de cube, et chaque rangée représente quatre semaines de traitement. Dans le site d'étude où le jeu a été conçu, le temps de traitement moyen est de six mois, raison pour laquelle le parcours du plateau comporte six rangées. Il existe également un espace « Rechute » qui est symbolisé par l'icône « point d'interrogation ». Lorsque les joueurs rechutent ils doivent créer une stratégie de prévention à communiquer à tous

les participants. Les résultats de cette étude ont été divisés en deux parties : « Le jeu et ses aspects tangibles et Dynamique ».

Le jeu a été très apprécié par les personnes interrogées du fait de sa simplicité. Les participants ont déclaré être capable de bien maîtriser le jeu, ce qui leur a permis de mieux communiquer aux autres participants leurs perceptions et affects. Comme nous montre l'extrait de l'interview d'un des participants : « *L'avantage est que, comme je suis dans un jeu, je suis obligé de parler. Si ma mère m'avait posé la même question à la maison, je serais dehors ou je me tairais. Je n'ai jamais eu de conversation avec ma mère à ce sujet, seulement avec le jeu !* ». « Step By Step » est décrit comme « stimulant » et les règles ont permis d'apporter un sentiment de sécurité, permettant un meilleur engagement au sein du jeu. En effet, les instructions du jeu ont permis de surmonter les difficultés. Jouer sans enfreindre les règles contredit positivement les modèles de la maladie. Les participants ont souligné qu'ils aimaient les questions directes et courtes dans les cartes de jeu. Au niveau de la dynamique du jeu, les participants ont perçu l'atmosphère du jeu comme une interface encourageante pour faciliter la communication et le rapprochement entre les patients et leurs familles. Les joueurs ont également souligné la dynamique du jeu comme une expérience positive.

Les résultats indiquent que le jeu a amélioré l'expérience avec la psychoéducation. Les évaluations des participants ont suggéré que la dynamique du jeu facilitait l'immersion des utilisateurs. La situation de jeu a été évaluée comme étant sécuritaire pour traiter des questions délicates qui ne sont, normalement, pas exprimées entre les patients et leurs proches. Les stimuli visuels et tactiles ont été évalués comme des facilitateurs d'apprentissage. La simplicité du jeu a été évaluée

comme utile. Les résultats ont fourni des renseignements importants pour favoriser la conception de jeux dans le domaine de la santé.

Ainsi, le jeu de société, apparait ici comme un véritable outil de psychoéducation, permettant par le biais de son aspect ludique et divertissant de transmettre des informations cruciales concernant la maladie et sa prise en charge. De plus le jeu facilite la communication entre le patient et sa famille. La simplicité des règles du jeu et sa souplesse permettent d'apporter au joueur une atmosphère, un cadre sécurisant, facilitant l'échange avec les soignants et l'acquisitions de connaissances.

En outre, le jeu permet de procurer des émotions de joie et de plaisirs, rendant son expérience positive, malgré le fait que des sujets sensibles soit abordés.

Section II : Le Trouble de la Personnalité Borderline (TPB)

II.1. Définition et thérapeutiques

II.1.1. Définition du Trouble de la Personnalité Borderline

Le trouble de la personnalité Borderline (TPB) ou Limite est un trouble psychiatrique de la personnalité appartenant au Cluster B (*Émotionnelle*) défini dans le DSM-V, caractérisé par une dysrégulation émotionnelle marquée, se manifestant, principalement, par une instabilité significative des relations interpersonnelles, un trouble de l'identité notable et des comportements impulsifs pouvant conduire à des situations de mise en danger répétées ainsi que des actes auto-agressifs : tentatives de suicides, gestes d'automutilations. On estime que la fréquence du TPB (1) dans la population générale oscille entre 1% et 3%, correspond à 10% des consultations en ambulatoire, entre 15 et 20% des patients hospitalisés en psychiatrie (2) et environ 10% des patients ayant un TPB décèdent par suicide (3). Le trouble de la personnalité Borderline est donc un enjeu majeur de santé public et le développement de structures de soins spécialisées avec des soignants formés est indispensable à l'heure actuelle.

Avant de rentrer plus en détails sur le trouble de la personnalité Borderline, il m'apparaît pertinent de définir ce qu'est un trouble de personnalité. D'après le manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte (31), le principe de personnalité pathologique remonte à la médecine hippocratique où certains types de caractères et personnalités étaient retrouvés. C'est la théorie des quatre humeurs fondamentales : sang relatif au type sanguin caractérisé par un

tempérament colérique mais également chaleureux, le type flegmatique : froid et distant ou bien lymphatique relatif aux personnes apathiques, le type bileux de nature anxieuse et le type mélancolique. C'est au XIXème siècle, que la sémiologie psychiatrique concernant la description de « personnalités pathologiques » est établie. En effet, c'est en 1923 que Kurt Schneider décrit 10 types de personnalités pathologiques qui sont les précurseurs des classifications actuelles des troubles de la personnalité. Dans un premier temps, Il est important de faire la distinction entre le tempérament et la personnalité. Lagache (1954), propose une définition du caractère : « le caractère est l'ensemble des dispositions et attitudes qui commandent la manière d'être et de réagir de l'individu dans ses rapports avec le monde et avec lui-même ». La personnalité vient du latin « *de personalis* » qui signifie personnel. Ainsi la personnalité est en rapport avec notre singularité propre qui fait de nous des individualités à part entière. Le Larousse définit la personnalité comme étant : « une individualité psychologique de la personne telle qu'elle se manifeste dans ses comportements ». Ainsi la personnalité est le socle théorique d'où provient les traits de caractère. Mais qu'en est-il du trouble de personnalité ?

Le DSM-V propose la définition suivante :

- A. Mode durable d'expériences intérieures et des comportements de l'individu qui dévient de la culture et manifesté dans deux ou plus des domaines suivants :
1. Cognitions (façon de percevoir ou d'interpréter l'image de soi, les autres ou les évènements)
 2. Affectivité (étendue, variabilité, intensité)

3. Fonctionnement interpersonnel

4. Contrôle de l'impulsivité

B. Envahissant, rigide et inadapté

C. Source de souffrance ou de dégradation du fonctionnement

D. Stable dans le temps, de longue durée et qui apparaît à l'enfance, adolescence ou au début de l'âge adulte.

Concernant le trouble de la personnalité Borderline, le DSM-V, donne la définition suivante :

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** :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements énumérés dans le critère 5).
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile)

dangereuse, crises de boulimie - ne pas inclure les comportements énumérés dans le critère 5).

5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. 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).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Marsha Linehan, professeure et psychologue américaine, développe en 1980 la thérapie dialectique comportementale basée sur un modèle bio social expliquant l'émergence du trouble de personnalité borderline chez l'individu. La dysrégulation émotionnelle (32) est définie comme l'élément majeur du TPB. Linehan, utilise le terme de « vulnérabilité émotionnelle », qui a une origine biologique et liée à un environnement invalidant sur le plan émotionnel. Au niveau biologique, elle se caractérise par une affectivité négative de base élevée, une hypersensibilité et une hyperréactivité aux stimuli émotionnels, suivi d'un lent retour à l'état émotionnel de base. Les patients ayant un trouble de la personnalité borderline sont plus facilement déstabilisés par leurs émotions et y réagissent plus intensément et maladroitement, ce qui se traduit au niveau comportemental par de l'impulsivité.

Différents types d'environnement familiaux invalidants ont été identifiés (32):

- Ceux qui n'autorisent pas l'expression des émotions.
- Ceux qui invalident l'expression émotionnelle ou qui la valident seulement lorsqu'elle est surexprimée.
- Ceux au contraire, ayant vécu une surprotection sur le plan émotionnel.
- Ceux qui ont été victimes, durant leur enfance, d'abus et/ou de maltraitances, sur le plan physique ou psychologique.
- Ceux ayant vécus des expériences d'humiliation subies dans le milieu scolaire

Les effets délétères de ces deux facteurs vont empêcher l'enfant de faire ses propres expériences émotionnelles. Cela va conduire progressivement à une perte de contact avec ses émotions et contribuer à l'apparition d'une perte de confiance avec ce qu'il expérimente, vit, au niveau émotionnel. On retrouve chez l'enfant et l'adolescent une incapacité à pouvoir se servir de ses émotions comme source d'informations et de prendre les décisions qui s'imposent. A l'âge adulte, on retrouve des difficultés à identifier, exprimer et gérer ses émotions, voire à tolérer ce qu'il ressent. Cela peut favoriser les passages à l'acte impulsifs. Des difficultés pour entrer en relation avec les autres sont décrites à l'origine du sentiment de peur et la crainte de l'abandon et du rejet. Les personnes ayant un TBP rencontreront de ce fait des difficultés à savoir ce qui est juste, ce qui se traduira par une image de soi perturbée qui peut expliquer l'ambivalence de leurs propos, dans leurs relations interpersonnelles et le sentiment de vide chronique.

Les troubles de l'humeur sont les comorbidités les plus fréquentes chez les patients ayant un TPB. En effet, 96% des patients avec un TPB présente un trouble de l'humeur à un moment de leur vie (33), principalement le trouble dépressif (33). Les troubles de l'humeurs chez les patients ayant un TPB augmente le risque de rechute d'un épisode dépressif caractérisé (34). L'anxiété et les troubles associés aux traumatismes ont également une prévalence élevé comprise entre 74% et 88%. (32), avec une fréquence plus grande concernant le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) et le trouble panique. Les troubles, liés à l'usage de substances représentent également une forme fréquente de comorbidité du TPB. Des études suggèrent que 23% à 84% des patients ayant un trouble de personnalité borderline ont un trouble lié à l'usage de substance (32). On retrouve également que les patients ayant un TPB ont un trouble du comportement alimentaire (TCA), compris entre 14% et 53% (32).

II.1.2. Généralités de prise en charge

D'après les recommandations du *National(35) Institute for Clinical Excellence* (NICE) et du guide pratique publié par *l' American(36) Psychiatric Association* (APA), la prise en charge des patients ayant un trouble de la personnalité borderline doit se réaliser, le plus possible, en ambulatoire, quand la situation le permet. En effet, seules les situations où le risque suicidaire est élevé, l'existence d'une décompensation d'une pathologie comorbide, ou la présence d'une détresse émotionnelle intense, nécessitent une hospitalisation en urgence. Néanmoins, celle-ci doit être courte, et s'assurer de la poursuite du suivi à l'extérieur. Nous allons maintenant, nous pencher sur les différents aspects de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline.

II.1.2.1. Les traitements médicamenteux

La prise en charge des troubles de personnalité est souvent complexe et l'ensemble de la communauté scientifique s'accorde à dire que, le traitement de fond du TPB, est la psychothérapie. En effet, aucune recherche pharmacologique concernant l'utilisation de médicaments de manière spécifique pour les patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline n'a reçu l'approbation de la *Federal Drug Administration (FDA)* (37). Néanmoins, les lignes directrices de certaines associations telles que *l'American Psychiatric Association (APA)*, de *la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (WFSBP)*, de *l'Association allemande de psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique (DGPPN)* et de *l'Institut néerlandais pour l'amélioration des soins de santé (CBO)* recommandent toutes la prescription de psychotropes ciblés sur des symptômes spécifiques du TPB. C'est ainsi que dans la pratique courante, des antidépresseurs types : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, sertraline), des thymorégulateurs (lithium, carbamazépine, valproate), et des antipsychotiques à faibles doses (Olanzapine, aripiprazole) sont utilisés pour leurs effets concernant les symptômes d'agressivité, d'impulsivité ou d'un trouble psychiatrique comorbide. Cependant, les lignes directrices du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* au Royaume-Uni et de *l'Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)* ne recommandent pas l'utilisation de psychotropes à long terme du fait de leurs effets secondaires et/ou complications potentielles, excepté s'il existe une pathologie comorbide. De la même manière, les traitements anxiolytiques types benzodiazépines ne sont pas conseillés du fait de leurs risque d'abus et dépendance. Du fait de l'absence de consensus, concernant l'utilisation de traitements médicamenteux destinés aux patients ayant un trouble borderline, environ 80% des patients ayant un

TPB prennent au moins un psychotrope, la plupart du temps durant une période de 6 ans(38). En résumé, bien que le traitement médicamenteux par psychotropes ne soit pas recommandé, le sujet reste encore très débattu dans la communauté scientifique et aucun algorithme pour le traitement des patients ayant un trouble de la personnalité borderline est validé jusqu'à ce jour.

Ce qu'il faut retenir est qu'un traitement par psychotrope ne doit pas être prescrit comme traitement de fond mais plus comme un traitement adjuvant à une psychothérapie pour des symptômes spécifiques tel que l'agressivité, l'impulsivité. Ce traitement n'est pas recommandé en première intention et une utilisation à court terme est préférable sauf dans le cas d'une ou de plusieurs pathologies comorbides associée. Les traitements de types benzodiazépine ne sont pas conseillés du fait du risque d'abus et de dépendance. Les psychotropes retrouvés dans ces indications sont les inhibiteurs de la recapture à la sérotonine (ex : Sertraline, fluoxétine), des thymorégulateurs (lithium, carbamazépine, valproate) et des antipsychotiques atypiques de deuxième génération (ex : olanzapine, aripiprazole).

II.1.2.2. Les traitements psychothérapeutiques

Il existe plusieurs psychothérapies structurées spécialisées dans la prise en charge du trouble de personnalité borderline, fondées sur des preuves solides.

La thérapie comportementale dialectique (TCD), développée par Marsha Linehan (1993) est la thérapie la mieux validée dans les écrits scientifiques pour traiter le trouble de personnalité borderline. On recense plus de 13 études randomisées contrôlées, dans six pays différents (39). La TCD est une thérapie qui a pour objectif principal une réduction des comportements pouvant conduire au suicide, chez des

patients ayant un trouble de personnalité borderline (40). Il existe deux types d'études parmi les écrits scientifiques. D'une part, ceux concernant la TCD globale incluent une psychothérapie individuelle, une supervision en équipe et une consultation téléphonique et ceux concernant la TCD non globale (*appelé également d'orientation TCD*). Le nombre d'études réalisé concernant la TCD non globale est plus faible.

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), est également une intervention psychothérapeutique empiriquement validée pour le trouble de la personnalité borderline qui intègre des dimensions issues de la théorie de l'attachement, de la psychologie développementale et des neurosciences cognitives (Bateman & Fonagy, 2016) (41).

Nous pouvons également citer, la thérapie des schémas (ST) développée par Jeffrey Young (42) pour prendre en charge les patients souffrant d'un trouble borderline. Il s'agit d'une forme intégrative de psychothérapie qui intègre des concepts et des approches de la thérapie cognitivo- comportementale (TCC), de la théorie de l'attachement, et des perspectives psychodynamiques. (42) Elle s'appuie sur deux modèles conceptuels afin d'appréhender le processus de changement.

Le premier est les schémas précoces inadaptés définis comme des schémas de pensées, de cognitions, de comportements et d'affects dysfonctionnels envahissants et autodestructeurs qui se développent, généralement, pendant l'enfance mais également, tout au long de la vie de la personne. Le second qui correspond au « mode de schéma » aussi appelé « état de schéma ». Un mode de schéma correspond à un ensemble de schémas et processus que le patient va adopter en fonction des situations ou personnes qu'il rencontre et qui prendra l'ascendant sur d'autres modes de schémas, dans un but de se protéger de la menace qu'il perçoit (41).

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est aussi une thérapie spécialisée dans le trouble borderline, qui se fonde sur les principes de la psychanalyse et sur les relations objectales (43). La PFT a pour objectif la réalisation d'une analyse précise de l'expérience relationnelle vécue avec le thérapeute, afin que le patient acquière une critique, un certain recul avec ses représentations propres concernant sa personne et les autres, ce qui, in fine, permet de faire évoluer la structure de sa personnalité (42).

II.1.3. Thérapies spécifiques structurées du trouble borderline

II.1.3.1. Thérapie dialectique-comportementale (TCD)

La Thérapie-dialectique-comportementale est conçue par Marsha Linehan (1993), psychologue et chercheuse à l'université de Washington à Seattle (USA). Elle mène des recherches avec des collègues pour l'élaboration d'un traitement psychothérapeutique pour venir en aide spécifiquement aux patients atteints de TPB, présentant de fortes tendances suicidaires. Elle révélera être, elle-même, atteinte d'un TPB et avoir été en grande souffrance psychologique durant sa jeunesse. La thérapie dialectique-comportementale (TCD) est une thérapie-cognitivo-comportementale (TCC) dite de troisième vague. En effet, elle ne vise pas à changer les événements psychologiques (pensées, émotions) mais leurs fonctions et la relation de la personne avec ceux-ci afin de maintenir une capacité d'adaptation au contexte vécu (5). La TCD globale comprends cinq objectifs fondamentaux (44) :

- 1) Développer les compétences comportementales psychosociales.

2) Augmenter la motivation à utiliser ses propres compétences via la gestion des contingences et la réduction des pensées et émotions interférentes.

3) Permettre la généralisation des apprentissages dans l'environnement naturel de la personne.

4) Structurer l'environnement de traitement afin de renforcer les comportements fonctionnels plutôt que dysfonctionnels.

5) Accroître la compétence des thérapeutes et leur motivation à traiter les TPB efficacement.

Pour permettre la réalisation de ces différentes cibles, la TCD globale est composée de quatre modalités de traitement (44) qui sont, premièrement, la thérapie individuelle hebdomadaire : qui permet de renforcer la motivation du patient ayant un TPB mais également l'application des compétences acquises et leurs élargissements dans la vie courante. On retrouve ensuite, les groupes d'entraînement qui ont pour but l'apprentissage des compétences, la consultation téléphonique qui permet d'une part le maintien d'une bonne alliance thérapeutique, une prévention des gestes auto-agressifs, notamment des passages à l'acte suicidaire et d'aider le patient dans la généralisation de ses compétences. La thérapie dialectique-comportementale non globale ne comprends pas de thérapie individuelle de consultation téléphonique ni de supervision en équipe. L'objectif principale est l'acquisition de compétences comportementales psychosociales. Celui-ci se réalisera en groupe ou individuellement. Dans l'étude randomisée et contrôlée de Harley et al., en 2007(45), on retrouve une diminution significative des symptômes généraux du TPB des idées suicidaires et de l'impulsivité dans les groupes de TCD globale et non globale. Néanmoins, le taux d'abandon concernant la TCD globale (35%) est plus faible que

celui du groupe TCD non globale (51%). Les compétences enseignées en TCD sont regroupées en quatre modules (43) :

1. Le **module pleine conscience** permet au patient d'apprendre à s'en tenir davantage aux faits, plutôt qu'à la représentation distordue qu'il se crée d'une situation sous l'emprise d'une émotion intense. Le patient s'entraîne à prendre conscience pleinement du moment présent, être attentif à ses sens et pouvoir effectuer un travail de description fine de ses émotions et de ses ressentis corporels déplaisants, sans jugement ni interprétation. Le but étant que les patients ayant un trouble de la personnalité borderline soient moins spectateurs de leurs émotions mais acteurs à travers la conscience du soi et donc plus à même de prendre des décisions éclairées. Dans une étude datant de 2012(46), les auteurs ont cherché à étudier l'impact du module pleine conscience seul sur les capacités attentionnelles chez le patient ayant un trouble de la personnalité borderline et voir si une amélioration générale était perçue. Les résultats montrent une baisse significative de l'impulsivité et une amélioration significative de l'attention au test CPT-II (test neuropsychologique assisté par ordinateur), après huit semaines d'entraînements au module pleine conscience.
2. Le **module tolérance à la détresse** correspond à une analyse en chaîne comportementale, c'est-à-dire de pouvoir porter son attention sur les différents événements cognitifs (éléments déclencheurs, pensées), émotionnels et comportementaux pouvant conduire à des gestes auto ou hétéro agressifs. Puis, à la mise en place d'enseignements de stratégies dits de survie.

Par exemple, la stratégie « STOP » : (*S'arrêter, Temporiser, Observer, Poursuivre en pleine conscience*). Nous pouvons aussi citer également la stratégie du « pour » et du « contre » qui consiste à permettre au patient, ayant un TPB, de pouvoir rapidement faire un choix parmi les options présentes. De même, la stratégie « TIP » (*abaisser la Température, faire un exercice physique Intense, Poser sa respiration*) qui va stimuler l'axe parasympathique dans un but de diminuer l'hyperactivation émotionnelle (via l'axe sympathique). Le patient pourra notamment marcher vite, prendre une douche froide, effectuer un exercice de cohérence cardiaque. Il existe de multiples autres stratégies telles que « *l'apaisement de soi* » qui a pour but l'apaisement et la réassurance personnelle par la pratique, par exemple de massages des mains. « *La Distraction* » quant à elle, consiste à détourner son attention de l'état de détresse émotionnelle, par exemple, écouter de la musique. Nous pouvons donner comme dernier exemple, la stratégie « *d'amélioration du moment présent* » qui consiste à repérer et se concentrer sur les aspects positifs de la situation, afin de mieux les tolérer. Ainsi, le patient acquiert progressivement des stratégies de gestions de crise utilise en cas de détresse émotionnelle majeure.

3. **Le module de régulation émotionnelle** concerne la gestion des émotions dans des situations de moindre urgence que celles du module « tolérance à la détresse ». Pour ce faire, le patient est amené à identifier, comprendre, et accepter ses émotions, qu'il aura souvent tendance à fuir, réprimer devant la crainte d'une perte de contrôle. Après ces premières étapes d'acceptation et de

validation par le thérapeute, celui-ci, pourra utiliser des techniques de restructuration cognitive en vue d'imaginer un mode de pensée alternatif plus réaliste et adapté à la situation. Sur le plan comportemental, le patient peut également adopter des comportements alternatifs préalablement appris en thérapie, tel qu'agir à l'opposé de ce que l'on ressent, par exemple remercier une personne perçue comme désagréable et qui nous met en colère. Le but n'est pas tenu d'ignorer nos affects et pensées négatifs générés, mais plutôt, apprendre à ne pas agir sous la dictation de nos émotions, qui provoque, le plus souvent, des conséquences négatives, une augmentation de l'impulsivité et un sentiment de culpabilité. Le patient pourra par la suite réfléchir à froid sur l'événement et décider avec ou sans l'aide du thérapeute, à la meilleure attitude à adopter la prochaine fois qu'il y sera confronté. Ainsi, c'est après avoir « accepté » la situation et les émotions qui en découlent que le patient pourra progressivement basculer vers une étape de « changement », pour réguler ses réponses émotionnelles.

4. **Le module d'efficacité interpersonnelle** a pour but de permettre aux patients ayant un trouble de la personnalité borderline de rendre leurs relations avec les autres plus stables et harmonieuses. En effet, les patients ayant un TPB ont le plus souvent une peur importante d'être abandonnés ou rejetés ce qui génère souvent de grandes difficultés à mettre fin à des relations sociales ou intimes délétères. A l'inverse, ils peuvent mettre à distance les autres pour éviter les abandons. Ce module permet donc aux patients de développer des habilités relationnelles à travers des exercices d'affirmation de soi, qui vise à prendre en compte leurs besoins, leurs envies, leurs points de vue tout en respectant et

acceptant celui d'autrui. Ainsi les patients apprennent progressivement à être plus actifs dans leurs relations, être capable d'exprimer leurs désaccords et défendre leurs valeurs face aux autres. Notons que le jeu de rôle est particulièrement utilisé dans ce module.

Ainsi, la TCD est basée sur l'adoption d'une conception dialectique de la réalité. La perspective dialectique stipule que l'*acceptation* et le *changement* sont interdépendants et constituent une double contrainte. Cette acceptation repose, tout d'abord, sur la conviction du thérapeute que son patient est capable d'abandonner son mode de vie délétère. L'acceptation nécessite de la part du thérapeute qu'il valide les réponses émotionnelles, cognitives et comportementales de son patient. Le *changement* s'obtient par l'apprentissage de compétences psychosociales. Le thérapeute cherche ici à mobiliser et à accroître les ressources psychosociales de son patient plutôt qu'à attirer son attention sur la nature de ses difficultés (43).

II.1.3.2. Thérapie des schémas (ST)

La thérapie des schémas (ST) est initialement une thérapie cognitive conçue par Jeffrey Young, psychologue américain en 1990. Il a par la suite fait évoluer son modèle thérapeutique par l'introduction des « modes schémas » qui fait de la ST une thérapie-cognitivo-comportementale, associant la psychanalyse et une approche psychodynamique. La thérapie des schémas n'est pas une thérapie spécifique du trouble borderline. En effet, la ST a montré son efficacité dans les troubles de l'humeur et les troubles anxieux principalement (47). Cependant, de nombreuses études se sont intéressées à son application dans le trouble de la personnalité borderline.

Une étude réalisée en Norvège en 2006 (48) montre une supériorité de la ST par rapport à la psychothérapie, focalisée sur le transfert, dans la réduction des

symptômes du TPB : 52% des patients qui avaient débutés une ST, étaient guéris du TPB et, plus des deux tiers, ont montré une amélioration clinique significative des symptômes du TPB. D'autres études confirment cette constatation et démontrent que la ST permet également une qualité de vie globale augmentée chez les patients ayant un TPB. Dans une étude de 2005 (49), 50% des patients évalués après une thérapie des schémas ne présentent plus les critères du TPB.

La thérapie des schémas nécessite cependant une période longue de suivi, généralement d'un an et demi, à quatre ans, en moyenne. Il existe des conditions avant de permettre aux patients, ayant un trouble de la personnalité borderline, de bénéficier de la ST. C'est le cas de la présence de certaines comorbidités telles que : un état dépressif caractérisé sévère, une toxicomanie grave avec nécessité de réaliser une prise en charge en cure de désintoxication, la présence d'une anorexie mentale. Nous pouvons également évoquer les troubles du développement, comme le syndrome d'Asperger ou l'autisme. En effet, la ST repose sur le fait que, le développement neurologique soit normal, même si, un retard ou des perturbations du développement peuvent exister. La thérapie des schémas repose sur un principe théorique majeur au centre de la thérapie : le concept de « schémas ». D'après Young, chaque personne va développer des schémas durant l'enfance.

Un schéma est défini par un ensemble de connaissances structurées, fondées par les relations de l'enfant avec ses figures d'attachement principales et son environnement. Des schémas sains se développent lorsque les besoins de base de l'enfant sont comblés : la sécurité, la relation aux autres, l'autonomie, l'auto-appréciation, l'expression personnelle, l'acquisition de limites réalistes. Ainsi, l'enfant

doit pouvoir se sentir en sécurité afin de se relier avec les autres et ainsi vivre et partager des expériences et émotions. Lorsqu'il existe des carences parmi ses besoins de bases, pouvant être lié à une maltraitance psychologique ou physique, l'existence d'un état de stress post traumatique ou la perte d'un proche. Cela peut conduire à la genèse de schémas dysfonctionnels et à la mise en place de stratégies d'adaptation. Young présente 18 schémas dysfonctionnels et stratégies d'adaptation que nous pouvons assimiler aux différents troubles de la personnalité décrits dans le DSM-V. À titre d'exemple :

- Le trouble de la personnalité paranoïaque regroupe les schémas suivants :
 - *Méfiance / abus*
 - *Carence affective*
 - *Isolement social / aliénation*

- Le trouble borderline regroupe ce type de schémas :
 - *Abandon / instabilité*
 - *Méfiance / abus*
 - *Carence affective*
 - *Imperfection / honte*
 - *Dépendance / incompétence*
 - *Vulnérabilité au danger ou à la maladie*
 - *Contrôle de soi / autodiscipline insuffisants*
 - *Assujettissement*

- *Surcontrôle émotionnel*
- *Punition*

Les personnes ayant un trouble de la personnalité borderline peuvent donc acquérir de nombreux schémas. De plus, du fait de leurs labilités émotionnelles, souvent importantes, les patients ayant un TPB présentent des difficultés à comprendre leurs cognitions, émotions et comportements. C'est à partir de ce constat que Young développe le concept de « mode de schémas » qui correspond à un ensemble de schémas, qui s'exprimera plus dans une situation plutôt qu'une autre. Pour mieux comprendre cette notion, nous allons donner quelques exemples en détaillant les différents « mode schémas » retrouvés. Young définit classiquement cinq modes de schémas associés au TPB : le mode protecteur détaché, le mode enfant abandonné/abusé, le mode enfant en colère/impulsif, le mode parent punitif et le mode adulte sain. (47)

Nous allons détailler ici quelques modes de schémas évoqués plus haut. Dans le mode protecteur détaché, le patient est calme et adopte une attitude mature. Le patient adopte ce mode protecteur pour éviter de vivre ses peurs, son sentiment d'infériorité ou sa colère. Ici, la personne ayant un TPB, présente la conviction qu'il est dangereux de montrer ses émotions et donc d'exprimer son opinion. La crainte de perdre le contrôle de ses émotions est au premier plan et ce mode lui permet de garder une certaine distance avec son interlocuteur, soit en évitant le dialogue/contact, soit en le repoussant. Dans ce mode, les patients expriment un sentiment de vide émotionnel important, et ont l'impression d'être en dehors de la relation à l'autre y compris lors de l'entretien avec le thérapeute. Si le patient a du mal à maintenir cette

distance avec l'autre, il peut devenir colérique. Si la colère est vraiment intense, Nous pouvons parler de mode protecteur colérique. (47) Il est fréquent que le patient, dans ce mode, mette en échec la thérapie voir l'arrête et s'adonne à l'automutilation, l'abus de substance et réalise des tentatives de suicides.

Il est donc crucial d'identifier ce mode et d'essayer de le contourner. Par exemple, en le rassurant, régulièrement, et en l'encourageant à exprimer ses émotions. Il existe, par exemple, la technique « des deux chaises » : le thérapeute demande au patient de s'asseoir sur une chaise différente et, à partir de cette nouvelle position, de mettre des mots sur le besoin pour lui de la présence du protecteur. Sur cette chaise, le patient peut exprimer ses émotions sans craintes. Le thérapeute peut, par la suite, dialoguer avec le protecteur sur l'autre chaise. Une autre méthode consiste à demander au patient de fermer les yeux et de s'imaginer le mode « enfant abandonné/abusé ». Dès lors que le thérapeute arrive à contourner le mode protecteur et a accès au mode enfant abandonné et abusé, il peut encourager le patient à exprimer ses émotions. Il existe également d'autres méthodes, décrites par Young, pour contourner le mode protecteur détaché au niveau des cognitions (liste des pour/contre du protecteur par exemple) et des comportements. (47) Le mode enfant abandonné/abusé fait référence à un patient ayant un TPB qui apparaît triste, vulnérable, désespéré et inconsolable. Dans ce mode, les pensées et comportements du patient peuvent faire penser à ceux d'un enfant de quatre à six ans. Le sentiment de solitude est intense et la croyance dominante dans ce mode, est que tout le monde va abuser de lui, qu'il ne peut donner sa confiance à personne. Ainsi, le patient ayant un TPB, va rechercher ici à être rassuré et à avoir des solutions à ses difficultés immédiatement. Ce mode est souvent présent en situation de « crise ». Le thérapeute va ici rassurer le patient ayant un TPB et le soutenir. Même si la demande principale

du patient est d'avoir des réponses immédiates à ses problèmes, la priorité, ici, est de se montrer compréhensif et empathique. Le but est que le patient puisse développer son mode adulte sain qui prendra en considération le mode enfant abandonné/abusé et le soutenir. Les jeux de rôles et la technique de la réécriture de scénarios peuvent se montrer particulièrement efficaces. Ici, l'objectif est que le patient comprenne qu'il est normal de demander de l'aide et du soutien mais aussi d'en recevoir lorsque nous sommes confrontés à des événements de vie difficile. De la même manière que pour le mode protecteur, il existe des techniques cognitives et comportementales pour travailler avec le patient dans ce mode. (47) Le mode « adulte sain » correspond au mode de schéma que le patient doit développer et maintenir tout au long de la thérapie. Comme dit précédemment, ce mode de schéma n'est pratiquement pas retrouvé chez le patient ayant un trouble de la personnalité borderline du fait, de son enfance carencée et des différents événements de vie, subis, empêchant le développement sain de son autonomie. Néanmoins, bien que ce mode soit absent en début de thérapie, celui-ci deviendra une pierre angulaire de la thérapie sur laquelle le patient s'appuiera pour développer ce côté sain et s'adapter à ses différents autres modes de schémas. (47)

La thérapie des schémas est donc une thérapie qui s'inscrit dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales. Néanmoins, la ST prend en compte le mode schémas du patient à l'instant « t » et lui permet de le reconnaître et de s'y familiariser. Cela permet de travailler, d'une manière adaptative, avec le patient en ayant toujours pour objectif de lui permettre d'acquérir des stratégies d'adaptations se basant sur le concept de coping pour gérer ses différents schémas. Cela tendra vers le renforcement du mode « adulte sain ». (47)

II.1.3.3. Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM) a été développée par le professeur Anthony W Bateman, psychiatre au Royaume-Uni avec son homologue, Peter Fonagy. Cette psychothérapie validée scientifiquement a été conçue initialement pour le trouble de personnalité borderline mais son application se généralise à d'autres troubles psychiatriques, tels que le trouble de personnalité antisociale, troubles du comportement alimentaire, toxicomanie.(50) Bateman et Fonagy définissent le concept de « mentalisation » comme étant un processus cognitif multidimensionnel et intégratif. Pour Fonagy et ses collègues, les patients atteints d'un trouble borderline ont perdu leurs capacités à mentaliser, principalement dans leurs interactions interpersonnelles. Cela entraîne une difficulté dans la gestion des émotions, d'autant plus qu'il subissent des changements rapides de leurs états émotionnels et réagissent souvent par un comportement impulsif. (50)

La mentalisation est une faculté permettant une exploration libre de nos pensées, émotions, désirs, expériences, souvenirs. Les personnes capables de mentaliser sont en mesure de décrire et verbaliser des expériences passées, à la fois positives et négatives. La mentalisation favorise donc l'introspection et l'analyse de nos cognitions, souvent influencées par nos croyances, éducation, environnement, traumatismes. Ainsi, la mentalisation aura des effets positifs dans nos relations interpersonnelles et nous permettra de réfléchir, de manière plus objective, sur les motivations des autres. (50) Pour permettre une bonne mentalisation, il faut que l'individu présente, initialement, un attachement sécurisant. L'effort de mentalisation

est d'autant plus difficile que les situations sont stressantes et qu'il existe une dysrégulation émotionnelle. Les patients ayant un trouble borderline, utilisent différentes stratégies d'adaptations face à leurs dysrégulations émotionnelles et leurs interactions interpersonnelles (50) :

- Les stratégies d'hyperactivation de l'attachement (50), qui consistent à rapidement se lier avec les autres. Hélas, cela mène souvent à des attachements intenses et inadaptés. De plus, il existe une inhibition de leurs systèmes neuronaux impliqués dans la capacité de jugement et de la fiabilité envers autrui. Ceci a pour conséquence une idéalisation trop rapide de leurs relations, y compris avec le thérapeute et la prise en charge proposée. Le risque apparaît lorsque le patient n'est pas satisfait de la thérapie ou de la relation. En effet, il va rapidement prendre ses distances et ressentir un sentiment d'insécurité qui peut l'amener à être hostile et clivant, voire d'arrêter totalement la thérapie, témoignant d'un défaut de mentalisation. C'est pourquoi, dans la thérapie basée sur la mentalisation, le but est de ne pas proposer une thérapie trop précocement, dans des milieux propices à une hyperactivation de l'attachement, telle qu'une unité d'hospitalisation.
- Les stratégies de désactivation de l'attachement (50), font référence, au contraire, à une prise de distance émotionnelle importante envers les autres. Cette stratégie conduit rapidement à un sentiment d'insécurité envahissant, associé à des cognitions négatives à type de dévalorisation, mésestime de soi.

La thérapie basée sur la mentalisation a donc pour principal objectif de permettre aux patients ayant un TPB, de soutenir le processus de mentalisation dans leurs interactions interpersonnelles, notamment dans la relation avec le thérapeute.

Prenons un exemple pour illustrer cela, retrouvé dans l'article de Bateman et Fonagy publié en 2013, décrivant la thérapie basée sur la mentalisation (50) :

« Une patiente de 26 ans, ayant un TPB a débuté un groupe psycho-éducatif en parallèle à sa psychothérapie individuelle avec un thérapeute formé en MBT.

La séance s'est déroulée de la manière suivante :

Patiente : Je n'ai rien à dire aujourd'hui. Je suis vide.

Thérapeute : Qu'est-ce que ça vous fait d'être assise avec moi dans une séance mais sans rien avoir à dire ?

Patiente : Hum. C'est inconfortable.

Thérapeute : Je peux le voir.

Patiente : Je dois parler ; sinon ce sera pire si vous me regardez

Thérapeute : Y a-t-il eu un événement en particulier aujourd'hui qui explique cela, ou y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour y remédier ?

Patiente : Je me sens mal à l'aise en ce moment et je ne veux plus aller dans le groupe. Je trouve Jenny (une autre patiente) impossible. Elle parle tout le temps et le thérapeute ne lui demande pas de se taire. Au dernier groupe, je suis sortie parce qu'elle n'arrêtait pas de parler, donc c'était une perte de temps que je sois là.

Thérapeute : Pouvez-vous me dire ce que vous ressentiez à ce moment-là ?

Patiente : Le thérapeute du groupe devrait faire quelque chose pour nous aider. Mais Il s'est impliqué uniquement avec Jenny et nous a ignoré. Je me sentais inutile.

Thérapeute : On dirait que nous devons réfléchir à la manière d'amener le thérapeute à faire quelque chose pour changer cela.

Patiente : Je ne vais plus au groupe.

Thérapeute : Avant d'en arriver là, je pense que nous devrions discuter de ce que fait ce thérapeute. »

Le thérapeute, formé en MBT se concentre ici sur la façon dont la patiente exprime son discours, plutôt que son contenu. Il s'intéresse à l'identification des cognitions et émotions de la patiente. Le thérapeute déplace sa propre perception des événements, afin de regarder les événements du point de vue de la patiente. Dans la suite de l'exemple, la patiente exprime sa volonté de mettre fin à cette discussion. Le thérapeute va alors tenter de rembobiner le déroulement de la séance avec la patiente, afin de comprendre le mécanisme ayant conduit à une désactivation du processus de mentalisation. (50) Le thérapeute va alors faire preuve de compréhension et d'humilité et exprimer de l'empathie en prenant en compte les émotions actuelles exprimées par la patiente, telles que l'anxiété ou le sentiment de honte. (50)

Ainsi, la thérapie basée sur la mentalisation (MBT) est une thérapie qui vise à explorer les capacités de mentalisation des patients ayant un TPB, dans un but de les accompagner à soutenir ce processus, particulièrement dans des environnements ou situations peu sécurisantes, souvent source d'anxiété. Le patient va alors progressivement être capable de mentaliser et de diminuer ses mécanismes d'adaptations dysfonctionnels, qu'il a mis en place afin de réguler ses émotions.

II.1.3.4. Psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), est une thérapie structurée spécifique du trouble borderline développé par le professeur Kernberg, psychiatre et psychanalyste américain, à partir des années 80. La PFT se base sur certaines théories psychanalytiques développées par Freud et Mélanie Klein. Le premier concept théorique décrit est celui des relations objectales. D'après Freud, l'enfant présente un conflit entre ses besoins, exigences pulsionnelles inconscientes et les interdits, en partie inconscients, définis par ses parents. Ce conflit naît de l'obligation de l'enfant à préserver l'interdit imposé par ses parents pour garantir la tenue de leurs amours envers lui. (51)

Selon Mélanie Klein, les pulsions de l'enfant se manifestent dans la relation de celui-ci avec un objet spécifique. Et c'est l'ensemble de la pulsion, de son ressenti émotionnelle propre : « le soi » et de l'objet qui vont constituer *des dyades relationnelles objectales*. Néanmoins, les représentations internes du « soi » et de l'objet sont uniquement partielles et dynamiques. En effet, l'enfant va, à travers de multiples expériences émotionnelles, faire une synthèse du « soi » et de l'objet. (51)

Cette représentation-synthèse lui permettra, de construire et d'intégrer une représentation plus réaliste de la réalité. Lorsque l'enfant sera confronté à des événements pénibles, il fera l'expérience de la douleur, de la privation, frustration mais également celles de la réassurance, de la satisfaction. Toutes ses expériences de vie vont être intériorisées et constituent un socle important dans la structure de la psyché de l'être humain. (51) Cependant, dans le cas où l'enfant n'est pas comblé au niveau de ses besoins, qu'il expérimente des émotions négatives d'insécurité, de douleur, et de peur, de manière intenses et répétées, il va réactiver un mécanisme défensif primaire : le clivage. Il y aura, d'un côté, le soi satisfait et aimé et l'objet perçu comme protecteur et comblant ses besoins, et, de l'autre, « le soi » apeuré, souffrant de manière intense. La synthèse de ses représentations se fera de manière séparée. Le but de cette distinction est de protéger les représentations idéalisées et permettre de protéger le « bon soi ». La dyade relationnelle sera partielle et à l'origine de distorsions cognitives plus ou moins importantes. L'objet sera considéré tantôt comme « tout bon » ou « tout mauvais ». (51) Cette construction de la psyché serait à l'origine du trouble de personnalité borderline.

La psychothérapie, focalisée sur le transfert (PFT), va s'intéresser à l'organisation des dyades relationnelles objectales et tenter d'aider le patient, ayant un TPB, à les identifier à travers la relation qui va se créer entre le patient et le thérapeute. Cela se réalisera par le biais de différentes étapes telles qu'une prise de conscience et une analyse des représentations « du soi » et des autres. En effet, les représentations vont se réactiver lors de la thérapie et le rôle du thérapeute sera de les mettre en avant et inciter le patient à s'exprimer davantage sur ses points de vue,

ses diverses prises de positions et les émotions provoquées par certaines situations. (51). Par exemple (51) : Une femme demande à son thérapeute s'il est possible de déplacer l'heure de la prochaine séance. Après vérification, le thérapeute exprime un refus. La patiente se met en colère et lui adresse pleins de reproches. Elle dit détenir maintenant la preuve qu'il ne veut pas d'elle en tant que patiente et qu'il prend même plaisir à la maltraiter. Ici, nous retrouvons une activation d'une représentation du soi frustré, qui est rejeté en relation face à une personne abusive voir sadique. Dans cet exemple, le thérapeute va demander à la patiente s'il est possible qu'ils observent et analysent la situation actuelle. Il lui demande si dans le cas où une tierce personne aurait été présente aurait-elle partager son opinion. Le but recherché est la prise de conscience progressives des représentations de la patiente.

La PFT utilise plusieurs techniques pour cela :

- La clarification : la recherche d'une compréhension plus réaliste des pensées et émotions que la personne ressent dans une situation et à un moment donné.
- La confrontation : exprimer, face à la patiente, ses contradictions retrouvées en entretien.
- L'interprétation : expliquer en quoi, l'acceptation et la reconnaissance de certains aspects contradictoires lui permettent d'accéder à une meilleure compréhension et construction du « soi » (51).

Lorsque le patient commence à prendre conscience de ses propres représentations et de celles des autres, les dyades relationnelles s'assouplissent et les symptômes retrouvés dans le trouble borderline diminuent. L'impulsivité est le

premier symptôme régressant de manière significative, chez une personne ayant un TPB et réalisant une PFT de manière régulière et sérieuse à la fréquence de deux séances par semaine. Nous retrouvons également une meilleure capacité dans la gestion de leurs émotions. La PFT est une thérapie qui dure entre 4 et 5 ans (51).

En conclusion, la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est une thérapie structurée et spécifique du TPB, qui a pour objectif la modification de la structuration de la personnalité limite. En effet, les changements attendus ne se limite pas aux comportements, mais permettent une modification en profondeur de la personnalité, à travers la relation entre le patient et le thérapeute. La PFT, permet aux patients de prendre conscience de ses représentations (lui-même et des autres) et les aident à rendre leurs dyades relationnelles plus souples et supportables. Cela entraîne une amélioration des relations interpersonnelles et une meilleure gestion émotionnelle. (51)

II.2. Psychoéducation dans le trouble Borderline

II.2.1. Définition de l'éducation thérapeutique

L'OMS définit en 1996 (52) l'éducation thérapeutique, comme étant un processus continu, avec pour objectif de venir en aide aux patients, en leur permettant d'acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer, au mieux, leur vie avec une maladie chronique. On retrouve ainsi, deux principaux objectifs, le premier étant l'acquisition et le maintien de compétences d'auto-soins, comprenant le soulagement des symptômes et l'autosurveillance, majoritairement.

Le second, est la mobilisation ou acquisition d'adaptation en fonction du vécu de chaque patient et en y incluant des compétences psychosociales.

Plusieurs étapes pour la mise en place d'un programme d'ETP sont décrites :

- Établir un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique
- Planifier des séances d'ETP individuelles ou collectives
- Faire des évaluations de compétences acquises

En 2009, la HAS établit la loi HPST(53), encadrant l'ETP, qui comprend une obligation de s'intégrer dans un parcours de soin d'une maladie chronique. Le programme d'ETP se doit, également, de répondre à un besoin de santé publique, avec des objectifs nationaux évalués par la HAS, sur prescription médicale. On y retrouve également l'obligation de réaliser un programme personnalisé et que les soignants concernés soit formés de 40 heures minimum à l'éducation thérapeutique.

Le terme psychoéducation est défini dans la littérature (54) comme étant une intervention didactique et psychothérapeutique, dont le but est d'informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et mettre en avant les capacités pour y faire face. Il existe, depuis de nombreuses années, différents programmes d'éducation thérapeutique, concernant certains troubles psychiatriques. D'après une étude de 2013(55), concernant les pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie, enquête réalisée auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine, il existe un décalage entre le nombre de psychiatres ayant des pratiques éducatives au quotidien, auprès de leurs patients (plus de 85%), et, ceux, leur proposant de suivre un programme d'ETP (moins de 15%).

La plupart des programmes d'ETP, étaient destinés aux patients ayant un trouble bipolaire ou souffrant de schizophrénie. Parmi les programmes existants, nous pouvons citer le programme SOLEDUC dans la schizophrénie, le programme de C.Gay(56) (Gay et Cuche en 2006) concernant le trouble bipolaire, mais également, pour la dépression, le « programme Coping with Dépression (57) (19) ». Existe-il des programmes d'ETP destinés aux patients ayant un trouble borderline et sont-ils utilisés à travers le monde et particulièrement en France ?

II.2.2. Place de la psychoéducation dans le trouble Borderline

Pour tenter de répondre à ses questions, nous allons, dans un premier temps, présenter une revue de la littérature non systématisée concernant l'application de l'ETP dans le TPB. Les articles cités ont été recherchés dans différentes bases de données telles que PubMed, et PsycINFO, à partir des mots clefs suivants :

« Psychoéducation » and « Borderline personality disorder ». Cette synthèse est réalisée sous forme de questions / réponses afin de mieux comprendre les objectifs et enjeux des programmes d'ETP dans le trouble borderline. La première interrogation des auteurs a été la suivante :

Un programme d'ETP permet-il de mettre en évidence une diminution de la gravité des symptômes ?

Dans une étude randomisée de 2008(59) au E.U (M.C Zanarini), un programme de psychoéducation a été spécialement conçu pour l'étude, durant 12 semaines, à la fréquence d'une séance par semaine. L'échelle d'évaluation de Zanarini (Zan PBD) a été utilisée pour apprécier l'évolution des symptômes. Concernant le nombre de sujets,

30 personnes ont reçu le programme d'ETP, et 20 l'ont reçu après 3 mois. Les résultats de l'étude montrent une réduction significative de l'impulsivité générale (prenant également en compte les gestes suicidaires) dans la semaine suivant l'annonce du diagnostic et, une amélioration des relations interpersonnelles. Ce qui nous amène à la 2^{ème} interrogation :

Un programme d'ETP permet-il une amélioration du fonctionnement psychosocial ?

Dans l'étude randomisée de M.C Zanarini (60) en 2018, un programme d'ETP sur le web, a été réalisé pour une durée d'un an. Les résultats montrent, à la fois une baisse significative de l'impulsivité, mais, également, une amélioration du fonctionnement psychosocial. Nous retrouvons également dans cette étude une baisse des symptômes globales du TPB. Ces résultats suggèrent, de surcroît, qu'un programme d'ETP à long terme, sous cette forme, est efficace jusqu'à un an.

Mais qu'en est-il des perceptions subjectives des patients ayant un TPB ?

Dans une étude qualitative en 2021, en Norvège(61), (Ditlefsen et al), un programme d'ETP s'inspirant de la thérapie basée sur la mentalisation a été réalisé. On retrouve une baisse du sentiment de solitude et de honte ressenti par les patients, une meilleure compréhension de la perception et ressenti de l'autre. Les patients décrivent également un sentiment d'espoir de surmonter « de telles difficultés de personnalité », mais aussi, une meilleure connaissance de soi, ainsi qu'une baisse de l'anxiété et une amélioration de l'alliance thérapeutique.

En Finlande, en 2021(62) (Koivisto et al), une étude est réalisée concernant la perception des participants ayant un trouble borderline après avoir assistés à un programme d'ETP, en groupe, à long terme. Les patients ont assisté à 40 séances de 2h, hebdomadaire, sur 1 an, basées sur la thérapie des schémas. Trois domaines de changements ont été identifiés. Le premier, concerne l'amélioration de la capacité à d'identifier ses émotions et les mécanismes cognitifs responsables. Le second, est la diminution des réactions émotionnelles inadaptées et l'émergence de réponses adaptées. 50% des participants ont décrit une amélioration de leurs relations interpersonnelles et de leur capacité à interpréter, de manière plus nuancée les situations difficiles. 50% ont dit également avoir acquis une meilleure compréhension d'eux même. Enfin, le dernier domaine de changement identifié est une nouvelle expérience plus adaptative de soi : être à l'écoute de ses besoins, prendre soin de soi pour soi, associé à l'impression d'être plus authentique, avec la mise en place d'actions, par la suite, en cohérence avec cette nouvelle expérience. Le fait d'agir en fonction de ses opinions et être dans l'affirmation de soi.

Les facteurs perçus comme utiles par les patients concernent le fait d'acquérir de l'information sur le développement du trouble borderline, une impression de mieux organiser ses pensées et émotions. La psychoéducation est perçue comme moteur de changement et apporte un sentiment d'espoir. On retrouve également une diminution du sentiment d'anormalité, de solitude et de dévalorisation.

Quels bénéfices de l'implication des proches dans un programme d'ETP ?

D'après une revue de littérature de 2021, réalisée en Espagne(63) (Guillén et al), les proches décrivent une amélioration de leurs connaissances sur le TPB. Ils évoquent également une amélioration du bien-être de la famille ainsi qu'une diminution des conflits au sein de celle-ci. Les proches rapportent également une amélioration de la gestion des périodes de crises. Une réduction de la stigmatisation et une amélioration des relations interpersonnelles est aussi objectivée.

Quelles limites peuvent avoir cette implication des proches ?

Les principales limites, retrouvées dans la plupart de ces études, sont la non prise en compte des comorbidités psychiatriques graves (gestes suicidaires répétés et graves, toxicomanie sévère), la sévérité des symptômes et le nombre peu important de suivis au long terme. Nous pouvons également retrouver, comme limite dans l'étude de Zanarini en 2018, le recrutement qui concerne uniquement des jeunes femmes ayant un TPB.

II.2.3. Programmes d'ETP existants

Depuis 20 ans, le centre du Faubourg St-Jean au Québec(64), spécialisé dans la prise en charge des troubles sévères de personnalité, propose un programme de psychothérapie (ETP) en individuelle et en groupe pour les patients atteints d'un TPB, ainsi que des groupes d'informations pour les proches. Le programme d'ETP pour les patients ayant un TPB a été conçu, en intégrant la thérapie dialectique comportementale de Linehan (1993), la psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg (Clarkin et al, 1999) et la thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy (Bateman et Fonagy 2001). La durée du programme est de 3 ans. Les six premiers

mois ont pour objectif la reconnaissance et l'autogestion du TPB. Le profil des patients hospitalisés au Faubourg-St-Jean a nettement évolué en dix ans. La plupart des personnes hospitalisées étaient des femmes entre 25 et 40 ans et présentant un trouble de personnalité limite.

Aujourd'hui, la clinique regroupe plus d'hommes et de patients ayant un diagnostic de troubles narcissiques et schizotypiques. Nous passons d'une occupation stable, de 33 lits, d'une durée moyenne de 40 jours d'hospitalisation, à une occupation stable de 7 à 9 lits, avec une durée de 8 jours d'hospitalisation en moyenne. Le centre universitaire de santé McGill à Montréal au Canada offre des soins à court et long terme, aux patients ayant un trouble de personnalité borderline. Le programme ETP, destiné spécifiquement aux patients ayant un TPB, a pour but d'améliorer leur qualité de vie en apportant des stratégies de régulations émotionnelles, leur permettant d'expérimenter de nouvelles attitudes et comportements, de diminuer l'impulsivité et les gestes auto-agressif, afin de regagner progressivement un sentiment de maîtrise de soi et de pouvoir sur sa vie. Il comprend un volet de psychothérapie individuelle et un volet de psychothérapie collective. Le programme ETP est défini pour une durée de 12 semaines. En revanche, pour les personnes rencontrant des difficultés majeures, il existe un programme, par sessions de 6 mois pouvant aller jusqu'à 2 ans. Le programme ETP a, lui aussi, une approche intégrative, associant la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie dialectique comportementale.

En France la plupart des programmes ETP sont destinés aux patients ayant une schizophrénie, ou aux parents et enfants ayant un trouble du spectre autistique

(TSA). Il existe également un programme ETP concernant les patients souffrant de troubles psychiques stabilisés, associé à une consommation de toxiques.

Concernant le trouble borderline, nous retrouvons un seul programme d'ETP, destiné spécifiquement aux patients adultes ayant un TPB. Il a été conçu et autorisé en 2020, par l'équipe du Dr Grandsire au centre hospitalier de Rouvray, au sein de l'unité fonctionnelle d'éducation thérapeutique (6). L'équipe comprend un médecin référent, une psychologue clinicienne formée en EMDR et TCC, une IDE formée aux techniques de sophrologie, une IDE et une aide-soignante expérimentées en dispensation ETP. Les aidants ne sont pas pris en compte dans ce programme. Les patients bénéficiant du programme ont en moyenne 26 ans. Ce programme concerne tous les patients qui habitent sur la seine maritime et majoritairement sur le territoire de Rouen. Il est adapté à la précarité, car il favorise la communication avec les équipes soignantes et les assistantes sociales. En 2021, 18 nouveaux patients ont intégré le programme. Il y a 14 patients en attente pour le programme de 2022. Ce programme se compose de 25 séances prévues initialement, mais, pouvant aller jusqu'à 31 séances. Ces dernières s'effectuent soit en groupe, soit en individuelle. Le contenu du programme s'appuie sur la thérapie des schémas de Young et la thérapie dialectique comportementale de Linehan principalement. Les effets du programme sur le nombre d'hospitalisation seront étudiés sur 4 ans.

L'enquête réalisée auprès des patients ayant participé à ce programme nous montre, la satisfaction unanime des participants, ayant acquis une meilleure connaissance du TPB et une meilleure compréhension de leurs fonctionnements. Les participants ont décrit une difficulté concernant le début de la gestion des émotions et

expriment leurs besoins d'être accompagnés. Une enquête auprès des médecins va être réalisée pour une analyse plus fine des effets du programme ETP.

Focalisons-nous maintenant sur le contenu d'un programme d'ETP.

II.2.4. Modèle d'un programme d'éducation thérapeutique

Focalisons-nous sur le travail de mémoire réalisé par Natalie Martin (65) en 2012. Elle réalise une étude pilote, d'un groupe d'ETP, chez des patients ayant un TPB. Pour ce faire, un programme d'ETP est élaboré en s'inspirant de deux programmes existants : le programme de la clinique St-jean au Québec, au Canada et le programme du Dr Rémy Klein et son équipe, au centre médico-psychologique de Toulouse, en France. Le programme d'ETP réalisé se compose de 4 séances de groupes, bimensuelles de 45 minutes, sur une période de 2 mois. L'équipe médicale compte deux professionnels de santé : un interne de psychiatrie et une infirmière du centre médico-psychologique. Le support sur lequel été dispensé les séances était un diaporama Power Point. Le nombre de patients inclus dans l'étude est au nombre de trois, et comprend exclusivement des femmes d'âge moyen de 37 ans. La particularité de ce programme d'éducation thérapeutique est, qu'il a été conçu dans le respect des recommandations de bonnes pratiques du guide intitulé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (HAS-INPES 2007), et de la législation française (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 2009).

Le contenu du programme d'éducation thérapeutique comprend quatre objectifs principaux :

1. Connaitre le trouble Borderline
2. Lutter face à la stigmatisation
3. Apprendre à mieux gérer ses pensées, émotions et comportements
4. Apprendre à prévenir les moments de difficultés et à agir en conséquence.

Chaque patient a préalablement réalisé un diagnostic éducatif et un programme personnalisé de soin a été élaboré. Les patients étaient revus par l'interne, individuellement, deux semaines après la dernière séance de groupe. Cela permettait au patient de faire le bilan de ses acquis en termes de connaissances et compétences. Leurs impressions subjectives ont été également recueillies.

	Objectifs des séances	Points abordés
Séance 1 : Présentation du trouble	<ul style="list-style-type: none"> • Définir personnalité et trouble de la personnalité • Définir le trouble de personnalité limite 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs du groupe • Règles du groupe • Définition d'un trouble de personnalité • Présentation des symptômes du trouble de personnalité limite
Séance 2 : Facteurs psychologiques, environnementaux et neurobiologiques	Lutter contre la stigmatisation du trouble en comprenant ses origines.	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothèses • Facteurs psychologiques • Facteurs génétiques • Facteurs biologiques • Facteurs neuro-anatomiques
Séance 3 : Les situations de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à prévenir les moments de difficultés • Apprendre à agir en conséquence • Mieux gérer ses pensées, émotions et comportements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'une crise • Facteurs de vulnérabilité, de stress • Stratégies de survie pendant une crise
Séance 4 : Quels traitements dans le trouble de personnalité limite ?	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les différentes prises en charge du trouble • Quels sont les recours possibles ? • Connaître l'évolution du trouble 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie • Traitement médicamenteux • Hospitalisation • Évolution du trouble

Tableau 1 : Programme d'éducation thérapeutique élaboré pour l'étude de 2012 (N. Martin).

Pour conclure, nous avons pu mettre en évidence l'importance de la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du trouble de la personnalité borderline. En effet, ceux-ci permettent une baisse de l'impulsivité globale, comprenant les gestes d'automutilations et suicidaires. De plus, le fonctionnement psycho-sociale est amélioré et les patients expriment une meilleure compréhension de leur fonctionnement. Cela est rendu possible à travers des objectifs prédéfinis comprenant l'acquisitions et le maintien de compétences d'auto-soins. Pour ce faire, il est essentiel de faire intervenir des stratégies de régulation émotionnelle, enseignées en psychothérapie et particulièrement en TCD. Ainsi, comme vu préalablement, nous comprenons l'importance d'incorporer dans un jeu thérapeutique un volet dédié à la psychoéducation. Par le biais de son aspect ludique et divertissant, il permettra de fournir les informations nécessaires concernant le TPB, sa prise en charge et l'enseignement de compétences d'auto-soins.

Section III : Modalités d'un jeu de société pour les patients ayant un trouble Borderline

III.1. Architecture du jeu de société : « Guide Your Mind »

III.1.1. Généralités

Le jeu « *Guide Your Mind* » est un jeu de société thérapeutique spécifique au trouble borderline. C'est un jeu de rôle, à choix narratif. Cela signifie qu'il contient une narration et des choix multiples que le joueur devra réaliser afin de terminer la partie. Le thème global du jeu correspond à un univers imaginaire, fantastique dans lequel le joueur va évoluer et devoir remporter différentes quêtes proposées par le jeu. Pour cette première version du jeu, il y aura un joueur unique. Celui-ci, sera accompagné d'un soignant, faisant office d'instructeur de quête, qui interagira avec lui tout le long de la partie. Ceci s'explique pour des raisons de simplifications concernant l'élaboration du jeu. Pour la réalisation du scénario de « *Guide Your Mind* », j'ai collaboré avec Jade Jaspard, nom d'auteur : Arria Romano, écrivaine française, auteure de nombreux romans historiques tels que : *Les Louves de Rome*, *Amour à Mort*, *Autumn*.

Concernant l'aspect thérapeutique, j'ai collaboré avec Jeanne Danel, diplômée d'un Master de Psychologie à l'université de Lille, spécialisée en thérapie cognitives, comportementales et émotionnelles (TECC), travaillant actuellement en tant que psychologue coordinatrice du dispositif d'évaluation des maladies de l'humeur et de leur traitement (DEMHETER) au Centre Hospitalier de Lille.

Le jeu « *Guide Your Mind* » a pour principal objectif de tenter de permettre aux patients, présentant un Trouble de la Personnalité Borderline (TPB), d'acquérir des compétences de gestion émotionnelle et de bénéficier d'un entraînement aux habiletés sociales décrites dans la thérapie dialectique comportementale (TCD) de Linehan. En effet, le jeu « *Guide Your Mind* » a été inspiré, en grande partie, du manuel d'entraînement aux compétences TCD-2^{ème} édition de Linehan (66). De plus, une partie entière du jeu a été développée à visée psychoéducative, concernant le TPB. Un travail en amont concernant l'élaboration des règles et des différents mécanismes du jeu a été réalisé sur une période d'un an. Je me suis inspiré de plusieurs jeux existants tels que : « *Unlock* » ou bien « *Donjon et Dragon* ».

Nous allons, dans un premier temps, nous focaliser sur l'univers du jeu, ses règles et objectifs. Dans un second temps, nous nous pencherons sur les différents outils, matériel du jeu et leurs objectifs ludiques et thérapeutiques. Enfin, nous tenterons de définir ses limites, et le rôle des soignants.

III.1.2. Règles du jeu et objectifs

Les règles du jeu ont été conçues en se basant sur de nombreuses règles de jeux célèbres, tels que : les échecs, la belote, le jeu de sept familles (67).

Les thèmes récurrents retrouvés dans la plupart des jeux de société sont :

- a) La liste du matériel
- b) Le déroulement d'une partie
- c) Les objectifs du jeu et conditions de victoire

C'est, à partir de ces observations, que nous allons détailler la description des règles du jeu « *Guide Your Mind* » telle qu'écrite dans le jeu. Il est important de noter que les règles du jeu seront définies dans une **fiche annexe** du carnet du joueur.

Voici les règles du jeu « Guide Your Mind » :

III.1.2.1. Liste du matériel

Le jeu comprend :

- Un plateau de jeu incluant 3 emplacements pour y placer les différentes cartes correspondantes (*cartes « Défi », cartes « Soutien » et cartes « Maitrise »*)
- 4 types de cartes :
 - Cartes « Choix »
 - Cartes « Défi »
 - Cartes « Soutien »
 - Cartes « Maitrises »
- Un carnet du joueur



Illustration 2 : Prototype du plateau de jeu : « Guide Your Mind »

III.1.2.2. Déroulement d'une partie

Prenez le carnet du joueur, et débutez votre première partie, après avoir lu le chapitre 1 : « ELAGON ». Vous allez débiter votre première quête, à travers le chapitre 2 « Une mystérieuse montgolfière ». Chaque chapitre est divisé en plusieurs scènes, correspondant à une étape de votre quête. A la fin de chaque scène, « votre carnet du joueur » vous indiquera les 4 « cartes choix » à piocher correspondantes. Après avoir étalé sur votre plateau les quatre cartes, vous allez devoir en choisir une. Ce choix est définitif. Ces cartes détermineront la suite de votre scénario de quête : vous êtes le maître de votre destinée. Ensuite, votre « carnet du joueur » vous indiquera si des « cartes « défi » sont à piocher en fonction de votre carte choix

sélectionnée. Les cartes « Défi », correspondent à une action à réaliser avec votre instructeur de quête. A chaque carte « Défi » réalisée, placez-la dans l'emplacement correspondant. Vous pouvez réutiliser une carte « Défi » de votre emplacement quand vous le voulez mais seulement une fois. Il faudra défausser la carte par la suite. A n'importe quel moment de la partie, vous pouvez demander l'aide de votre instructeur de quête à travers les cartes « soutien ». Mais, prenez garde, vous en avez uniquement 3, utilisez-les aux bons moments.

III.1.2.3. Objectif du jeu et conditions de victoire

L'objectif est de remporter un minimum de 25 points d'Expérience (EXP), à travers la réalisation de vos actions indiquées dans vos cartes « Défi » sélectionnées. Relevez le défi, en vous dépassant au fil des parties. A chaque point d'EXP remporté, notez-le dans le chapitre « Point d'expérience » de votre « Carnet du joueur », puis calculez le total en fin de quête.

III.1. 3. Description du déroulement des séances

Chaque séance se focalisera sur un chapitre décrit dans le « carnet du joueur » qui correspondra à un thème spécifique secondaire, découlant de l'histoire globale du jeu. L'objectif est de mettre en situation le patient ayant un TPB. Le patient devra, à chaque séance, réaliser des choix proposés par le jeu, qui conditionneront la suite du scénario. Cependant, à la différence d'un jeu de rôle classique où le patient a une totale liberté de ses réponses, le patient sera amené à faire des choix prédéfinis par le jeu. Le but est de pouvoir maintenir un cadre sécurisant pour le patient, tout en lui

permettant de se sentir libre dans ses choix. De plus, cela ajoute un côté ludique et apporte un sentiment d'évasion à travers le scénario établi.

Une séance se déroule en 3 parties :

1. Lecture du scénario et réalisation des différents choix et actions proposées par les cartes « choix » et « défis » : objectifs thérapeutiques d'enseignements aux compétences en TCD.

2. Pioches des cartes « Maitrise » en fin de scénario : objectifs de psychoéducation concernant le TPB.

3. Debrief avec le soignant sur les différents aspects du jeu.

La durée d'une séance ne devra pas dépasser une heure

III.2. Matériel du jeu « Guide Your Mind »

III.2.1. Le « Carnet du joueur »

Le carnet du joueur correspond à un guide du jeu destiné au joueur. Il est composé de différents chapitres comportant le scénario global du jeu, son univers ainsi que les différentes quêtes que le joueur devra effectuer. De plus, le carnet du joueur comprend des outils complémentaires aidant à la réalisation de certaines cartes « Défi » ainsi que des fiches annexes. Chaque chapitre sera accompagné d'illustrations.

Actuellement, voici les chapitres créés pour ce projet de thèse. Leurs contenus seront détaillés par la suite :

- Chapitre 1 : nommé « ELAGON » correspond à l'histoire globale du jeu
- Chapitre 2 : nommé « Une mystérieuse montgolfière », correspondant à la première quête du jeu, focalisée sur la relation de couple.

Voici les fiches « outils » créées à partir du manuel d'entraînement aux compétences TCD de M. Linehan (66) et du livre « Borderline, cahier pratique de thérapie à domicile » du Dr Déborah Ducasse (68) :

- **Les cinq émotions primaires(68) :**

1. **La colère** (face contractée, tensions musculaires, palpitations, respiration accélérée) : désigne un sentiment de frustration face à une situation perçue comme injuste et/ou interférent avec la satisfaction de nos désirs. Elle permet de défendre nos droits, de nous donner l'énergie nécessaire pour lutter face à l'injustice.
2. **La tristesse** (face relâchée, abaissement du rythme cardiaque, profond soupirs) : signale une perte (d'une personne ou de quelque chose), une séparation, un manque, un échec. Elle permet un retour à son état de base pour accepter le manque actuel. Permet de se recentrer sur soi, d'être

davantage à l'écoute de ses besoins, en vue de développer de nouvelles stratégies et de trouver du soutien social.

3. **La peur** (tremblements, sueurs, diarrhée, nausées, difficultés respiratoires) : averti d'un danger réel ou imaginaire. Elle permet d'augmenter sa vigilance et de mettre en place des stratégies de défenses dans cette situation. Il existe deux réactions possibles : affronter ou fuir, en vue de survivre face à un danger réel. Différente de l'anxiété, où le danger est appréhendé mais absent.

4. **Le dégoût** (bouche fermée, lèvres pincées, paumes vers l'extérieur, nausées) : évoque un rejet mental ou physique. Il permet de mettre à distance ce qui semble nocif / délétère pour soi.

5. **La joie** (sourire, palpitations, respiration lente et ample) : signal d'une situation plaisante ancrée dans le moment présent, redonne de l'énergie pour le partage avec l'autre et la réalisation de ses propres activités.

- **Tableau 2 : Enregistrement des pensées automatiques (66)**

Pensées automatiques	Faits qui soutiennent la pensée automatique	Faits qui contredisent la pensée automatique

- **Tableau 3 : Evaluation de la pertinence et l'intensité d'une demande ou d'un refus (66)**

Basse intensité (lâcher prise, accepter)	
Demander	Dire non
Ne pas demander ; ne pas insinuer.	1. Vous faites ce que les autres veulent sans qu'ils vous le demandent.
Insinuations indirectes ; vous acceptez le refus.	2. Vous ne vous plaignez pas ; vous le faites avec bonne volonté.
Insinuations directes ; vous acceptez le refus.	3. Vous le faites, mais à contrecœur.
Vous demandez timidement ; vous acceptez le refus.	4. Vous le faites, en montrant que vous n'avez pas envie de le faire.
Vous demandez poliment ; mais vous acceptez le refus.	5. Vous dites que vous ne préférez pas le faire, mais le faites néanmoins.
Vous demandez d'un ton confiant ; vous acceptez le refus.	6. Vous dites non d'un ton confiant, mais reconsidérez la question.
Vous demandez d'un ton confiant ; vous n'acceptez pas le refus.	7. Vous dites non d'un ton confiant ; vous maintenez votre refus.
Vous demandez fermement ; vous n'acceptez pas le refus.	8. Vous dites non fermement ; vous maintenez votre refus.
Vous demandez fermement ; vous insistez ; vous négociez ; vous revenez à la charge.	9. Vous refusez fermement ; vous résistez ; vous négociez ; vous maintenez votre position.
Vous demandez et n'acceptez pas le refus.	10. Vous ne le faites pas.
Intensité élevée (rester ferme)	

Annexes créées :

- Annexe 1 : Les règles du jeu
- Annexe 2 : Annotation des points d'expériences
- Annexe 3 : Courbe d'évolution des points d'expériences au fil des séances
- Annexe 4 : Ressources personnelles :

Le joueur devra noter les cartes « Défi » accumulées et non défaussées lors de la séance, afin de les replacer sur le plateau au début de la séance suivante.

III.2.2. Les cartes « choix »

Les cartes « choix » correspondent, aux différentes cartes que le joueur, aura à piocher après avoir lu le scénario décrit dans le chapitre correspondant, situé dans le carnet du joueur. Pour l'écriture des cartes « choix » j'ai collaboré avec Jade Jaspard, écrivaine française avec qui j'ai eu de nombreux entretiens, au cours duquel nous avons discuté du trouble Borderline, de ses symptômes et de la manière dont nous allons aborder la création des cartes « choix ». Nous avons, dans un premier temps, décidé de ne pas attribuer de « genre » masculin ou féminin aux personnages fictifs et au joueur. En effet, cela a été fait volontairement pour permettre une identification plus forte et une immersion plus importante dans le jeu de la part du joueur. En effet, les cartes « choix » seront des cartes illustrées avec le texte correspondant au choix à réaliser. Le but est de permettre au joueur de vivre une expérience immersive et ludique, augmentée par l'illustration. En fonction des cartes « choix » piochées, le patient devra parfois piocher des cartes « défi » et continuer le scénario à l'endroit indiqué dans le carnet du joueur. Les cartes « choix » seront décrites dans le paragraphe : scénario et algorithme.

III.2.3. Les cartes « défi »

III.2.3.1. Définition et objectifs thérapeutiques

Les cartes « défi » sont des cartes que le joueur sera amené à piocher après avoir sélectionné une carte « choix ». Elles représentent des actions que le joueur devra effectuer pour remporter la partie. Leur objectif principal est de permettre au patient d'acquérir et/ou de renforcer des compétences de gestion émotionnelle et d'habiletés

sociales comprises dans les différents modules décrits à travers la thérapie dialectique comportementale. C'est à partir du manuel d'entraînement aux compétences en TCD de Linehan dont nous nous sommes inspirés pour la réalisation des cartes défis. Jeanne Danel, psychologue au CHU de Lille, m'a aidé dans la réalisation des cartes. En effet, sa formation en thérapie-cognitivo-comportementale et son expérience clinique, m'ont permis de pouvoir reprendre certains concepts issus de la TCC et de les rendre pédagogiques dans les cartes du jeu. Un enjeu important dans la création de ce jeu fut de rendre accessible les modules de TCD et de proposer un contenu aisé à comprendre. La création de « Guide Your Mind » a nécessité de mettre en application, la théorie du « Flow » évoqué plus haut. En effet, les actions retrouvées dans les cartes « défi » ont été pensées pour être accessibles à tous en termes de compréhension et réalisation, pour ne pas faire naître de sentiment de frustration et d'échec au joueur. Cependant, suffisamment stimulantes, pour faire appel à la concentration et la mobilisation de ses ressources. Ainsi, un travail de sélection et de simplification des compétences en TCD a été réalisé.

III.2.3.2. Listes des cartes « défi »

Nous allons détailler et définir les objectifs thérapeutiques des cartes « défi » réalisées et incorporées dans la première quête du jeu. Les cartes « défi » sont classées en fonction des différents modules de TCD, permettant une meilleure compréhension de leurs objectifs :

- **Module de régulation émotionnelle**

Renvoie aux compétences de gestion émotionnelle qui se manifestent dans des situations moins intenses comparativement au module « tolérance à la détresse »

- Carte 1 : Exercice d'analyse des émotions

Quelles émotions avez-vous ressenties lors de cette situation ? (+3points EXP)
Cela correspond-il à la description visible sur la fiche outil : « émotion primaire » (+5 points EXP)

- Carte 2 : Métaphore du sable mouvant(69) (concernant le fait de se débattre face à la peur et le stress qui s'empare de nous dans certaines situations)

Imaginez que vous êtes au milieu de sables mouvants, quelle est la meilleure attitude à adopter pour vous en sortir ? (+5 points EXP). Réponse attendue : Le fait de se débattre aurait tendance à accentuer la pression exercée sur le corps et à s'enfoncer davantage. Paradoxalement, le meilleur moyen de s'en sortir serait de s'allonger, de lâcher prise dans les sables afin de diminuer la pression sur le corps.

- Carte 3 : Exercice de pleine conscience (exercices d'appréciation) (70)

Durant cette journée, quelles sont les choses que vous pourriez apprécier ou que vous conseilleriez à quelqu'un d'apprécier ? Choisissez-en une (exercice réalisé + 5points EXP). Fermez les yeux et retrouvez ce que vous pouvez ressentir de plus agréable, appréciez ce sentiment et prenez le temps de le développer. Évaluez la qualité de votre plaisir et de votre aptitude à apprécier, sur une échelle de 0 à 100. 0 : pas de plaisir ressenti. 100 : plaisir maximal

- Carte 4 : Exercice de pensées alternatives

Sélectionnez une pensée négative vous concernant qui est survenue dans cette situation ?

Quelle pensée, plus rationnelle, serait-il possible de générer afin de prendre du recul sur cette pensée négative ?

Exemples : Je me sens inutile, je suis nulle -> je suis là pour mes amis, on m'a déjà remercié pour un service rendu, mon émotion actuelle me définit pas et je vais réfléchir à ce que je peux mettre en place pour améliorer les choses. Si pensée alternative réussie -> 5 points d'expériences

Si vous avez des difficultés à réaliser le défi, prenez la fiche outil « tableau d'enregistrement des pensées automatiques » et remplissez-la, vous pouvez vous faire aider de votre instructeur de mission. A la fin, vous pouvez tenter de recommencer l'action. (+ 3 points EXP)

- Carte 5 : Exercice de comportement alternatif : « agir à l'opposé »

Un des comportements à adopter lorsque la situation ne le justifie pas est d'agir exactement à l'opposé de ce que nous dictent nos pensées et émotions. Si vous activez cette compétence, recommencez votre choix, sinon défaites la carte. (+5 points EXP)

- **Module Tolérance à la détresse**

Correspond à une détresse émotionnelle intense : situation généralement de crise suicidaire

- Carte 6 : Exercice de cohérence cardiaque

Icone chronomètre en haut à gauche de la carte (1min écrit à l'intérieur).
Étendez vos bras le long de ton corps, posés sur vos genoux. Inspirez profondément durant 5 secondes et expirez de la même manière. Si tu vous avez du mal, votre instructeur peut le faire avec vous. (+ 5 points EXP)

- Carte 7 : Balance décisionnelle

Comparez les avantages et inconvénients de résister à la détresse et de la tolérer, concernant les différentes options qui s'offrent à vous ?
Si cela est difficile pour vous, évoquez un exemple où vous avez dû réaliser cette technique. (+ 5 points EXP)

- Carte 8 : Exercice de Jacobson simplifié (Exercice du bras droit)

Fermez énergiquement votre poing droit et étirez tout votre bras droit en contractant bien les muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule. Maintenez cette contraction mais tout en gardant les autres parties de votre corps bien détendues. Restez ainsi durant 15 secondes, puis, relâchez progressivement votre bras droit. Notez bien la différence entre la sensation de tension présente au niveau du bras droit au moment où il était contracté et la sensation de détente que vous ressentez maintenant. (+ 5 points EXP)

- **Module d'efficacité interpersonnelle**

But de permettre aux patients ayant un trouble de la personnalité borderline de rendre leurs relations avec les autres plus stables et harmonieuses.

- Carte 9 : Compétence DEAR MAN simplifiée (exercice d'affirmation de soi)

Réalisation d'un jeu de rôle avec votre instructeur. Votre défi sera :

- **D'exposer** clairement la situation à votre interlocuteur
- **D'exprimer** ensuite clairement votre opinion sur celle-ci
- **D'affirmer** ensuite votre souhait

Prenez un temps avec votre instructeur de quête pour valider la bonne compréhension des objectifs. Piochez la carte 10 et demandez à votre instructeur de piochez la carte 11.

- Carte 10 : Jeu de rôle (1)

Vous travaillez depuis trois ans dans une entreprise d'immobilier, vos rapports de performances sont positifs, mais, malgré tout, vous n'avez jamais eu d'augmentation contrairement à certains de vos collègues. Vous décidez de vous entretenir avec votre patron pour lui exprimer votre désir d'avoir une augmentation. Exprimez-vous : (+ 5 points EXP).

- Carte 11 : Jeu de rôle (2) – Carte destinée à l'instructeur du jeu

Répondez : « Je comprends votre demande, elle sera étudiée lors de notre prochaine réunion budget du mois prochain »

Réponses adaptées du joueur :

1^{er} objectif : Je travaille ici depuis trois ans sans avoir été augmenté, malgré le fait que mes rapports de performance soient positifs

2^{ème} objectif : Il me semble que je mérite une augmentation. De plus, cela serait plus équitable à l'égard de mes collègues.

3^{ème} objectif : Ainsi je me présente devant vous pour vous demander si cela serait possible que je sois augmenté

Demandez au joueur son ressenti concernant ce jeu de rôle. Validez ses émotions et encouragez-le pour la suite du jeu. 2 points d'expériences par objectif atteint.

- Carte 12 : Compétence de respect de soi

Évaluez votre intensité à « dire non » dans cette situation. Aidez-vous du **Tableau d'évaluation de la pertinence et l'intensité d'une demande ou d'un refus**, situé dans votre carnet du joueur. (+ 3points EXP). Pensez-vous qu'il faille la diminuer ou l'augmenter ? Listez-les avantages/inconvénients du refus. (+3 points EXP)

III.2.4. Les cartes « Maitrise »

III.2.4.1. Définition et objectifs thérapeutiques

Les cartes maîtrise s'intègrent dans la lignée de la psychoéducation du trouble limite (symptômes et prise en charge) et apportent des notions diverses notamment sur l'affirmation de soi et la régulation émotionnelle. Elles seront à piocher à chaque fin de quête par le joueur. Leurs créations s'est réalisées à partir du manuel d'entraînement aux compétences de TCD, M. Linehan, le livre « Cahier pratique de thérapie à domicile » du Dr Ducasse et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (DSM-5).

III.2.4.2. Liste des cartes « Maitrise »

- Carte 1 : Le sentiment de vide

« La difficulté à exprimer, expérimenter et comprendre ses émotions peut générer de l'ennuie et une solitude intense qui se traduit souvent par un sentiment de vide chronique »

- Carte 2 : Le tout ou rien

« Avec moi c'est blanc ou noir, soit j'aime, soit je n'aime pas, il n'existe pas de justes milieu ». Parfois ces pensées automatiques altèrent nos relations aux autres. Le but est de trouver la zone grise intermédiaire, propice à une relation stable.

- Carte 3 : Peur de l'abandon

La peur de l'abandon, se manifeste souvent lorsqu'on a vécu une séparation pénible d'un être cher, où le sentiment de rejet a été intense. Notre peur d'être abandonné peut nous amener à nous lier trop vite à quelqu'un ou bien s'en éloigner précipitamment.

- Carte 4 : Trouble de l'identité

Les difficultés à partager son vécu, ses pensées et émotions à l'autre participe à un questionnement sur son identité.

- Carte 5 : Scarification

Se faire du mal physiquement, pour diminuer la souffrance psychique trop intense, est fréquent. Essayez de mettre des glaçons sur vos bras, ou bien mettre de l'eau froide sur votre visage à la place. Elles peuvent constituer des stratégies alternatives efficaces

- Carte 6 : Idées suicidaires

Dans des situations de détresse émotionnelle intense, le suicide peut apparaître comme une solution pour mettre fin à la souffrance. Il faut mettre en place des stratégies de gestion des émotions et identifier les facteurs déclencheurs et protecteurs, nous permettant d'y faire face.

○ Carte 7 : Impulsivité

L'impulsivité est une réaction liée à une difficulté à identifier et accepter ses émotions.

Effectuer des exercices de cohérence cardiaque (respirations) et/ou de méditation peuvent la diminuer.

○ Carte 8 : Relations interpersonnelles

Pour améliorer ses relations aux autres, il est important de développer ses compétences d'affirmation de soi.

○ Carte 9 : Différence entre « peur » et « anxiété »

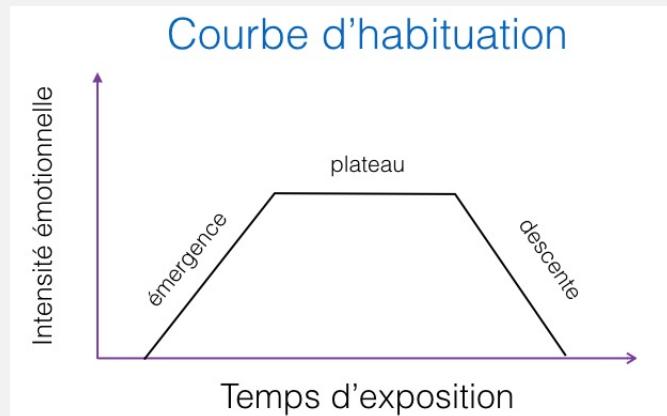
La peur est une émotion qui prépare notre organisme à répondre à une menace, c'est une réaction d'alarme face à un danger immédiat.

L'anxiété désigne une peur sans objet qui se caractérise par une anticipation qui peut s'accompagner de réactions physiologiques. C'est un état affectif, caractérisé par une sensation d'insécurité, durant lequel nous appréhendons quelque chose de négatif.

Il y a une différence entre l'**anxiété – état** (momentané, à un moment donné, dans une situation donnée) et l'**anxiété –trait** (tendance habituelle).

o Carte 10 : Courbe d'habitation (71)

Généralement, l'émotion connaît une augmentation progressive de son intensité. Puis, elle se stabilise et atteint un stade plateau, avant de diminuer jusqu'à retrouver une intensité faible



III.2.5. Les cartes « soutien »

Nous allons nous focaliser sur un autre type de carte : les cartes « soutien ». Elles ont pour rôle de permettre au joueur de pouvoir, à n'importe quel moment du jeu, faire appel au soignant alias « l'instructeur de quête » afin qu'il puisse lui apporter son aide, son soutien. L'objectif est de faire en sorte de sécuriser le joueur, et d'éviter de lui faire naître un sentiment de frustration et la survenue de cognitions négatives à type de dévalorisation et de mésestime de soi, pouvant survenir lors d'une partie. Chaque joueur détient trois cartes soutien au début de chaque séance, qu'il ne pourra utiliser qu'une seule fois. Cette règle a été créée dans le but d'ajouter un aspect ludique au jeu et de permettre d'entraîner le joueur à sa gestion de ressources et faire en sorte qu'il puisse puiser dans d'autres compétences acquises lors de la partie. Voici un exemple de carte « soutien » créée dans « Guide Your Mind » :

Demandez de l'aide à votre « instructeur de quête » concernant la sélection d'une carte « choix » ou la réalisation d'une carte « défi ». Défaussez la carte après utilisation.

III.3. Description du 1^{er} scénario

III.3.1. Choix du thème

Le premier scénario correspondant à la première quête du jeu et se nomme « Une mystérieuse montgolfière ». Elle sera articulée autour de la relation de couple. Nous avons convenu que ce scénario permettait de mettre en avant plusieurs symptômes du trouble borderline, tels que : la peur de l'abandon et du rejet. Mais également les conduites à risques, les gestes d'automutilations, tentatives de suicides et l'instabilité au niveau des relations interpersonnelles. L'échange, la communication au sein du couple sont d'ailleurs pris en exemple à de nombreuses reprises au sein du « Livre d'entraînement aux compétences » de Linehan. En outre, d'après mon expérience personnelle, en tant qu'interne en psychiatrie, j'ai reçu en consultation de nombreux patients ayant un diagnostic de TPB, consultant aux urgences pour des idées suicidaires ou tentatives de suicide dans le cadre d'une relation de couple difficile ou d'une rupture amoureuse.

III.3.2. Scénario et algorithme

Nous allons décrire, dans un premier temps, le scénario global du jeu, son univers, qui sera situé au niveau du chapitre 1 du carnet du joueur. L'histoire de

« Guide Your Mind » se déroule dans un univers fantastique, où le joueur en sera le protagoniste. L'objectif est de lui permettre de s'évader, de se soustraire à sa réalité actuelle, l'amener à vivre une expérience de jeu unique. Cela permet de faciliter la mise à distance de ses émotions négatives et la mobilisation de ses ressources.

Voici le descriptif du chapitre 1 : « ELAGON »

Bienvenue à ELAGON, une ville au cœur de la planète NORPHAES.

On dit de notre monde qu'il est semblable à une planète bleue, la Terre, je crois que c'est comme ça qu'elle se nomme dans les livres anciens. Chaque ville de notre monde maintient son équilibre grâce à un guide doté de compétences particulières.

La plupart des guides, sont respectés au sein de la cité. Leur force réside dans leur incroyables capacité à garder le contrôle de leurs émotions, même dans des situations de tensions extrêmes. Ils peuvent analyser chaque situation et prendre des décisions rationnelles et justes.

Il y a de ça plusieurs années, une guerre failli éclater entre ELAGON et ROGOS une ville située au Nord du pays. La rumeur dit que le Guide SAOHI, permis de réconcilier les deux gouvernements. Ses qualités en termes de diplomatie ne sont plus à prouver. Tous les dix ans, le conseil se réunit pour choisir un nouveau guide pour la ville. Personne ne sait de quelle manière se déroule la sélection, mais chacun sait qu'il peut un beau jour trouver une lettre d'invitation en bas de sa porte ou au coin d'une ruelle.

Aujourd'hui est un jour particulier, alors que vous vous promenez dans la forêt d'IRELIA, un étrange carton vous tombe dans les mains.

Voici ce qui est inscrit : « Nous t'offrons la chance de participer à une expérience unique, où tes émotions, et tes choix seront décisifs pour ta réussite. De nombreuses épreuves t'attendent, mais si tu arrives à aller jusqu'au bout, tu pourras devenir un guide et ainsi participer à l'harmonie de notre ville, et aider, du mieux que tu peux, ses habitants. Si cela t'intéresse, rends-toi immédiatement au pied de la montagne sacrée face à toi ».

Cela vous rend nerveux(se), mais la curiosité est trop intense. De plus, cela fait déjà plusieurs années que vous vous imaginiez être sélectionné. C'est comme un appel du destin.

Rendez-vous au chapitre 2 de votre « carnet de joueur ».



Illustration 3 : Exemple d'illustration du chapitre 1 : « ELAGON »

Nous allons maintenant décrire l'ensemble du scénario de la première quête : « Une mystérieuse montgolfière » décrite dans le chapitre 2 du « carnet du joueur » ainsi que son apparition avec les cartes « Choix » et « Défi » vues préalablement :

Chapitre 2 du carnet du joueur et les cartes des choix détaillés :

1^{ère} scène : Une superbe montgolfière dorée vous attend, et le pilote vous indique que vous allez réaliser un tour au-dessus des montagnes sacrées d'ELAGON. Là, vous découvrez que vous n'êtes pas seul(e), une autre personne a également gagné le même tour que vous. Cette personne a un style que vous remarquez, d'ailleurs elle vous regarde avec intensité. Que vous inspire ce regard ?

Piochez les cartes « Choix » : 1,2,3,4 :

1. Comme ses yeux sont beaux... on dirait deux pierres précieuses.
2. Mon Dieu... je pense que je lui plais et ça tombe bien, car lui/elle aussi ! Je suis sûr(e) qu'il/elle va m'aborder... j'espère, car je suis prêt(e) à faire la conversation.
3. Il/elle veut ma photo ou quoi ?
4. La honte... il/elle doit voir combien ma peau est imparfaite. Il faut que je me cache de lui/elle !

Si carte « choix » 1 ou 2 => Poursuivre à la 2^{ème} scène

Si carte « choix » 3 ou 4 => Prenez la carte défi 1 + poursuivre l'histoire à la 2^{ème} scène

2^{ème} scène : Vous et l'inconnu(e) au regard intense montez dans la montgolfière. Vous saluez le pilote, puis vous vous installez chacun de votre côté. L'ascension dans le ciel crépusculaire est sublime et vous en avez le souffle coupé. C'est un moment rare que vous vivez et vous en avez conscience. La présence de l'autre personne est également palpable et bientôt, elle prend l'initiative de vous rejoindre pour vous parler.
« Je pense que le plus doué des peintres ne peut pas reproduire la beauté du paysage... ni celle de votre profil, dit-il/elle en guise de salutations, sur un ton chaleureux et le regard souriant. Comment vous appelez-vous ? »

Piochez les cartes « choix » 5,6,7,8 :

5. Mais quel poète/quelle poétesse... il/elle sait parler aux gens. (Timidement, vous donnez votre prénom, puis demandez le sien).
6. Je savais qu'il/elle viendrait me voir, il/elle a eu le coup de foudre. Moi aussi... (Avec autant de séduction qu'il/elle, vous donnez votre prénom, puis demandez le sien).
7. Il/elle se prend pour Shakespeare ou quoi ? Pourquoi il veut connaître mon prénom ? (Vous fronchez les sourcils pour montrer qu'il/elle vous importune, puis vous lui tournez le dos sans répondre à sa question).
8. Il/elle est bizarre... pourquoi me parle-t-il/elle ? Qu'est-ce qu'il/elle attend de moi ? (Dubitative, vous lui donnez quand même votre prénom, sans toutefois poursuivre la conversation).

Si carte « choix » 5 ou 6 => Poursuivre à la 3^{ème} scène.

Si carte « choix » 7 ou 8 => Piochez la carte « défi » 2 + poursuivre à la 4^{ème} scène.

3^{ème} scène : Votre interlocuteur/interlocutrice vous donne son prénom, que vous trouvez magnifique. Le courant passe entre vous et vous engagez une conversation durant tout votre vol en montgolfière. Il/elle vous invite à dîner après. Comment réagissez-vous face à l'invitation de ce presque-inconnu ?

Piochez les cartes « choix » 9,10,11,12 :

9. J'aime sa façon de parler, sa vision des choses, il/elle est sympathique.
Ça pourrait être sympa. (Vous acceptez sans vous poser de question).
10. On a tellement de choses en commun... c'est l'homme/la femme de ma vie !

(Vous acceptez et brûlez d'impatience de dîner en sa compagnie).

11. Ah mince... ça fait longtemps que je n'ai pas dîné en tête à tête avec quelqu'un... Je ne sais pas s'il faut accepter.

12. Il/elle est trop parfait(e)... ça fait un peu peur. Peut-être qu'il/elle me veut du mal derrière sa gentillesse ? Je dois dire « non ».

Si carte « choix » 9 ou 10 => Poursuivre à la 5^{ème} scène.

Si carte « choix » 11 ou 12 => Piochez la carte « défi » 4 + poursuivre à la 5^{ème} scène.

4^{ème} scène : Malgré votre comportement plutôt fermé, la personne décide de relancer la conversation après vous avoir laissé(e) tranquille tout au long du vol. Cette fois-ci, il/elle opte pour la carte de l'humour. Vous voyez bien qu'il/elle ne cherche pas à entrer en conflit avec vous ou à vous faire du tort. Vous vous détendez donc et décidez de lui répondre. Vous le/la trouvez vraiment charmant(e) au final. Il ou elle vous propose de poursuivre la soirée ensemble au restaurant. Vous acceptez, mais pour quelles raisons ?

Piochez les cartes « choix » 13,14,15,16 :

13. Je vais lui laisser une chance de me montrer que c'est une personne vraiment intéressante.

14. Bah... je n'ai rien préparé pour le dîner et je ne me vois pas aller au restaurant tout(e) seul(e).

15. Il/elle doit se sentir seul(e), je vais lui tenir compagnie.

16. Je ne sais pas vraiment.

Si Cartes « choix » 13,14,15,16 => Poursuivre à la 5^{ème} scène

5^{ème} scène : Vous passez tous les deux une très belle soirée. Les heures à ses côtés sont comme des minutes tant vous appréciez sa compagnie, son humour et son charme. Vous êtes littéralement conquis(e) et il/elle aussi. La soirée touche à sa fin et vous sentez une attirance irrémédiable vous poussant l'un vers l'autre. Il/elle vous fait comprendre qu'il/elle veut vous embrasser. Comment réagissez-vous ?

17. Oh, c'est romantique... mais ça s'arrêtera à un chaste baiser pour ce soir (sur la joue ou les lèvres).

18. Je lui dévore les lèvres. D'ailleurs, hors de question que je passe la nuit seul(e) ce soir maintenant que j'ai trouvé mon âme sœur !

19. Non mais oh ! Je le/la repousse s'il/elle fait une tentative ! Il ne faut pas brûler les étapes et je ne vais pas me garder de lui dire.

20. Je suis mal à l'aise et j'évite le baiser pour fuir en courant.

Si carte choix « 17 ou 18 » => Poursuivre l'histoire à la 6^{ème} scène

Si carte « choix » 19 ou 20 => Piochez la carte « défi » 5 + poursuivre à la 7^{ème} scène.

6^{ème} scène : Vous êtes désormais en couple avec cette personne depuis six mois. Vous vous êtes attaché(e) très vite à elle et vous avez déjà de grands projets pour vous deux. En effet, vous vous voyez emménager ensemble d'ici quelques mois, mais lorsque vous lui faites part de ce projet, sa réaction ne vous plaît pas tellement. Il/elle ne semble pas aussi enthousiaste que vous par ce projet et cela vous blesse, surtout lorsque ça mène à des disputes.

Piochez les cartes « choix » 21,22,23,24 :

21. Je suis blessé(e), mais je trouve de quoi me reconforter (en sortant avec les amis, en faisant des activités que j'aime, etc...). Après tout, on ira à son rythme.
22. Je ne comprends pas pourquoi il/elle ne va pas au même rythme que moi, mais je ne veux pas lui faire peur en le lui rappelant tout le temps. Je ne veux pas le/la perdre à cause de mon trop plein d'amour.
23. Ses réticences à emménager vite avec moi me font énormément de peine. Je me demande s'il ou si elle m'aime autant que je l'aime. Et si ce n'était pas la bonne personne ?
24. Je suis tellement atterré(e) par la situation que j'ai envie de me faire du mal pour évacuer physiquement ma douleur, mais aussi pour jauger l'importance que j'ai à ses yeux. S'il ou si elle m'aime suffisamment, il/elle accédera à mes vœux pour que j'arrête de me torturer.

Si cartes « choix » 21 ou 22 => Poursuivre l'histoire à la 8^{ème} scène

Si carte « choix » 23 ou 24 => Prenez la carte « défi » 3 + poursuivre à la 8^{ème} scène

7^{ème} scène : Vous avez pris la fuite suite au baiser qu'on a tenté de vous donner. Vous avez eu peur sur l'instant, peut-être par manque de confiance en vous ou parce que les choses se sont enchaînées trop rapidement, ou encore pour une autre raison. Quoiqu'il en soit, votre départ soudain n'a pas empêché votre prétendant/prétendante de vous envoyer un message très reconfortant.

Piochez les cartes « choix » 25,26,27,28 :

25. Son message me touche. Je me sens ridicule d'être parti(e) comme ça alors que j'aurais aimé qu'il/elle m'embrasse.
26. Son message est rassurant et je pense que la prochaine fois, je serai moins stressé(e). D'ailleurs, je veux le/la revoir très vite ! Il faut que je le/la pousse à m'inviter de nouveau.
27. C'est touchant de sa part. J'ai été vraiment nul(le), il faut que je me rattrape. Je vais l'inviter de ce pas et cette fois, ce sera moi qui ferai le premier pas !
28. J'avais besoin de lire son message réconfortant. J'ai envie de le/la revoir... mais il va me falloir un peu de temps. Quelques jours ou quelques semaines peut-être... le temps que je me prépare à ça.

Si carte choix 25, 26, 27 ou 28 => Poursuivre à la 6^{ème} scène.

8^{ème} scène : Vous n'avez pas pu vous empêcher d'évoquer le sujet et comme souvent, la conversation tourne à la dispute. Une tempête d'émotions diverses vous comprime le cœur et l'esprit. Quel comportement adoptez-vous ?

Piochez les cartes « choix » 29,30,31,32

29. J'ai autant d'arguments que lui ou elle et je les lui dis en adoptant une attitude mature, sans avoir peur de le ou la perdre.
30. Je n'aime pas les confrontations et je préfère m'isoler ou sortir pour me

calmer. L'instant d'après, je lui proposerai une activité à deux pour oublier ça.

31. Les disputes m'ennuient tellement et je ne veux pas prendre le risque de le/la perdre avec des mots déplaisants. Je ne veux pas que nos disputes le/la rendent las(se), puis le/la poussent à me quitter.

32. Les disputes me rendent fou/folle. Je vais ensuite noyer mon chagrin dans l'alcool, la drogue ou dans une activité à forte sensation et dangereuse.

Si carte « choix » 29 : Poursuivre l'histoire à la 9^{ème} scène

Si carte « choix » 30 ou 31 : Piochez la carte « défi » 9, puis poursuivre à la 9^{ème} scène.

Si carte « choix » 32 : Piochez la carte « défi » 7, puis poursuivre à la 9^{ème} scène.

9^{ème} scène : La dispute a été si violente cette fois-ci que votre partenaire décide de faire une petite pause. Comment gérez-vous vos émotions suite à son départ plutôt brusque ?

Piochez les cartes « choix » 33,34,35,36 :

33. Il/elle a raison, ça nous fera du bien !

34. Je suis complètement perdu(e) et je me sens vide sans lui/elle. Je vais passer mes journées et mes nuits à pleurer.

35. Je vais noyer mon chagrin en mangeant, buvant de manière compulsive. Il n'y a que les abus alimentaires qui me réconfortent, même si ça va se ressentir sur la balance après... mais j'm'en fous !

36. J'ai envie de m'ouvrir les veines tellement je souffre...

Si carte « choix » 33 ou 34 : poursuivre à la 10^{ème} scène

Si carte « choix » 35 ou 36 : piochez la carte « défi » 8, puis poursuivre à la 10^{ème} scène.

10^{ème} scène : Quelques jours se sont écoulés et vous avez trouvé le moyen de vous remettre de cette dispute, même si cela ne fut pas facile. Vous avez repris contact avec votre compagnon/compagne, qui désire vous revoir. Suite à vos retrouvailles, vous vous remettez ensemble ; en effet, vous avez eu une longue conversation et il/elle aimerait passer l'étape tant attendue : celle de vivre ensemble. Vous êtes fou/folle de joie. Pour fêter votre réconciliation, vous décidez de sortir en boîte de nuit.

Piochez les cartes « choix » 37,38,39,40 :

37. Je n'aime pas vraiment l'ambiance d'une boîte de nuit, mais je suis là pour faire plaisir à mon compagnon/ma compagne. Je fais mine de m'amuser, même s'il/elle sait que j'aurais préféré être ailleurs. Après tout, il/elle me suit souvent dans des lieux qu'il/elle n'aime pas vraiment. Je fais donc des efforts, des compromis.

38. J'apprécie sincèrement ce moment et je n'abuse de rien pour exprimer ma joie, juste de la présence de mon compagnon/ma compagne.

39. Je suis tellement heureux/heureuse que je commence à boire avec excès... même si l'abus d'alcool n'est pas très bon pour la santé. Ma moitié m'y encourage.

40. Je vois qu'une personne plaît à mon compagnon/ma compagne, qui aime les découvertes sexuelles. Il/elle me fait comprendre qu'il/elle aimerait passer la nuit à trois pour sceller à nouveau notre complicité au sein de notre couple. Je n'aime pas du tout cette idée, mais si c'est pour lui faire plaisir, alors j'accepterais...

Si carte « choix » 37 ou 38 : Poursuivre à la 11^{ème} scène

Si carte « choix » 39 ou 40 => Piochez la carte « défi » 12, puis poursuivre à la 12^{ème} scène.

11^{ème} scène : La veille, vous avez passé un moment merveilleux. Le lendemain, tout semble vous sourire et pourtant, vous sentez que votre compagnon/compagne n'est pas aussi heureux/heureuse que vous. Vous avez même l'impression qu'il/elle est redevenu(e) distant(e). Vous lui faites remarquer et au fil d'une longue conversation, il/elle n'est plus certain(e) de vouloir emménager avec vous. Vous tombez des nues et vous êtes bouleversé(e), mais comment réagir le plus correctement possible ?

Piochez les cartes « choix » 41, 42, 43, 44 :

41. Je suis abattu(e), mais j'ai appris à gérer mes émotions. Après une longue conversation, je lui propose de faire une vraie pause pour réfléchir sereinement à notre histoire.

42. Je suis abattu(e) et je n'ai pas le courage d'être dans la même maison qu'elle ou lui. Je m'en vais donc pour vider ma peine chez un parent ou un ami.

43. Je suis en colère et je casse tout ce qu'attrape en lui ordonnant de partir. Je

me ressaisis ensuite une fois que je suis seul(e).

44. J'ai envie de me faire du mal, mais au lieu de passer à l'acte, je contacte un numéro d'urgence pour m'aider. J'ai besoin de vider mon sac avec un(e) inconnu(e).

Si carte « choix » 41,42,43,44 : poursuivre l'histoire à la 13^{ème} scène.

12^{ème} scène : Au lendemain de votre soirée, vous ressentez le poids de vos excès et vous en éprouvez de la culpabilité envers vous-même. Vous en voulez également à votre compagnon/compagne de ne pas vous avoir arrêté(e) ou même, de vous avoir incité(e) à faire quelque chose qui ne vous plaisait pas, mais que vous avez fait pour son plaisir à lui/elle. Vous lui en voulez donc également et ce mal-être vous pousse à ouvrir un autre conflit.

Piochez les cartes « choix » 45, 46, 47, 48 :

45. Je ne peux pas tout garder pour moi, il faut que je lui dise que ça ne m'a pas plu et que je ne veux plus recommencer.
46. Ce n'était pas mon délire, il/elle le savait, mais m'a quand même poussé(e) à le faire... je ne sais pas s'il/si elle m'aime vraiment. Je vais lui demander et s'il/si elle part en me quittant de nouveau, ce n'est pas grave.
47. Je me sens nul(le) et utilisé(e). J'ai envie de vomir et de pleurer...
48. Je me dégoûte et je ne peux plus me regarder dans le miroir... je vais lui dire, mais s'il/si elle me menace de partir, je me ferai du mal.

Si carte « choix » 45 ou 46 => Poursuivre à la 13^{ème} scène

Si carte « choix » 47 ou 48 => Piochez la carte « défi » 6 et poursuivre à la 13^{ème} scène

13^{ème} scène : Un mois s'est écoulé et vous n'avez pas revu votre compagnon/compagne depuis la dernière dispute. Si vous êtes triste, vous avez quand même demandé à le/la voir pour proposer de rompre à l'amiable. C'est une épreuve, mais vous vous sentez obligé(e) de la passer. Vous êtes persuadé(e) que c'est pour votre bien.

Piochez les cartes « choix » 49, 50, 51, 52 :

49. Je suis tellement nerveux(se), mais je me sais également fort(e). Tout va bien se passer.

50. Je n'en peux plus de ses hésitations et de son emprise sur moi, je dois en finir sans en être traumatisé(e).

51. J'ai envie de pleurer, car je l'aime toujours, mais notre relation est toxique et pour mon bien, je dois prendre mon courage à deux mains.

52. En temps normal, j'aurais eu le besoin de me faire du mal... mais je ne mérite pas de m'infliger ça. Je vais rompre et ma vie reprendra son cours normal.

Si cartes « choix » 49,50,51,52 : piochez les cartes maitrises numérotées de 1-10



Illustration 4 : Exemple d'illustration du chapitre 2 : « Une mystérieuse montgolfière »

III.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le jeu *Guide Your Mind* est un jeu thérapeutique concernant les patients ayant un trouble de la personnalité borderline. Il est donc important que le diagnostic du TPB ai déjà été posé par un psychiatre chez les participants. Néanmoins, il est essentiel de pouvoir valider et confirmer le diagnostic par des échelles standardisées d'évaluations. L'échelle que nous allons utiliser est la *Structured Clinical Interview for DSM disorders II* (SCID II). Cette échelle se base sur les critères du TPB retrouvé dans le DSM-IV et inchangés dans le DSM-V. Le diagnostic se pose lorsque au moins 5 critères sur 9

sont retrouvés chez les patients. En outre il nous paraît pertinent d'utiliser également une échelle d'autoévaluation le *Personality Disorder Questionnaire (PDQ4)*. Le diagnostic est en faveur d'un trouble de la personnalité borderline lorsque le score est supérieur ou égale à 5 critères sur 9. Les participants au jeu devront également donner leurs accords et avoir un suivi psychiatrique et/ou psychologique en parallèle. Enfin, le diagnostic de TPB se posant à l'âge adulte, les participants sélectionnés devront avoir un âge requis minimum de 18 ans. Nous pouvons réunir les critères d'inclusion et d'exclusion dans le tableau ci-dessous :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic validé : SCID II et PDQ4 • Accord pour participer au jeu • Suivi psychiatrique et/ou psychologique en cours • Age \geq 18 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Non validation du diagnostic : SCID II et PDQ4 • Refus de participer au jeu • Absence de suivi psychiatrique et/ou psychologique en cours • Age $<$ 18 ans

Tableau 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion des joueurs

III.5. Les soignants

III.5.1. Le rôle des soignants

Le jeu de société *Guide Your Mind*, est un jeu qui met en interaction le participant et un « instructeur de quête » dont le rôle sera de poser le cadre du jeu en veillant à ce que le joueur ai bien intégré les règles du jeu, explicitées dans le carnet

du joueur qui pourra demander de l'aide à n'importe quel moment de la partie, par le biais des cartes soutien. Cependant, dans le cas d'un épisode de détresse émotionnel intense, le soignant devra se montrer particulièrement attentif à la façon dont le patient est en train de gérer ses émotions. Nous allons nous focaliser sur deux situations qui pourraient survenir au sein d'une séance :

- 1) Le patient fait un épisode de détresse émotionnelle intense à la suite d'une situation décrite dans une des scènes du jeu. Généralement, le joueur sera amené à piocher une ou plusieurs cartes « défi » qui lui permettra d'acquérir une compétence de gestion émotionnelle. Dans le cas où l'épisode de détresse n'est pas résolu, le joueur pourra utiliser une carte « soutien » et/ou réutiliser une carte « défi » située dans son plateau de jeu avant de la défausser. Si cela reste insuffisant le joueur ou le soignant pourra mettre un terme ou en pause la partie de jeu et apporter des soins plus adaptés à la situation.

- 2) Le patient présente un moment de détresse émotionnelle sans rapport avec le jeu. Le soignant devra inviter le patient à utiliser une de ses cartes « défi » dans la mesure du possible. Si cela reste insuffisant, le joueur ou le soignant pourra mettre un terme ou en pause la partie de jeu et apporter des soins plus adaptés à la situation.

III.5.2. Prérequis indispensables

Les prérequis indispensables définis pour le choix du soignant sont tout d'abord sa fonction. En effet, le soignant doit être un professionnel de santé ayant des compétences et des connaissances en psychiatrie. Ainsi, les psychiatres, internes en

psychiatrie, psychologues ou infirmiers en psychiatrie pourront jouer le rôle d'instructeur de quête du jeu « Guide Your Mind ». En outre, les soignants devront connaître les symptômes, et la prise en charge du TPB. Nous allons préalablement organiser une séance de formation destinés aux soignants souhaitant participer au jeu thérapeutique « Guide Your Mind ». L'objectif est d'une part qu'il puisse bénéficier d'un rappel concernant les symptômes et la prise en charge du TPB. Et d'autre part, qu'ils puissent se familiariser aux différentes compétences de TCD explicitées dans le jeu, afin de pouvoir aider le patient à réaliser les actions demandées via les cartes « Défi ».

Conclusion :

Dans le cadre de cette thèse, nous avons décidé de nous focaliser sur la création d'un jeu de société à destination des patients vivant avec un trouble de la personnalité Borderline. L'objectif premier fut de démontrer en quoi le jeu thérapeutique pouvait être un média pertinent dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Nous avons ensuite détaillé la prise en charge du trouble de la personnalité borderline et pu mettre en évidence l'importance de s'ouvrir à d'autres médias tels que les jeux thérapeutiques afin d'améliorer les prises en charge déjà existantes. En France, ainsi que dans d'autres pays francophones, la prise en charge des patients, ayant un trouble de la personnalité Borderline, reste pauvre en raison d'un désintérêt croissant de la part des psychothérapeutes et, en l'absence d'alternatives thérapeutiques. En effet, les psychiatres et les psychothérapeutes ont peu facilement accès à ces thérapies spécialisées proposées, le plus souvent, à l'étranger et onéreuses. D'autre part, il existe une méconnaissance et des représentations négatives associées aux patients ayant un trouble de personnalité limite. En partant de ce constat, il nous est apparu essentiel de pouvoir proposer une alternative thérapeutique.

Le jeu thérapeutique est largement utilisé en pédopsychiatrie et a de multiples rôles. En effet, il permet à l'enfant de bénéficier d'un mode de communication naturel et adapté. Cela crée un espace intermédiaire, lui permettant une meilleure expression de ses émotions ainsi qu'une meilleure compréhension de ses représentations intrafamiliales. De plus, il pose un cadre sécurisant et améliore l'alliance thérapeutique. Nous avons pu constater une baisse significative de la symptomatologie relative à plusieurs pathologies psychiatriques telles que les troubles anxieux, le trouble de

stress post-traumatique et le stress aigu, chez les enfants victimes d'événements traumatiques collectifs notamment. Ainsi, la thérapie par le jeu constitue une véritable alternative thérapeutique chez l'enfant.

De même, chez l'adulte, le jeu thérapeutique, du fait de son aspect ludique et son cadre sécurisant, peut permettre aux patients d'acquérir et d'augmenter leurs compétences de régulation émotionnelle. De plus, il contribue à renforcer les compétences psychosociales, peut favoriser la réhabilitation sociale des patients schizophrènes et être bénéfique dans le cas de patients présentant des dysfonctionnements au niveau des fonctions exécutives. Le jeu est aussi pertinent en thérapie systémique, notamment dans des situations de crise. Ainsi, le jeu apparaît comme un véritable média de communication permettant une amélioration significative de la symptomatologie de différents troubles psychiatriques et un renforcement de l'alliance thérapeutique.

Ainsi, le jeu « Guide Your Mind », a été créé afin de permettre aux patients présentant un TPB d'avoir un accès facilité à la thérapie dialectique comportementale de Linehan et de mettre en pratique certaines compétences de régulation émotionnelle et d'améliorer les habilités sociales. Ce jeu reprend les principes de la psychoéducation avec les cartes « maîtrise » en rendant le patient proactif dans sa prise en charge. Il développe ainsi des compétences d'autosoins et d'adaptation en améliorant sa connaissance de sa pathologie. Il apprend aussi à mobiliser ses compétences à bon escient, ce qui ressort dans le jeu avec les cartes « défi ». Ce jeu permet aux patients et aux professionnels de jouer dans une posture collaborative, le rôle du professionnel étant de l'accompagner avec les cartes « soutien ».

Nous projetons de proposer, dans les prochains mois, à une cohorte de patients d'expérimenter le jeu « Guide Your Mind », au sein de différentes structures hospitalières et médicosociales, dans la région des Hauts de France. Nous souhaiterions aussi faire évoluer le jeu à divers égards. En premier lieu, avec l'exploration de nouvelles thématiques et de scénarios innovants tels que les relations socio-professionnelles. En second lieu, nous aurions pour projet de développer une application afin de rendre le jeu plus immersif et innovant par le biais du digital. Enfin, nous aurions à cœur de sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge du trouble de personnalité limite avec des réunions d'information. De cette manière, ils seront davantage habilités à être instructeurs de quête du jeu.

Pour conclure, ce jeu se propose d'être un outil complémentaire à la prise en charge psychothérapeutique des patients présentant un trouble de personnalité limite. Il a pour projet d'être simple, accessible et innovant pour les professionnels de santé libéraux et travaillant en structure.

Références bibliographiques :

1. Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. 10.1192/bjp.2019.166.
2. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. 10.1016/S0140-6736(10)61422-5.
3. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Mex)*. 28 mai 2019;55(6):223.
4. Greiner C, Perroud N, Charbon P, de Nérès M, Speranza M, Debbané M, et al. Trouble de la personnalité borderline: état des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale. *L'Encéphale*. juin 2022;S0013700622000999.
5. SPÉCIFICITÉS, VISÉES ET APPORTS DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE (TCD) DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE (TPB) Manon Beaudoin, Colette Aguerre (2018).
6. <https://www.ch-lerouvray.fr/sites/default/files/files/pages/2022-03/Autoévaluation.pdf>.
7. <https://comarketing-news.fr/le-divertissement-fait-desormais-partie-des-besoins-vitaux/>.
8. L'histoire du jeu de société [Internet]. [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ludum.fr/blog/l-histoire-du-jeu-de-societe-n333>
9. Joly F. À quoi jouait donc le petit Ernst avant la bobine ?... Spirale.

2002;24(4):157-73.

10. Lenormand M. Le jeu et les jeux dans la clinique de l'enfant. *J Psychol.* 17 juill 2012;299(6):33-7.

11. Dougherty J, Ray D. Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *Int J Play Ther.* 2007;16(1):2-19.

12. de la Genardière C. Jouer sept familles aux cartes ? : *Divan Fam.* 1 oct 2001;N° 7(2):33-43.

13. Mousnier E, Knaff L, Es-Salmi A. Les cartes Dixit comme support aux représentations métaphoriques : un média d'intervention systémique sous mandat: *Thérapie Fam.* 12 janv 2017;Vol. 37(4):363-86.

14. Catheline N, Bidault V, Gianetti N, Lagrange Massé S. « Intermède », un temps de groupe à médiation pour évaluer et répondre rapidement à une situation de crise à l'adolescence: *Psychiatr Enfant.* 29 nov 2019;Vol. 62(2):273-88.

15. Caire, M. L'asile Sainte-Anne, organisation générale, règlement intérieur et vie quotidienne. <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/stanne/p5.htm>.

16. Bailly Salin P. Le soin et l'activité. *VST - Vie Soc Trait.* 2018;140(4):139.

17. Khazaal Y, Favrod J. « Michael's game » Une approche cognitive ludique des troubles psychotiques. *J Thérapie Comport Cogn.* sept 2012;22(3):125-9.

18. Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, et al. "Michael's Game", a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Couns* 2011;83(2): 210—6.

19. Khazaal Y, Favrod J, Libbrecht J, Finot SC, Azoulay S, Benzakin L, et al. A card game for the treatment of delusional ideas: a naturalistic pilot trial. *BMC Psychiatry* 2006;6:48.

20. Torres, A., Mendez, L. P., Merino, H. & Moran, E. A. Improving social

functioning in schizophrenia by playing the train game. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 53, pp 799-801 (2002).

21. Nakao M, Furukawa H, Kitashima C, Noda S. Subjective well-being and problem-solving skills for alleviating the stress of elderly men attending a randomized controlled trial of shogi-assisted cognitive behavioral therapy. *Biopsychosoc Med.* déc 2019;13(1):11.

22. Lin Q, Cao Y, Gao J. The impacts of a GO-game (Chinese chess) intervention on Alzheimer disease in a Northeast Chinese population. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 25 août 2015 [cité 10 mai 2022];7. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnagi.2015.00163/abstract>

23. Rey, Y. Le jeu de l'oie (Loi) systémique. *Thérapie Familiale* http://www.therapie-familiale.org/resonances/pdf/jeu_de_loi.pdf. In.

24. Ritterfeld U, Cody M, Vorderer P, éditeurs. *Serious Games: Mechanisms and Effects* [Internet]. 0 éd. Routledge; 2009 [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781135848910>

25. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport: *Staps*. 7 mars 2008;n° 79(1):9-21.

26. Eichenberg C, Schott M. *Serious Games for Psychotherapy: A Systematic Review*. *Games Health J.* juin 2017;6(3):127-35.

27. Fovet T, Micoulaud-Franchi JA, Vaiva G, Thomas P, Jardri R, Amad A. Le serious game : applications thérapeutiques en psychiatrie. *L'Encéphale*. oct 2016;42(5):463-9.

28. Olivet J, Haselden M, Piscitelli S, Kenney R, Shulman A, Medoff D, et al. Results from a pilot study of a computer-based role-playing game for young people with psychosis. *Early Interv Psychiatry*. août 2019;13(4):767-72.

29. Khazaal Y, Chatton A, Prezzemolo R, Zebouni F, Edel Y, Jacquet J, et al. Impact of a board-game approach on current smokers: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. déc 2013;8(1):3.
30. Peçaibes V, Tonetto LM, Andretta I. "Step by step": the development of a therapeutic game to assist in the treatment of drug use. *Ciênc Saúde Coletiva*. juin 2020;25(6):2325-34.
31. Kapsambelis V. Chapitre 34. Introduction à la notion de personnalité pathologique. In: *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012. p. 615-28. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-p-615.htm>
32. Beaudoin, M. & Aguerre, C. (2018). Spécificités, visées et apports de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans le cadre de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline (TPB). *PSN*, 16, 25-41. <https://doi.org/10.3917/psn.162.0025>.
33. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. déc 1998;155(12):1733-9.
34. Zanarini MC. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry*. 1 nov 2004;161(11):2108-14.
35. NICE, 2009. Borderline personality disorder: NICE guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG78>.
36. Oldham, J.M., 2005. *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*, Arlington, VA: American Psychiatric

Association.

37. Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* sept 2019;23(3):178-88.
38. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 Years. *J Clin Psychiatry.* 15 janv 2004;65(1):28-36.
39. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* déc 2009;166(12):1365-74.
40. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* juin 2012;169(6):650-61.
41. Speranza M, Debbané M, Prada P, Perroud N. Les Thérapies Basées sur la Mentalisation (TBM) : fondements théoriques et déclinaisons cliniques. *Fr J Psychiatry.* nov 2018;1:S40.
42. Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. Panzeri M, éditeur. *PLOS ONE.* 21 nov 2018;13(11):e0206039.
43. Yeomans F, Delaney JC, Renaud A. [Transference focused psychotherapy]. *Sante Ment Que.* 2007;32(1):17-34.

44. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2006;63(7):757.
45. Harley RM, Baity MR, Blais MA, Jacobo MC. Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline personality disorder in a naturalistic setting. *Psychother Res*. mai 2007;17(3):351-8.
46. Soler J, Valdepérez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martín-Blanco A, et al. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. févr 2012;50(2):150-7.
47. Arntz A, Van Genderen H. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder* (2005).
48. GIESEN-BLOO, J, Van Dyck, R, Spinhoven, P, Van Tilburg, W, Dirksen C, Van Asselt et al (2006) Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder randomised trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy.
49. Nordahl, H.M et Nysaeter, T.F.P.E. (2005) Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-64.
50. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*. nov 2013;33(6):595-613.
51. Yeomans F, Delaney JC, Renaud A. La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé Ment Au Qué*. 12 oct 2007;32(1):17-34.
52. http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf.

53. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. J Off. 22 juill 2009;(167):12184, texte n°1.
54. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2015;173(1):79-84.
55. Cadiot F, Verdoux H. Pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie. Enquête auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine. L'Encéphale. juin 2013;39(3):205-11.
56. Gay, C. & Cuhe, H., 2006. Place des mesures psycho-éducatives dans la prise en charge des troubles bipolaires. L'Encéphale, 32(4-C2), p.542-6.
57. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. Clin Psychol Rev. juill 2009;29(5):449-58.
58. Cuijpers, P. et al., 2009. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The « coping with depression » course thirty years later. Clinical Psychology Review, 29(5), p.449-458.
59. Zanarini MC, Frankenburg FR. A Preliminary, Randomized Trial of Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. J Personal Disord. juin 2008;22(3):284-90.
60. Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM. Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 27 juin 2018 [cité 31 janv 2022];79(3). Disponible sur:
<http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2017/v78n07/16m11153.aspx>
61. Ditlefsen IT, Nissen-Lie HA, Andenæs A, Normann-Eide E, Johansen MS, Kvarstein EH. "Yes, there is actually hope!"—A qualitative investigation of how

patients experience mentalization-based psychoeducation tailored for borderline personality disorder. *J Psychother Integr.* sept 2021;31(3):257-76.

62. Koivisto M, Melartin T, Lindeman S. « If you don't have a word for something, you may doubt whether it's even real » - how individuals with borderline personality disorder experience change. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* nov 2021;31(8):1036-50.

63. Guillén V, Díaz-García A, Mira A, García-Palacios A, Escrivá-Martínez T, Baños R, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process.* mars 2021;60(1):134-44.

64. Villeneuve É, Lemelin S. La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité. *Santé Ment Au Qué.* 2009;34(1):199.

65. MARTIN N. Etude pilote d'un groupe d'éducation thérapeutique chez des patients ayant un trouble de personnalité limite. 2012.

66. Linehan, Marsha. Manuel d'entraînement aux compétences TCD - 2e édition (French Edition) (p. 4). RMS éditions/Médecine et Hygiène. Édition du Kindle.

67. <https://regle.net>.

68. Ducasse D, Brand-Arpon V. *Borderline: cahier pratique de thérapie à domicile*. Paris: Odile Jacob; 2017.

69. Bourgoignon, F., & Penet, C. (2021). *La Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Que sais-je.*

70. Albignac, F., Lantheaume, S., & Shankland, R. (2022). Interventions de pleine conscience et de psychologie positive dans la prise en charge de la dépression: une étude pilote comparative contrôlée. *Psychologie Française.*

71. Clément, C. (2013). Conditionnement, apprentissage et comportement humain. Paris: Dunod.

Auteur :_Nom : UZAN

Prénom : ELIE

Date de soutenance : 13 octobre 2022

Titre de la thèse : Création d'un jeu de société destiné aux patients ayant un trouble de la personnalité Borderline ou État limite.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : (*discipline de la thèse*) : *Psychiatrie*

DES + FST/option : (*discipline de l'interne*) *Psychiatrie*

Mots-clés : Trouble de la personnalité Borderline (TPB), Programme d'éducation thérapeutique (ETP), Thérapie cognitive et comportementale (TCC), Thérapie dialectique et comportementale (TCD).

Résumé

Le trouble de la personnalité borderline fait partie des troubles de la personnalité les plus fréquents en psychiatrie. Sa prévalence en population générale est de 1 à 3%. Il est également responsable de 10% des consultations en ambulatoire et sa fréquence en unités d'hospitalisations se situe entre 15 et 20%. De plus, à peu près 10% des patients ayant un TPB décèdent par suicide (Winsper.C, Leinchenring.F). Actuellement, il existe quatre types de thérapies structurées et spécifiques au TPB, validées scientifiquement. Elles sont fréquemment associées à des programmes de psychoéducation. Néanmoins, en France, il existe que très peu de psychothérapeutes formés à la prise en charge du trouble de personnalité limite. Ce constat s'explique, d'une part, par les représentations négatives des soignants concernant le TPB et, d'autre part, par un diagnostic difficile à poser du fait de la fréquence de ses comorbidités : autres troubles de la personnalité, trouble de l'humeur, toxicomanie, syndrome de stress post traumatique. En outre, les formations sont coûteuses et doivent, le plus souvent, se réaliser à l'étranger. Ainsi, il constitue un véritable enjeu de santé publique. En partant de ces constats, se tourner vers d'autres médias utilisés en psychiatrie afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant un TPB apparaît un enjeu essentiel. C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse, le choix a été fait de travailler sur la création d'un jeu de société spécifique du TPB. Tout d'abord, la revue de littérature que nous avons réalisée a permis de mettre en avant le rôle du jeu thérapeutique, chez une patientèle d'enfants, mais aussi, d'adultes pour des troubles psychiatriques variés tels que la dépression, l'anxiété ou le TSPT. Puis, nous avons détaillé le TPB, sa prise en charge ainsi que les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) existant. Enfin, nous avons décrit le jeu de société que nous avons créé, nommé « Guide Your Mind », un jeu de rôle à choix narratif prenant place dans un univers fantastique. Il a été conçu avec l'aide d'une psychologue formée aux thérapies cognitives et comportementales et d'une auteure. Ses principaux objectifs sont de permettre aux joueurs ayant un TPB d'acquérir ou de renforcer des compétences de gestion émotionnelle, et de bénéficier d'un entraînement aux habilités sociales détaillées dans la thérapie dialectique comportementale (TCD) de Marsha.Linehan : thérapie spécifique du trouble borderline et présentant le plus haut niveau de preuves scientifiques. Une dimension à visée psychoéducative a également été intégrée au jeu.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur François Medjkane

Assesseurs : Monsieur le Docteur Maxime Bubrowszky

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Ali Amad