

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Description du TPL à l'adolescence	6
Le TPL : diverses terminologies	7
Adolescence et TPL	9
Prévalence du TPL à l'adolescence.....	11
Manifestations et symptômes associés au TPL.....	12
Problèmes associés au TPL.....	17
Étiologie du TPL	21
Facteurs déterminants	22
Modèles étiologiques	25
Théories des relations d'objet	25
Otto Kernberg	26
Margaret Mahler	27
James Masterson.....	27
Théories bio-psycho-sociales.....	29
Marsha Linehan	29

Anthony Bateman et Peter Fonagy	30
Enjeux relatifs au TPL à l'adolescence	32
Défis liés à l'évaluation diagnostique	32
Réticences face au diagnostic	41
Les TPL, une clientèle difficile	45
Traitements du TPL à l'adolescence	50
Les différents traitements du TPL à l'adolescence	50
Efficacité des traitements du TPL à l'adolescence.....	55
Thérapie dialectique comportementale	56
Thérapie centrée sur le transfert.....	57
Thérapie cognitive analytique.....	58
Thérapie basée sur la mentalisation	59
Entraînement à la régulation émotionnelle	60
Limites méthodologiques dans les études d'efficacité.....	62
Pertinence et objectif de l'essai.....	64
Discussion	67
Ingrédients du succès des traitements	68
Paramètres de traitement.....	72
Modalités de traitement	72
Contextes de traitement	74
Durée du traitement	77
Fréquence des rencontres.....	80

Implication de la famille	82
Collaboration et partenariat.....	89
Traitement pharmacologique	91
Structure et cohérence du traitement.....	94
Relation et alliance thérapeutique	100
Attitudes du thérapeute	104
Stratégies d'intervention	109
Supervision du thérapeute.....	112
Synthèse	114
Conclusion	119
Références	123

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Critères diagnostiques généraux du « Borderline Personality Disorder » selon l'approche dimensionnelle du DSM-V36
- 2 Critères diagnostiques spécifiques du « Borderline Personality Disorder » selon l'approche dimensionnelle du DSM-V37
- 3 Critères diagnostiques du « Personality Disorder - Trait specified » selon l'approche dimensionnelle du DSM-V39
- 4 Principales composantes de la TBM, la TDC, la TCT et la TCA69
- 5 Ingrédients du succès des traitements du TPL à l'adolescence.....115

Remerciements

Je souhaite exprimer ma reconnaissance et mes plus sincères remerciements à ma directrice de recherche, Madame Natacha Brunelle, Ph.D., professeure au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées, pour sa grande disponibilité, sa compréhension, ses conseils judicieux et son soutien sans relâche dans la réalisation de cet essai. Finalement, un immense merci et toute ma gratitude à mon conjoint, ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont accompagnée et encouragée sans faillir au cours de ce qui s'est avéré être le plus grand accomplissement de ma vie.

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble sévère et complexe (Schuppert, Bloo, Minderaa, Emmenkamp, & Nauta, 2012) dont les symptômes se manifestent généralement durant l'adolescence (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg, Rossouw, & Fonagy, 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Schuppert et al., 2012). Le TPL touche environ 3 % des adolescents de la population générale (Bleiberg et al., 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008) et une proportion allant de 11 % à 49 % à l'intérieur d'une population clinique (Chanen, McCutcheon et al., 2009). Il est lié à la présence de psychopathologies sérieuses à l'âge adulte et de dysfonctionnements à long terme (Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Nelson & Schulz, 2012; Schuppert et al., 2012; Winograd, Cohen, & Chen, 2008), laissant entrevoir l'importance d'une intervention précoce et efficace.

Actuellement, peu d'études concernent les traitements du TPL à l'adolescence (Guilé, Greenfield, Breton, Cohen, & Labelle, 2005; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). De plus, outre le fait que les protocoles de traitement spécifiquement élaborés pour cette clientèle sont limités (Santisteban, Muir, Mena, & Mitrani, 2003; Schuppert et al., 2012), peu d'entre eux bénéficient d'un soutien empirique (Foelsch, Odom, & Kernberg, 2008; Schuppert et al., 2012). Néanmoins,

malgré que les traitements évalués soient basés sur diverses hypothèses théoriques et qu'ils utilisent un jargon différent (Clarkin, 2012), il ressort des études expérimentales actuellement disponibles que les différentes psychothérapies semblent se chevaucher quant à plusieurs aspects (stratégies, méthodes, etc.) (Clarkin, 2012; Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter, & Maltzberger, 2011) et produisent une quantité comparable de changements (Guilé et al., 2005; Livesley, 2005; Nelson, Beutler, & Castonguay, 2012; Paris, 2005). Ainsi, dans une lignée similaire à celle de Paris (2005) et Weinberg et al. (2011), il est supposé que l'efficacité de ces psychothérapies est attribuable à leurs éléments communs.

Cet essai fera ressortir les ingrédients du succès des traitements validés empiriquement ou en voie de l'être afin d'établir un cadre d'intervention de base pour le thérapeute, de maximiser les chances de succès thérapeutique, de bonifier les services offerts aux jeunes TPL et ultimement, d'améliorer la pratique en psychologie. Bien que le relevé des facteurs communs aux psychothérapies du TPL ait été conduit par Weinberg et ses collaborateurs (2011) au niveau adulte, un tel exercice ne semble pas avoir été fait auprès de la clientèle adolescente. Compte tenu qu'elles consistent en des approches prometteuses (Stoffers et al., 2013), l'analyse portera sur la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie dialectique comportementale (TDC), la thérapie centrée sur le transfert (TCT) et la thérapie cognitive analytique (TCA). Bien que l'entraînement à la régulation émotionnelle (ERE) ait fait l'objet d'une étude empirique, elle ne sera pas prise en considération dans la présente comparaison puisqu'elle consiste

en un traitement complémentaire devant s'inscrire dans une approche thérapeutique globale et son manuel est uniquement disponible en hollandais.

Le présent essai est divisé en deux principales sections, le contexte théorique et la discussion. La première consiste en la description du TPL à travers son rapport à l'adolescence, sa terminologie, sa prévalence, ses manifestations, caractéristiques et symptômes ainsi que les problématiques qui y sont associées. Ensuite, les modèles étiologiques de Kernberg, Mahler, Masterson, Linehan, Bateman et Fonagy ainsi que les enjeux relatifs à l'évaluation, le diagnostic et le traitement du TPL à l'adolescence sont présentés. Un bilan concernant les différentes thérapies actuellement disponibles ainsi que leur efficacité est aussi fait. La pertinence et l'objectif visé par le présent écrit clôturent cette partie. La deuxième section fait état de l'analyse et de la comparaison de quatre traitements du TPL pour une clientèle adolescente. Plus précisément, huit éléments considérés comme les ingrédients du succès de ces thérapies sont rapportés : paramètres du traitement, implication de la famille, collaboration et partenariat, traitement pharmacologique, structure et cohérence du traitement, relation et alliance thérapeutique, stratégies d'intervention ainsi que supervision du thérapeute. Finalement, la pertinence de chacun d'eux est soulignée et appuyée par la littérature.

Contexte théorique

Afin de bien cerner la problématique de cet essai, ce chapitre présentera d'un point de vue théorique et empirique les éléments permettant de saisir la nature du trouble de personnalité limite¹ (TPL) à l'adolescence, son étiologie, les enjeux qui en découlent et la situation actuelle quant à son traitement. Plus précisément, le contexte théorique décrira en quoi consiste le TPL à l'adolescence en relation avec la période développementale dans laquelle il s'inscrit et à travers ses diverses manifestations ainsi que les difficultés qui lui sont associées. Dans un deuxième temps, il sera question des facteurs identifiés comme déterminants dans son étiologie et de leur interaction selon certains modèles explicatifs ressortant de la littérature. Troisièmement, divers enjeux liés à l'évaluation, au diagnostic et au traitement de cette clientèle seront discutés. La quatrième partie consiste en un bilan de la littérature quant au traitement du TPL à l'adolescence et fait ressortir les différentes psychothérapies ayant fait l'objet de recherches expérimentales, leur efficacité ainsi que leurs limites.

Description du TPL à l'adolescence

Afin de situer le lecteur par rapport à l'essence du TPL à l'adolescence, la façon dont il s'inscrit dans cette période développementale sera discutée suivi par une description de sa symptomatologie ainsi que des problèmes qui y sont couramment associés. Néanmoins, une brève clarification au niveau terminologique précèdera.

¹ Traduction libre de l'anglais « borderline personality disorder »

Le TPL : diverses terminologies

Leclerc (2007) constate que depuis les quarante dernières années, plusieurs appellations ont été utilisées pour décrire ce qui a été nommé plus haut le trouble de personnalité limite (TPL) : syndrome borderline, organisation limite de la personnalité, état-limite, trouble de personnalité borderline, trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline, etc.

Proposé par Stern en 1938, le terme « personnalité limite »¹ qualifiait les gens qui n'étaient ni psychotiques ni névrotiques, mais à la frontière de l'un et de l'autre (Al-Alem & Omar, 2008). Le vocable « organisation limite de la personnalité »² (ou état-limite) a, quant à lui, été introduit par Otto Kernberg en 1975 et fait référence aux individus dont les patterns comportementaux et fonctionnels sont caractérisés par de l'instabilité et reflètent une organisation pathologique du soi (Leclerc, 2007; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). En 1978, Gunderson et Kolb ont, pour leur part, adopté l'expression « trouble de personnalité limite »³ et l'ont défini selon ses diverses caractéristiques qui sont depuis lors utilisées comme critères diagnostiques dans les classifications psychiatriques connues (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Néanmoins, chacune d'elles emploient des termes différents. Par exemple, alors que le DSM-IV-TR fait référence au « trouble de personnalité

¹ Traduction libre de l'anglais « borderline personality »

² Traduction libre de l'anglais « borderline personality organisation »

³ Traduction libre de l'anglais « borderline personality disorder »

borderline »¹ (APA, 2000), la classification internationale des maladies (CIM-10) a recours à l'appellation « trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline » (Leclerc, 2007). Bien qu'une 5^e édition du DSM soit actuellement disponible (DSM-V), elle l'est uniquement en anglais et l'appellation demeure inchangée; « Borderline Personality Disorder » (APA, 2013), laissant croire qu'il en sera de même pour le terme francophone.

En 2001, Guilé clarifie les différentes appartenances théoriques et la nature des termes utilisés dont la grande diversité peut parfois laisser perplexe en spécifiant que :

[...] Le trouble de personnalité limite (« Borderline Personality Disorder ») est un syndrome spécifique regroupant des comportements observables tels que l'instabilité relationnelle ou l'impulsivité, tandis que le concept d'état limite (borderline condition) renvoie à une organisation de personnalité pathologique, c'est-à-dire à un ensemble de constituants de la personnalité qui ne sont pas immédiatement observables. Ces deux concepts se situent donc sur deux plans différents. Le trouble de personnalité appartient au plan des comportements observables, tandis que l'état limite renvoie au plan psychodynamique. (cité dans Leclerc, 2007, p. 1.12)

Comme ces termes ne sont ni équivalents ni interchangeables, un choix s'impose. Alors que le terme le plus communément utilisé dans la littérature anglophone est celui de « Borderline Personality Disorder », c'est l'expression « trouble de personnalité limite »² (TPL) qui est habituellement utilisée au Québec (Leclerc, 2007). Ainsi, dans le

¹ « Borderline personality disorder » dans la version anglaise

² Correspond à la traduction littérale du terme « borderline personality disorder »

cadre de cet écrit, indépendamment de toute allégeance théorique, ce sera ce dernier terme qui sera employé¹.

Adolescence et TPL

L'adolescence est une étape (Santisteban et al., 2003), une phase (Bleiberg et al., 2012), une transition (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ou une période (Miller, Neft, & Golombeck, 2008) développementale durant laquelle se produisent des changements dans l'ensemble des sphères de vie du jeune. Plus précisément, des changements d'ordre physique (Miller, Neft et al., 2008; Santisteban et al., 2003), psychosocial, affectif et cognitif sont notés (Bleiberg et al., 2012; Miller, Neft et al., 2008; Santisteban et al., 2003). Des auteurs constatent, entre autres, un mouvement d'autonomisation et d'individuation de l'adolescent par rapport au milieu familial (Bleiberg et al., 2012; Foelsch et al., 2008; Miller, Neft et al., 2008; Santisteban et al., 2003) ainsi que la pression vécue par celui-ci d'être compétent dans plusieurs domaines tels que les décisions concernant sa carrière ou l'intégration et le développement de la sexualité dans ses relations (Santisteban et al., 2003). Cette prise d'indépendance peut d'ailleurs être à l'origine de davantage de conflits entre le jeune et ses parents (Bleiberg et al., 2012). Certains accordent également une attention particulière au développement de l'identité durant cette période d'émancipation (Foelsch et al., 2008; Miller, Neft et al., 2008) et plus précisément aux difficultés d'adaptation

¹ Une terminologie propre à un auteur sera inscrite entre guillemet.

pouvant survenir lorsque des problèmes au niveau de son intégration (diffusion de l'identité) sont vécus (Foelsch et al., 2008).

L'adolescence, à travers ses différents bouleversements, constitue un moment de vulnérabilité (Bleiberg et al., 2012; Foelsch et al., 2008). Une augmentation de la prise de risques une recherche de nouveauté et une envie de stimulation sont aussi remarquées (Bleiberg et al., 2012). Par exemple, 50 % des adolescents américains ont des rapports sexuels non protégés, font usage de substances illicites, se battent ou ont d'autres comportements impulsifs (Bleiberg et al., 2012). Bien que riches en expériences et en apprentissages, l'agitation psychologique, l'impulsivité et les fluctuations rapides de l'humeur caractérisent également cette phase (Bleiberg et al., 2012).

Dans un même ordre d'idée, une convergence des données épidémiologiques indique une augmentation marquée du taux de troubles psychiatriques internalisés et externalisés durant l'adolescence par rapport à l'enfance (Bleiberg et al., 2012). La trajectoire développementale de plusieurs troubles psychiatriques sévères tels que la dépression, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles alimentaires, etc., montre que l'adolescence joue un rôle significatif dans l'émergence, l'organisation et l'exacerbation de ces troubles (Bleiberg et al., 2012). Un certain nombre d'adolescents inadaptés présentent une constellation de symptômes qui se distinguent difficilement du portrait clinique du TPL tels qu'une difficulté de régulation émotionnelle, de l'impulsivité, une instabilité relationnelle et de l'image de soi, etc. (Bleiberg et al., 2012;

Bondurant, Greenfield, & Tse, 2004). De plus en plus de données soutiennent d'ailleurs que le TPL est un trouble sévère et complexe (Schuppert et al., 2012) dont les symptômes se manifestent généralement durant l'adolescence (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Schuppert et al., 2012). Bien que tous les adolescents fassent face à une crise développementale similaire, celui souffrant d'un TPL n'a ni les forces psychoaffectives ni un environnement facilitant son passage vers l'âge adulte (Bondurant et al., 2004). Le niveau et l'omniprésence de la douleur psychique, du désespoir et le risque élevé de suicide chez les adolescents TPL se situent bien au-delà de l'expérience d'une adolescence orageuse (Winograd et al., 2008).

Prévalence du TPL à l'adolescence

Les adolescents rencontrant les critères diagnostiques du TPL représentent environ 3 % de la population générale (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; Miller, Muehlenkamp et al., 2008). Cette proportion est équivalente à celle retrouvée chez les adultes (Al-Alem & Omar, 2008; Chanen, McCutcheon et al., 2009). À travers une revue de littérature, Miller, Neft et al. rapportaient en 2008 des taux plus élevés et variables entre 3,3 % à 14 %. Plusieurs limites méthodologiques peuvent expliquer ces résultats très divergents telles que l'utilisation d'outils différents pour établir le diagnostic ou des biais quant à la sélection des participants (Miller, Neft et al., 2008). Schuppert et ses collaborateurs (2012) ainsi que le National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) (2009) constatent eux

aussi une proportion d'adolescents TPL relativement élevée dans la population générale s'étendant entre 10 % et 14 %, mais ils expliquent ces résultats par le fait qu'ils incluent les cas moins sévères ou prennent en considération les autoévaluations. Chanen, McCutcheon et al. (2009) rapportent, quant à eux, une proportion de 11 % d'adolescents TPL dans une population clinique recevant des services externes. Cela est très similaire à ce qui est rapporté au niveau adulte. Lorsque la proportion pour une étendue d'âge incluant des jeunes adultes est rapportée (15 à 25 ans), elle est pratiquement doublée, c'est-à-dire 22 %. Finalement, se serait 49 % des adolescents bénéficiant de services internes qui répondraient aux critères diagnostiques du TPL (Chanen, McCutcheon et al., 2009).

Manifestations et symptômes associés au TPL

Tel qu'énoncé précédemment, les symptômes du TPL tendent à se révéler durant l'adolescence (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Cette période est considérée par le jeune TPL comme intolérable comparativement à ses pairs « normaux », affectant ainsi considérablement sa qualité de vie et possiblement celle de son entourage (Miller, Neft et al., 2008). De plus, lorsque l'adolescent TPL est comparé à ceux souffrant de troubles de l'axe I ou d'autres troubles de l'axe II, il présente des dysfonctionnements considérés comme plus importants (Bleiberg et al., 2012). Quelle que soit notre compréhension du fonctionnement psychologique sous-jacent, les symptômes et les comportements liés au TPL sont de plus en plus reconnus (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Des manifestations similaires du TPL

chez les adultes et les adolescents ont d'ailleurs été documentées (Bleiberg et al., 2012). Malgré tout, le jeune TPL peut voir ses difficultés minimisées par son entourage qui les attribuent à l'adolescence, contribuant de ce fait à alimenter sa détresse (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Plusieurs symptômes sont régulièrement associés au TPL à l'adolescence dont l'impulsivité (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Dumas, 2007; Haugaard, 2004; Paris, 2007) et des difficultés à réguler et contrôler ses émotions (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Crowell et al., 2009; Dumas, 2007; Foelsch et al., 2008; Haugaard, 2004; Jakubczyk, Zechowski, & Namyslowska, 2001; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Santisteban et al., 2003). Celles-ci se manifestent à travers l'instabilité (Dumas, 2007; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008) et l'intensité des émotions (colère, tristesse, angoisse, désespoir, etc.) (Dumas, 2007; Haugaard, 2004) ainsi que par le biais de divers comportements à risque et autodestructeurs (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Dumas, 2007; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; Santisteban et al., 2003). L'usage de substances (Bleiberg et al., 2012; Dumas, 2007; Miller, Neft et al., 2008; Santisteban et al., 2003), les troubles alimentaires (Bleiberg et al., 2012; Miller, Neft et al., 2008), la promiscuité sexuelle, la fuite dans un monde artificiel à l'aide d'Internet ou de jeux vidéo (Bleiberg et al., 2012) ou tout autre comportement mettant à risque et menaçant l'intégrité physique de l'individu (Haugaard, 2004) en sont de nombreux exemples.

Le suicide (Al-Alem & Omar, 2008; Guilé et al., 2005; Marcinko & Bilic, 2010; Miller, Neft et al., 2008) et l'automutilation (Foelsch et al., 2008; Guilé et al., 2005; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) font aussi partie de la réalité des jeunes TPL. On estime à 10 % la proportion des jeunes TPL qui se suicident (Al-Alem & Omar, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les idéations et les comportements suicidaires ainsi que les comportements automutilatoires de toutes sortes sont, eux aussi, liés à l'impulsivité et aux difficultés de régulation émotionnelle caractérisant l'adolescent TPL (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Crowell et al., 2009; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Santisteban et al., 2003). Alors que Bleiberg et al. (2012) considèrent ces comportements comme un « effort défensif actif », Miller, Neft et al. (2008) font référence à des « solutions comportementales ». Par contre, tous s'entendent pour dire qu'il s'agit d'une façon pour le TPL de gérer ou d'éviter des émotions profondément douloureuses lors de situations de stress, de perte, d'abandon réel ou imaginé ou de difficultés relationnelles. Dans un même objectif, le TPL a aussi recours à des moyens psychiques appelés mécanismes de défenses primitifs¹ dont le clivage², le déni³, l'identification projective⁴, etc. (Bessette, 2007; Dumas, 2007; Jakubczyk et al., 2001). Haugaard (2004) fait globalement référence à des processus et

¹ Ceux utilisés par les TPL sont généralement rigides et peu flexibles, ne permettant pas une adaptation réussie à la réalité externe (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

² Consiste en la scission intransigeante au niveau psychique des affects et des représentations de soi et des autres en « tout bon » ou « tout mauvais » (Clarkin et al., 2006; Jakubczyk et al., 2001).

³ Consiste au fait de nier la réalité d'une perception, généralement des émotions, liée par exemple à des souvenirs, des pensées ou des besoins (Bergeret, 2004; Clarkin et al., 2006)

⁴ Consiste en la projection d'une représentation de soi « mauvaise », gênante et intolérable en l'autre afin qu'elle soit moins menaçante, mieux contrôlée et introjectée subséquentment sous une forme plus acceptable (Bergeret, 2004; Clarkin et al., 2006; Jakubczyk et al., 2001).

contenus de pensée, affects et perceptions de soi intenses, instables et imprévisibles. Une piètre qualité de vie (Chanen, McCutcheon et al., 2009) et un faible niveau de satisfaction des individus aux prises avec un TPL par rapport à leur vie (Winograd et al., 2008) peuvent peut-être aussi expliquer la présence de ces comportements autodestructeurs. L'échec du patient à se rétablir après plusieurs tentatives ou traitements est aussi lié au suicide (Marcinko & Bilic, 2010).

Les TPL sont aussi reconnus pour avoir des difficultés importantes au niveau interpersonnel (AL-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; Crowell et al., 2009; Dumas, 2007; Haugaard, 2004; Jakubczyk et al., 2001; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Santisteban et al., 2003; Schuppert et al., 2012; Winograd et al., 2008). Leurs relations sont teintées d'une oscillation constante entre l'angoisse d'un abandon réel ou imaginé ou d'envahissement (Al-Alem & Omar, 2008; Dumas, 2007; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007) et l'idéalisation ou la dévaluation (clivage) (Haugaard, 2004). De plus, le jeune TPL a de la difficulté à se différencier par rapport aux autres (Beresin, 1994), accède difficilement à la subjectivité d'autrui (Bleiberg et al., 2012) et tend à interpréter de manière erronée ou à avoir une vision distordue de la nature de leur relation avec les autres ainsi que par rapport à comment ces derniers les perçoivent (Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008). Ces jeunes représentent également une charge émotionnelle importante pour leur famille (Crowell et al., 2009; Woodberry,

Miller, Glinski, Indik, & Mitchell, 2002). Plus précisément, Bleiberg et al. (2012) traduisent les difficultés relationnelles familiales par un « cycle coercitif de non mentalisation » entre le jeune et ses parents qui les contraints à ne pas saisir leur réalité interne respective et qui est donc à l'origine d'importants conflits.

Par ailleurs, on remarque des difficultés identitaires ou une diffusion de l'identité chez les jeunes TPL (Bleiberg et al., 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; Clarkin et al., 2001; Crowell et al., 2009; Dumas, 2007; Foelsch et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Haugaard (2004), de son côté, fait référence à une lacune au niveau de la cohérence du sens de soi (sense of self). La problématique identitaire est d'ailleurs considérée comme étant à la base de la pathologie de la personnalité par certains (Chanen, McCutcheon et al., 2009; Foelsch et al., 2008). Elle s'actualise, entre autres, par l'ambivalence du jeune face à lui-même et ce qu'il souhaite (Dumas, 2007), par des changements rapides au niveau des objectifs, des valeurs et des amitiés ainsi que par le sentiment d'être constamment mauvais et vide (Haugaard, 2004).

Finalement, des symptômes psychotiques, paranoïdes ou dissociatifs (Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007) peuvent également être présents chez les adolescents TPL. D'ailleurs, ils seraient observés chez 90 % d'entre eux (Bleiberg et al., 2012). Toutefois, les épisodes de délire et d'hallucination seraient généralement transitoires et liés à des moments

d'instabilité affective extrême, pouvant ainsi se distinguer de la schizophrénie ou d'autres troubles connexes (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Problèmes associés au TPL

Le TPL est associé à un grand nombre de difficultés à court et à long termes autant au niveau psychologique que fonctionnel. Il a été décidé de les aborder avec circonspection et selon l'angle des problèmes associés notamment puisqu'il ne semble pas possible pour les auteurs d'affirmer avec certitude que ces problématiques consistent en des causes, des éléments concomitants ou des conséquences directes du trouble. Il est parfois même difficile de les distinguer des symptômes identifiés comme propres au trouble (p. ex. difficultés relationnelles ou comportements suicidaires et automutilatoires).

Plusieurs auteurs statuent sur une forte association entre le TPL et les troubles de l'axe I autant durant l'adolescence qu'à l'âge adulte (Al-Alem & Omar, 2008; Bateman & Fonagy, 1999; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Foelsch et al., 2008; Haugaard, 2004). Les patients souffrant d'un TPL sont d'ailleurs identifiés comme étant aux prises avec davantage de troubles à l'axe I que les individus souffrant d'autres troubles de la personnalité (Al-Alem & Omar, 2008). Les plus fréquemment énoncés sont les suivants : les troubles alimentaires (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), les troubles anxieux (Bateman & Fonagy, 1999; Bleiberg et al., 2012;

Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), l'état de stress post-traumatique (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), le trouble lié à l'usage de substances (abus, dépendance) (Bleiberg et al., 2012; Dumas, 2007; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), le trouble bipolaire de type I et II (Bleiberg et al., 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), les troubles de l'humeur (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ainsi que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Haugaard, 2004). Bleiberg et ses collaborateurs (2012) relèvent la présence d'un trouble alimentaire et d'un état de stress post-traumatique chez les jeunes TPL dans 30-50 % des cas, d'un trouble anxieux pour 50-60 %, d'un trouble lié à l'usage de substances chez 50 % d'entre eux et d'un trouble bipolaire chez 10-30 %. La principale différence entre les manifestations des troubles de l'axe I et du TPL est que celles du dernier font l'objet d'une plus grande fluctuation et variabilité (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

En plus d'être associé avec une psychopathologie marquée, le TPL à l'adolescence est lié à des atteintes au niveau du fonctionnement (Chanen, Jackson et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Des problématiques scolaires, occupationnelles et professionnelles sont également omniprésentes (Al-Alem & Omar, 2008; Miller, Neft et al., 2008; Schuppert et al., 2012; Winograd et al., 2008).

Miller, Neft et al. (2008) précisent que la difficulté du patient TPL à réguler ses émotions aurait une influence au niveau cognitif, sans égard à l'intelligence, se traduisant par une difficulté à se présenter et se concentrer à l'école ainsi que sur ses travaux.

De plus, une charge financière notable est associée au TPL autant pour la société, la famille que pour l'individu qui en souffre, compte tenu d'une utilisation répétée des différents services de santé mentale (p. ex. urgence, hospitalisation), principalement des suites de comportements suicidaires et automutilatoires de ce dernier (Barnicot et al., 2012; Crowell et al., 2009; Foelsch et al., 2008; Schuppert et al., 2012). Une relation positive est observée entre le risque d'avoir recours à des services de santé mentale et le niveau de symptômes durant l'adolescence (Winograd et al., 2008).

Finalement, les symptômes du TPL et les problèmes adaptatifs qui y sont associés (p.ex. le recours à des comportements de dépendance ou à d'autres patterns inadaptés pour faire face à l'adversité et réguler les émotions, etc.), en empêchant le développement de compétences, engendreraient plusieurs ratés des opportunités développementales (Bleiberg et al., 2012). Cela aurait pour conséquence l'atteinte d'un moins grand nombre d'objectifs développementaux normatifs (p. ex. fonder une famille, avoir une carrière, etc.) (Winograd et al., 2008), renforçant ainsi la trajectoire vers un TPL à l'âge adulte (Bleiberg et al., 2012). Le TPL à l'adolescence est d'ailleurs lié à la présence de psychopathologies sérieuses à l'âge adulte et de dysfonctionnements à long

terme (Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Nelson & Schulz, 2012; Schuppert et al., 2012; Winograd et al., 2008) tels que divers troubles internalisés et externalisés, des comportements violents et des diagnostics à l'axe I, plus particulièrement ceux de troubles liés à l'usage d'une substance et de troubles de l'humeur (Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; Winograd et al., 2008). Un portrait clinique décrivant un amalgame de symptômes et de traits problématiques de la personnalité durant l'enfance tend à prédire un dysfonctionnement de la personnalité ultérieurement (Zelkowitz et al., 2007). Plus précisément, le TPL à l'adolescence serait un meilleur élément prédictif des dysfonctionnements psychosociaux et psychopathologiques à long terme que les troubles de l'axe I (Schuppert et al., 2012).

En résumé, l'adolescence consiste en une période très mouvementée et où plusieurs changements s'opèrent, rendant ainsi l'individu, constamment en déséquilibre, vulnérable à divers troubles psychiatriques tel que le TPL. Un adolescent « normal » peut présenter des manifestations qui s'apparentent à celles attribuables au TPL à l'adolescence. Toutefois, le caractère envahissant et l'intensité de la souffrance vécue par le jeune TPL le distingue de ses pairs n'ayant pas de troubles de santé mentale. Une proportion importante de jeunes est touchée par le TPL, et ce, particulièrement lorsqu'on observe une population clinique recevant des services à l'externe ou à l'interne. La variabilité des données épidémiologiques indique néanmoins qu'il serait pertinent d'entreprendre des études de prévalence selon des critères plus uniformes (p. ex., tranche

d'âge relative à la période de l'adolescence, critères diagnostiques, etc.) et à partir des méthodes les plus valides scientifiquement (p. ex. autoévaluation versus entretien semi-structuré). Il est constaté que l'adolescent TPL est particulièrement dysfonctionnel relativement à son impulsivité, sa difficulté à réguler ses émotions, ses nombreux comportements à risque et autodestructeurs, sa manière chaotique d'entrer en relation, etc. Plusieurs sphères de sa vie (sociale, scolaire, professionnelle, familiale, etc.) sont ainsi affectées par la pathologie, influençant entre autres sa capacité à répondre aux tâches développementales de l'adolescence. Ultimement, ces nombreuses atteintes peuvent conduire à la persistance des dysfonctionnements et de la psychopathologie à plus long terme. Toutefois, d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer clairement ce qui correspond aux causes, aux manifestations, aux éléments concomitants et aux conséquences du TPL à l'adolescence.

Étiologie du TPL

Outre l'instabilité relative à la période de l'adolescence, plusieurs éléments peuvent contribuer au développement du TPL chez le jeune. De plus, la façon dont ces variables influencent l'adolescent au niveau psychologique, affectif, cognitif et comportemental et interagissent entre elles est comprise différemment selon les auteurs et le cadre théorique à partir duquel elles sont organisées. La prochaine section explore brièvement les facteurs identifiés comme déterminants dans le développement du TPL ainsi que la compréhension de quelques auteurs selon des modèles étiologiques plus classiques et d'autres plus contemporains rencontrés dans la littérature.

Facteurs déterminants

Les recherches sur le développement du TPL sont peu nombreuses (Crowell et al., 2009). Actuellement, la ou les trajectoires développementales ayant pour issue un TPL à l'âge adulte demeurent incertaines (Crowell et al., 2009) et varient d'un individu à l'autre (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les origines du TPL sont complexes et ne sont pas clairement identifiées (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007). Toutefois, un consensus ressort quant au fait que la difficulté de régulation émotionnelle, l'impulsivité, une colère excessive (liée au tempérament ou découlant d'abus ou de négligence dans l'enfance), des problèmes de séparation-individuation et des difficultés identitaires (instable sense of self) ont une influence importante dans le développement du TPL (Cartwright, 2008). Au même titre que les problèmes associés, cela semble confondant et plutôt imprécis de faire référence à ces éléments comme des facteurs « de risque » ou déterminants puisque ces mêmes aspects sont aussi utilisés pour définir le TPL (Chanen & Kaess, 2012). Bien que tous s'entendent pour dire que le TPL est multifactoriel ou multidéterminé (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Nelson & Schulz, 2012) et qu'ainsi, plusieurs facteurs bio-psycho-sociaux contribuent à son développement (Beresin, 1994; Paris, 2007), on ne sait toujours pas comment ces facteurs émergent ou interagissent ni dans quelle mesure ils contribuent à l'étiologie ou exacerbent uniquement des traits de personnalité déjà présents (Cartwright, 2008). Indépendamment de la difficulté des auteurs à établir des relations de cause à effet expliquant l'étiologie du TPL (Beresin, 1994), il est reconnu que notre personnalité se structure selon des interactions complexes entre des facteurs du

tempérament, tributaires de la génétique et des composantes constitutionnelles ainsi que du caractère mis en forme par les événements de vie et l'évolution (Cartwright, 2008).

Dans un premier temps, on constate le rôle joué par les facteurs du tempérament dans le développement du TPL aussi nommés vulnérabilités, prédispositions ou hérédité (génétique) (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Santisteban et al., 2003). Certaines anomalies cérébrales fonctionnelles et structurales ont aussi été identifiées comme constituant un facteur de risque du TPL (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Zelkowitz et al., 2007). Celles-ci touchent différentes régions du cerveau (p. ex. amygdales, hippocampe, régions orbito-frontales, cortex préfrontal, etc.) (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Nelson & Schulz, 2012) et impliquent divers neuromédiateurs (neurotransmetteurs) (Beresin, 1994; Cartwright, 2008; Chanen & Kaess, 2012; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007). Ces anomalies sont entre autres liés à l'agressivité, l'impulsivité (Al-Alem & Omar, 2008; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), la régulation émotionnelle, la régulation et la lecture des interactions sociales (Cartwright, 2008), etc. Des résultats contradictoires concernant ces diverses anomalies sont toutefois constatés et suggèrent que davantage d'études sont requises concernant ce sujet auprès des TPL (Marcinko & Bilic, 2010). Bien que ces variables semblent avoir une part importante dans le développement du TPL, il faut

comprendre qu'elles requièrent un environnement particulier pour s'actualiser (Cartwright, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Plusieurs éléments de l'environnement semblent influencer le déploiement du TPL. Une forte association entre le TPL et des expériences négatives durant l'enfance est observée (Chanen & Kaess, 2012). Plus précisément, l'apport d'un environnement inadéquat (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Dumas, 2007; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Santisteban et al., 2003) et d'un contexte familial difficile (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Zerkowitz et al., 2007), incluant la présence de trauma précoces tels que de la négligence ainsi que des abus physiques et sexuels (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Cartwright, 2008; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Zerkowitz et al., 2007), ont été reconnus comme contribuant au développement du TPL. Bien que ces aspects soient considérés comme des médiateurs sociaux clés par rapport au dysfonctionnement de la personnalité, peu d'études ont décrit comment les caractéristiques de la parentalité et de l'environnement familial créent ou influencent les vulnérabilités au TPL (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). De plus, malgré que ces facteurs externes stimulent l'émergence des symptômes chez l'individu vulnérable, des événements défavorables et un environnement chaotique ne semblent pas représenter des facteurs pathogènes à eux

seuls (Al-Alem & Omar, 2008) puisque certaines personnes ayant vécu des traumas répétés feront preuve de résilience (Cartwright, 2008).

Modèles étiologiques

Tel que démontré précédemment, le TPL émerge des interactions et de l'interinfluence entre une multitude de facteurs qui, pris séparément, ne pourraient pas justifier un tel trouble. Différents auteurs et chercheurs ont élaboré des théories pour expliquer le développement du TPL. Historiquement, les premiers travaux se sont centrés sur le modèle intrapsychique des relations d'objet alors que les subséquents ont mis l'emphase sur les théories bio-psycho-sociales basées sur le multidéterminisme dans l'étiologie du TPL (Middleton, 2004). Bien que les approches contemporaines s'appuient sur des facteurs environnementaux au sens large, elles soutiennent fondamentalement les théories des relations d'objet plus classiques et inversement (Middleton, 2004). Ainsi, la prochaine partie ne se veut aucunement exhaustive quant aux théories et modèles explicatifs du TPL, puisqu'il y en a pratiquement autant qu'il y a d'auteurs, mais définit brièvement certains de ceux les plus souvent rencontrés dans la littérature concernant les adolescents.

Théories des relations d'objet. Ici, les visions d'Otto Kernberg, Margaret Mahler et James Masterson seront rapportées, révélant en quelque sorte les conséquences intrapsychiques des facteurs environnementaux (Middleton, 2004).

Otto Kernberg. Kernberg est considéré comme le premier à avoir articulé une théorie cohérente quant à l'étiologie du TPL (Middleton, 2004). Il a appliqué son concept « d'organisation limite de la personnalité » autant aux adultes qu'aux adolescents (Beresin, 1994). Kernberg soutient que le TPL prend racine dans un échec développemental lors de la période préœdipienne à laquelle contribuent autant des facteurs génétiques qu'environnementaux (Middleton, 2004). Les éléments structureaux de l'organisation limite de la personnalité consistent en la pathologie des relations d'objet internalisées et en des manifestations non spécifiques de la faiblesse de l'égo qui évolueront vers des processus primaires de pensée ainsi que des opérations défensives spécifiques (Middleton, 2004). Plus précisément, cet échec résulte en l'incapacité de l'individu à intégrer les représentations positives (sensations libidinales et agréables) et négatives (sentiments non modulés et agressifs) des objets du soi et des autres, l'amenant à mettre en place des mécanismes de défense coûteux afin de maintenir ces pôles représentationnels clivés (Middleton, 2004). La difficulté à créer une relation significative, stable et satisfaisante est l'une des principales conséquences d'une telle organisation psychique. Cela se manifeste dans la fluctuation des comportements interpersonnels associés à des pensées et émotions tantôt idéalisantes tantôt dévalorisantes face à l'autre (Middleton, 2004). Kernberg met l'accent sur le clivage (mécanisme de défense) et la diffusion de l'identité (c'est-à-dire l'absence d'un concept de soi intégré ou d'une représentation d'objet total, stable et internalisé en relation avec le soi) dans sa compréhension de l'organisation limite de la personnalité chez les adolescents et leur traitement (Beresin, 1994; Middleton, 2004).

Margaret Mahler. Mahler a élaboré un modèle de développement de l'enfant largement accepté qui peut expliquer la théorie des relations d'objet de Kernberg (Middleton, 2004). Elle affirme que l'enfant âgé entre 18 et 36 mois traverse un premier stade de séparation individuation par rapport à son parent / tuteur principal. Il y a une sous-phase à ce processus qui consiste en une alternance entre le rapprochement et l'éloignement par rapport au parent afin de devenir graduellement de plus en plus autonome et acquérir les capacités pour poursuivre son développement (Middleton, 2004). Les parents doivent fournir un environnement favorisant ce processus (Middleton, 2004). À la fin de la sous-phase de rapprochement, le jeune acquiert une constance de soi (self-consistency) relative à l'identité combinée à des relations d'objet intégrées. Elle considère que l'agressivité souvent refoulée chez les adolescents TPL provient soit d'un faible niveau de tolérance à la frustration soit de facteurs environnementaux ou des deux (Middleton, 2004).

James Masterson. L'approche de Masterson s'inscrit dans le courant de la psychologie de Soi, de la théorie des relations d'objets (Besette, 2007) et de celle de la séparation-individuation de Mahler (Middleton, 2004). Masterson considère que les microtraumatismes au quotidien dans la relation d'attachement sont le principal facteur de risque dans le développement du TPL (Besette, 2007). Plus précisément, une relation mère-enfant grandement perturbée affecterait le sentiment de sécurité et d'unicité de l'individu par rapport à lui-même et aux autres et entraînerait le sous-développement des structures responsables de l'autorégulation. L'enfant serait envahi à répétition par des

affects négatifs alors que ses besoins affectifs ne trouvent pas de réponse appropriée en étant laissé à lui-même pour gérer des situations qui le dépassent ou en se butant à une réponse hostile de la part des figures d'attachement. Une mère tolérant difficilement la séparation ou l'abandon, étant elle-même TPL, psychotique, absente ou dépressive peut aussi contribuer aux difficultés de séparation puisque l'attachement est encouragé et récompensé alors que l'autonomie est contrecarrée (Beresin, 1994; Middleton, 2004). Ultérieurement, cela s'actualise à travers des difficultés au niveau du processus de séparation-individuation (arrêt du développement) et se solde par l'installation de l'individu dans une structure de personnalité pathologique (Beresin, 1994; Masterson, 1971; Middleton, 2004). Ultimement, il se développera un « faux Soi défensif », correspondant à une structure intrapsychique clivée, pour éviter la détresse associée à la prise d'autonomie nommée « dépression d'abandon » (Bessette, 2007). L'individu utilisera des mécanismes de défense primitifs tels que les passages à l'acte¹ (p. ex. gestes suicidaires, parasuicidaires, abus de substances, explosion colérique, violence verbale ou physique, etc.), le clivage, l'identification projective, etc. (Beresin, 1994; Bessette, 2007) afin de se dissocier de la « dépression d'abandon » (affects majoritairement négatifs tels que le vide, l'anxiété, la dépression, la colère, le désespoir, etc.), freinant ainsi, voire interrompant, le développement, l'individuation et l'autonomie (Bessette, 2007).

¹ Comportements mésadaptés et autodestructeurs nommés acting-out dans la littérature anglophone.

Théories bio-psycho-sociales. Ces théories ont pour prémisse que le TPL est multidéterminé. Cela est exposé précédemment à travers les divers facteurs de risque identifiés et associés à cette pathologie tels que les abus, la négligence, les dysfonctionnements familiaux, les anomalies cérébrales, etc. Ici vous seront présentées plus en détail la compréhension de Marsha Linehan ainsi que celle d'Anthony Bateman et Peter Fonagy.

Marsha Linehan. La théorie biosociale de Linehan à la base de la thérapie dialectique comportementale suggère qu'un environnement familial traumatique, un tempérament vulnérable et un ou une série d'évènements déclencheurs sont à l'origine du TPL (Middleton, 2004). Pour Linehan, le TPL serait d'abord et avant tout un trouble de la régulation émotionnelle, c'est-à-dire de la capacité à contrôler, évaluer et moduler ses émotions, qui émerge des transactions entre les vulnérabilités biologiques de l'individu et un environnement invalidant (Al-Alem & Omar, 2008; Crowell et al., 2009; MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013; Middleton, 2004). Un environnement invalidant nie, punit et/ou répond de façon erratique et inappropriée aux expériences émotionnelles de l'enfant, renforce de façon intermittente les escalades émotionnelles et sursimplifie la résolution de problèmes (Crowell et al., 2009; MacPherson et al., 2013). L'environnement encourage à la fois l'expression émotionnelle intense tout en communiquant à l'enfant que l'expression de ses émotions n'est pas justifiée et que ces dernières devraient être gérées de manière intériorisée et sans le soutien des parents

(Crowell et al., 2009). Ainsi, l'enfant a de la difficulté à se réguler tant au niveau émotionnel, comportemental, cognitif qu'interpersonnel (MacPherson et al., 2013).

Anthony Bateman et Peter Fonagy. Un nombre croissant de données soutiennent l'utilisation d'une approche basée sur la mentalisation développée par Bateman et Fonagy dans la compréhension de l'étiologie du TPL à l'adolescence (Bleiberg et al., 2012; Nelson & Schulz, 2012). La mentalisation consiste en l'activité psychique qui nous permet de percevoir, comprendre et interpréter le sens de nos propres actions et de celles des autres selon nos besoins, désirs, sentiments, croyances et objectifs respectifs nommés « états mentaux intentionnels¹ » (Fonagy & Luyten, 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les capacités de mentalisation, de régulation émotionnelle, d'autocontrôle ainsi que le développement d'une structure de soi cohérente (identité) dépendent de la qualité de l'attachement et plus particulièrement de la manière dont les figures parentales auront adéquatement reflété les expériences subjectives de l'enfant (Fonagy & Luyten, 2009). L'apport des vulnérabilités constitutionnelles (p. ex., l'impulsivité) et des changements neurodéveloppementaux normaux durant la période de l'adolescence sont également reconnus dans l'émergence de diverses difficultés (Bleiberg et al., 2012; Fonagy & Luyten, 2009). Ainsi, les prédispositions et l'exposition précoce à des relations d'attachement négligentes et invalidantes contribueraient à l'appauvrissement des capacités de mentalisation, à une profonde désorganisation de la structure du soi et joueraient un rôle déterminant dans le développement de différentes

¹ Traduction libre de « intentional mental state »

pathologies telles que le TPL (Bleiberg et al., 2012; Fonagy & Luyten, 2009). La formulation de ces auteurs chevauche celle de Linehan par rapport à l'implication de l'environnement familial inadéquat dans le développement du TPL (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ainsi que celles de Kernberg et Masterson quant à la contribution des relations précoces.

En résumé, le TPL est un trouble multidéterminé pour lequel les combinaisons possibles de facteurs déterminant sont infinies. Néanmoins, la façon dont ces éléments s'amalgament et s'influencent est encore à l'origine de plusieurs interrogations et controverses. Des recherches sont nécessaires afin de clarifier la relation entre ces éléments. Malgré que les modèles étiologiques du TPL diffèrent selon les auteurs et les bases théoriques qui les sous-tendent, plusieurs d'entre eux soulignent l'importance des interactions parents-enfant dans le développement psychoaffectif et postulent, avec des conceptualisations qui leur sont propres, qu'une relation parents-enfant perturbée à un âge précoce contribue au développement du TPL. De plus, plusieurs reconnaissent également l'apport des vulnérabilités de la personne telle que son tempérament. Ainsi, les individus constitutionnellement vulnérables et exposés à des contextes de vie inadéquats, minant le développement de leurs capacités affectives, sociales et cognitives, grandissent avec des atteintes multiples les empêchant de fonctionner adéquatement à plusieurs niveaux (affectif, relationnel, professionnel, etc.).

Enjeux relatifs au TPL à l'adolescence

Tel qu'exposé dans les deux précédentes sections, le TPL à l'adolescence est une pathologie complexe tant dans ses déterminants, sa nature que dans ses impacts à court et à long termes. Il est également à l'origine de nombreux débats, enjeux et défis relatifs à son évaluation, son diagnostic et son traitement. La section suivante fournit un aperçu de ces enjeux et de leurs implications dans la pratique clinique afin que le lecteur puisse saisir ce que représente l'intervention auprès de cette clientèle.

Défis liés à l'évaluation diagnostique

Le TPL est un trouble sévère et complexe (Schuppert et al., 2012) lié à plusieurs défis concernant son évaluation diagnostique (McMain & Ellery, 2008). Dans un premier temps, la nature même du trouble, tel qu'il a été décrit plus haut, peut compliquer l'évaluation puisque certains patients peuvent, par exemple, se sentir rapidement envahis pendant qu'on y procède (Chanen, McCutcheon et al., 2009) ou être méfiants, voire réticents à fournir des informations pertinentes avant qu'une alliance thérapeutique soit créée (Chanen, McCutcheon et al., 2009; McMain & Ellery, 2008). Ainsi, même si cette étape devrait généralement avoir lieu avant le début du traitement, elle peut exiger plus de temps et de souplesse et consiste davantage en un processus continu.

Deuxièmement, l'évaluation du TPL est complexifiée relativement à la présence simultanée de plusieurs problématiques associées dont certaines d'entre elles peuvent

avoir des manifestations similaires au trouble. Ainsi, il est parfois difficile de déterminer si les symptômes sont ceux du TPL ou d'une condition « comorbide » (Al-Alem & Omar, 2008; Chanen, McCutcheon et al., 2009; McMMain & Ellery, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). De ce fait, une évaluation diagnostique rigoureuse est essentielle afin de cerner avec précision la problématique et de statuer sur le traitement ainsi que sur les stratégies à privilégier (McMain & Ellery, 2008), car on constate que les jeunes TPL sont souvent impliqués dans de multiples interventions selon un degré de coordination variable utilisant parfois même des stratégies contradictoires (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Santé Canada (2002) suggère de mener l'évaluation de façon franche, directe et sans porter de jugement tout en raffinant la quête d'information par rapport au TPL au fur et à mesure du processus. L'évaluation diagnostique devrait consister en une investigation approfondie portant non seulement sur le trouble supposé, mais également sur les troubles à l'axe I et les affections médicales actuelles et passées (McMain & Ellery, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ainsi que sur l'histoire développementale de la famille (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Chang, Sharp et Ha (2011) soulignent également l'importance de corroborer les informations obtenues auprès de tiers (amis, famille, évaluations et traitements antérieurs). Ainsi, le clinicien s'assurera d'avoir une expertise valide et fiable reflétant un portrait complet du jeune et de son fonctionnement (Chang et al., 2011; McMMain & Ellery, 2008). Cette investigation permettra d'établir que la gravité et l'intensité des

comportements telles que la labilité émotionnelle, l'instabilité interpersonnelle et les difficultés identitaires dépassent ce qui est typiquement retrouvé chez un adolescent (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) et de déterminer si les comportements faisant l'objet d'inquiétudes illustrent réellement une ou des caractéristiques essentielles du TPL (Clark & Harrison, 2001). Cette étape devrait se clore par une formulation claire des difficultés de l'adolescent et l'établissement d'un plan d'intervention détaillé (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Dans un autre ordre d'idée, de nombreuses difficultés liées à la méthode diagnostique de type catégoriel propre au DSM-IV ont été identifiées. Bien qu'elles fournissent des informations pertinentes, les études ont montré qu'il est difficile de travailler selon sa structure dans le diagnostic du TPL (Chang et al., 2011) et qu'elle comporte certaines limites (McMain & Ellery, 2008). On a entre autres constaté l'hétérogénéité des portraits cliniques parmi ceux qui sont diagnostiqués TPL (Al-Alem & Omar, 2008; Chang et al., 2011; Crowell et al., 2009; Paris, 2007); un chevauchement fréquent des symptômes du TPL avec ceux des troubles de l'axe I et des autres troubles de l'axe II (McMain & Ellery, 2008), plus particulièrement ceux du groupe B (Renaud & Cloutier, 2007); un manque d'illustrations adaptées et appropriées des critères diagnostiques à la période développementale de l'adolescence (Chanen, McCutcheon et al., 2009) ainsi qu'un manque de précision fournit quant au fonctionnement, à la structure, et plus particulièrement à la sévérité des difficultés vécues par le jeune qui permettrait de statuer sur le caractère envahissant, la complexité, le degré des atteintes,

la présence d'un danger éminent pour l'individu ou autrui ainsi que de prédire la réponse au traitement (McMain & Ellery, 2008). De plus, même si de nombreux patients sont dépourvus de symptômes dramatiques (p. ex. tentative de suicide, automutilation) et que le seuil diagnostique du TPL n'est plus atteint, car certains critères diagnostiques préconisés par le DSM fluctuent significativement dans le temps (surtout si un traitement est reçu), plusieurs d'entre eux vivent tout de même une souffrance significative (p. ex. humeurs et de cognitions) liée à la pathologie (Renaud & Cloutier, 2007). Conséquemment, afin de répondre à certaines de ces lacunes, le DSM-V, sans se départir de sa méthode catégorielle, offre la possibilité de se tourner vers une approche dite dimensionnelle pour diagnostiquer les troubles de personnalité incluant le « Borderline Personality Disorder ». Cette approche statue sur des critères généraux d'un trouble de personnalité au sens large et ensuite, chaque trouble de personnalité est considéré comme ayant un fonctionnement de la personnalité particulier relatif au soi (« identity, self-direction ») et au niveau interpersonnel (« empathy, intimacy »), se manifestant à travers des difficultés caractéristiques et se définissant selon divers traits de personnalité pathologique spécifiques. Les critères diagnostiques généraux et spécifiques du « Borderline Personality Disorder », tirés intégralement du DSM-V, sont disponibles respectivement dans les Tableaux 1 et 2.

Tableau 1

*Critères diagnostiques généraux du « Borderline Personality Disorder » selon
l'approche dimensionnelle du DSM-V¹*

General Criteria for Personality Disorder

The essential features of a personality disorder are

- A. Moderate or greater impairment in personality (self/interpersonal) functioning.
 - B. One or more pathological personality traits.
 - C. The impairments in personality functioning and the individual's personality traits expression are relatively inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations.
 - D. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are relatively stable across time, with onsets that can be traced back to at least adolescence or early adulthood.
 - E. The impairments in personality functioning and the individual's personality expression are not better explained by another mental disorder.
 - F. The impairments in personality functioning and the individual's personality expression are not solely attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition (e.g., severe head trauma).
 - G. The impairments in personality functioning and the individual's personality expression are not better understood as normal for an individual's developmental stage or sociocultural environment.
-

¹ Le présent tableau consiste en une copie intégrale tirée du DSM-V, p. 761. Il est en anglais puisque la version francophone n'est actuellement pas disponible et qu'une traduction libre aurait pu en altérer le sens.

Tableau 2

*Critères diagnostiques spécifiques du « Borderline Personality Disorder » selon
l'approche dimensionnelle du DSM-V¹*

Proposed Diagnostic Criteria

- A. Moderate or greater impairment in personality functioning, manifested by characteristic difficulties in two or more of the following four areas:
1. Identity: Markedly impoverished, poorly developed, or unstable self-image, often associated with excessive self-criticism; chronic feelings of emptiness; dissociative states under stress.
 2. Self-direction: Instability in goals, aspirations, values, or career plans.
 3. Empathy: Compromised ability to recognize the feelings and needs of others associated with interpersonal hypersensitivity (i.e., prone to feel slighted or insulted); perceptions of others selectively biased toward negative attributes or vulnerabilities.
 4. Intimacy: Intense, unstable, and conflicted close relationships, marked by mistrust, neediness, and anxious preoccupation with real or imagined abandonment; close relationships often viewed in extremes of idealization and devaluation and alternating between over involvement and withdrawal.
- B. Four or more of the following seven pathological personality traits, at least one of which must be (5) Impulsivity, (6) Risk taking, or (7) Hostility:
1. Emotional lability (an aspect of Negative Affectivity): Unstable emotional experiences and frequent mood changes; emotions that are easily aroused, intense, and/or out of proportion to events and circumstances.
 2. Anxiousness (an aspect of Negative Affectivity): Intense feelings of nervousness, tenseness or panic, often in reaction to interpersonal stresses; worry about the negative effects of past unpleasant experiences and future negative possibilities; feeling fearful, apprehensive, or threatened by uncertainty; fears of falling apart or losing control.
 3. Separation insecurity (an aspect of Negative Affectivity): Fears of rejection by - and/or separation from - significant others, associated with fears of excessive dependency and complete loss of autonomy.
 4. Depressivity (an aspect of Negative Affectivity): Frequent feelings of being down, miserable, and/or hopeless; difficulty recovering from such moods; pessimism about the future; pervasive shame; feeling of inferior self-worth; thoughts of suicide and suicidal behavior.
 5. Impulsivity (an aspect of Disinhibition): Acting on the spur of the moment in response to immediate stimuli; acting on momentary basis without a plan or consideration of outcomes; difficulty establishing or following plans; a sense of urgency and self-harming behavior under emotional distress.
 6. Risk taking (an aspect of Disinhibition): Engagement in dangerous, risky, and potentially self-damaging activities, unnecessarily and without regard to consequences; lack of concern for one's limitations and denial of the reality of personal danger.
 7. Hostility (an aspect of Antagonism): Persistent or frequent angry feelings; anger or irritability in response to minor slights and insults.
-

¹ Le présent tableau consiste en une copie intégrale tirée du DSM-V, p. 766. Il est en anglais puisque la version francophone n'est actuellement pas disponible et qu'une traduction libre aurait pu en altérer le sens.

L'évaluation est basée sur le degré des atteintes au niveau du fonctionnement de la personnalité par rapport à soi et au niveau interpersonnel (0- *Little or no impairment*; 1- *Some impairment*; 2- *Moderate impairment*; 3- *Severe impairment*; 4- *Extreme impairment*) (avec un descriptif détaillé de ce en quoi consiste une atteinte pour chacun des niveaux concernant l'« identity », la « self-direction », l'« empathy » et l'« intimacy ») et sur la présence d'un minimum de traits de personnalité pathologique spécifiques pour chacun des TP¹. Finalement, cette méthode prévoit également un diagnostic de « Personality disorder - trait specified » lorsqu'un trouble de personnalité est considéré comme présent, mais que les critères diagnostiques d'un trouble de personnalité spécifique ne sont pas rencontrés. Ces critères sont disponibles dans le Tableau 3. Néanmoins, cette méthode consiste en une alternative et non en un changement définitif, laissant croire que les enjeux nommés précédemment seront encore d'actualité jusqu'à ce que la transition vers ce nouveau modèle diagnostique soit acceptée et appliquée par la majorité.

¹ Pour une description détaillée de l'approche diagnostique dimensionnelle des troubles de personnalité propre au DSM-V, veuillez vous référer à la section III du manuel de référence, et plus précisément, à la sous-section suivante débutant à la page 761 : Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders.

Tableau 3

Critères diagnostiques du « Personality Disorder - Trait specified » selon l'approche dimensionnelle du DSM-V¹

Proposed Diagnostic Criteria

- A. Moderates or greater impairment in personality functioning, manifested by difficulties in two or more of the following four areas:
1. Identity
 2. Self-direction
 3. Empathy
 4. Intimacy
- B. One or more pathological personality trait domains OR specific trait facets within domains, considering ALL of the following domains:
1. Negative Affectivity (vs. Emotional Stability): Frequent and intense experiences of high levels of a wide range of negative emotions (e.g., anxiety, depression guilt/shame, worry, anger), and the behavioral (e.g., self-harm) and interpersonal (e.g. dependency) manifestations.
 2. Detachment (vs. Extraversion): Avoidance of socioemotional experience, including both withdrawal from interpersonal interactions, ranging from casual, daily interactions to friendships to intimate relationships, as well as restricted affective experience and expression, particularly limited hedonic capacity.
 3. Antagonism (vs. Agreeableness): Behaviors that put the individual at odds with other people, including an exaggerated sense of self-importance and a concomitant expectation of special treatment, as well as a callous antipathy toward others, encompassing both unawareness of others' needs and feelings, and a readiness to use others in the service of self-enhancement.
 4. Disinhibition (vs. Conscientiousness): Orientation toward immediate gratification, leading to impulsive behavior driven by current thoughts, feelings, and external stimuli, without regard for past learning or consideration of future consequences.
 5. Psychoticism (vs. Lucidity): Exhibiting a wide range of culturally incongruent odd, eccentric, or unusual behaviors and cognitions, including both process (e.g., perception, dissociation) and content (e.g., beliefs).
-

¹ Le présent tableau consiste en une copie intégrale tirée du DSM-V, p. 770. Il est en anglais puisque la version francophone n'est actuellement pas disponible et qu'une traduction libre aurait pu en altérer le sens.

En plus de son jugement clinique, le professionnel peut avoir recours à divers moyens pour procéder à son évaluation tels que l'utilisation d'instruments de mesure. Ceux-ci peuvent prendre la forme d'entretiens structurés ou semi-structurés ou d'autoévaluation à l'aide de questionnaires (Bondurant et al., 2004; Chanen, Jovev et al., 2008; Clark & Harrison, 2001; Dumas, 2007; McMain & Ellery, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Sharp & Romero, 2007; Tyrer et al., 2007).

À ce jour, les données indiquent qu'il est possible de dépister le TPL chez les jeunes (Chanen, Jovev et al., 2008; Chang et al., 2011). Toutefois, les études sont difficilement comparables entre elles puisque les outils diagnostiques utilisés ne sont pas les mêmes entre les travaux relativement à des conceptualisations différentes du TPL (DSM, CIM, organisation limite de la personnalité de Kernberg, etc.) et donc à l'emploi de critères diagnostiques divers selon les auteurs (Chanen, Jovev et al., 2008; Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2004). Il n'est donc pas possible d'identifier le meilleur instrument diagnostique puisque cela dépend nécessairement de l'approche théorique préconisée. Bien qu'il soit remarqué que les outils de dépistage tendent à fournir de nombreux faux positifs (Clark & Harrison, 2001; McMain & Ellery, 2008), l'utilisation de questionnaires et d'entretiens diagnostiques permettraient un diagnostic plus fiable qu'un entretien non structuré seul (Sharp & Romero, 2007). D'ailleurs, l'entretien clinique (structurée ou semi-structurée) constitue l'une des principales façons d'évaluer le TPL (Chanen, Jackson et al., 2008) et est considéré comme le moyen d'évaluation le plus robuste (Tyrer et al., 2007). En somme, le

dépistage ne remplace pas un diagnostic rigoureux où plusieurs sources d'information sont corroborées (Chanen, Jovev et al., 2008) et la fiabilité du diagnostic peut être améliorée à l'aide d'un protocole d'évaluation complet et structuré (McMain & Ellery, 2008).

Réticences face au diagnostic

Plusieurs auteurs constatent une réticence des professionnels à diagnostiquer le TPL durant l'enfance et l'adolescence (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2008; Dumas, 2007; Guilé et al., 2005; James & Vereker, 1996; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Un certain nombre d'éléments sous-tendent cette réserve. Tel qu'il est décrit, notamment dans le DSM, un trouble de personnalité est habituellement de nature stable, durable, persistante et envahissante (Bleiberg et al., 2012). Toutefois, l'adolescence, telle qu'elle a été dépeinte précédemment, consiste en beaucoup de mouvances (Bleiberg et al., 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) et en des changements majeurs caractérisés par plusieurs des comportements propres au TPL (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les professionnels auraient donc plutôt tendance à considérer la personnalité du jeune comme étant toujours en évolution et en formation (Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ainsi que les déviations au niveau de celle-ci comme étant le reflet de « l'adolescence » (Guilé et al., 2005) ou de dilemmes existentiels (Stoffers et al., 2013). Donc, il n'est pas clair s'il est approprié de considérer la personnalité des

adolescents comme suffisamment stable pour la reconnaître comme «troublée» (Haugaard, 2004).

D'autres auteurs craignent la stigmatisation et le désespoir que pourrait vivre l'adolescent en recevant une telle étiquette (Al-Alem & Omar, 2008; Haugaard, 2004; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) compte tenu du sombre pronostic qui lui est souvent associé (Haugaard, 2004). Bleiberg et al. (2012), quant à eux, voient le diagnostic comme réducteur et pouvant potentiellement porter préjudice au patient qui pourrait en conserver l'estampe advenant qu'il n'y ait pas de continuité entre le TPL à l'adolescence et à l'âge adulte. La stabilité du diagnostic de TPL entre l'adolescence et l'âge adulte est d'ailleurs au cœur d'un débat tant au niveau clinique que de la recherche.

Alors que certains diront qu'il y a des données convaincantes appuyant la continuité du diagnostic de TPL entre l'adolescence et l'âge adulte (Schuppert et al., 2012), d'autres rapportent une stabilité de faible à modérée (Al-Alem & Omar, 2008; Fonagy & Luyten, 2009). Le fait que le TPL est probablement constitué d'éléments stables et plus transitoires (Fonagy & Luyten, 2009) peut peut-être expliquer ces résultats contradictoires. De plus, on peut s'imaginer la présence de sous-groupes de jeunes TPL qui se rétablissent plus rapidement, voyant ainsi leurs symptômes diminuer à mesure qu'ils se développent, mûrent ou vivent des changements positifs dans leur milieu familial ou social (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), alors que

d'autres connaissent des difficultés plus persistantes les amenant à devenir de plus en plus déviants par rapport à leurs pairs (Bleiberg et al., 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Par contre, le taux de stabilité du diagnostic du TPL à l'adolescence serait comparable à celui chez les adultes (Miller, Neft et al., 2008). Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires pour établir des conclusions plus solides à ce sujet.

Plusieurs conséquences sont associées à la réticence des professionnels face au diagnostic. On note, entre autres, que les adolescents TPL reçoivent des traitements inappropriés et non spécifiques à leur condition (Miller, Muehlenkamp et al., 2008) et qu'il y a une insuffisance de traitements spécialisés pour cette clientèle (Santisteban et al., 2003). Par exemple, plusieurs adolescents multi problématiques vus en unité psychiatrique interne ou en clinique externe ne reçoivent pas de diagnostic formel ou reçoivent un diagnostic à l'axe I plutôt qu'un diagnostic de TPL à l'axe II (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Ainsi, ils seront traités pour le premier malgré qu'ils répondent aux critères du dernier (Miller, Neft et al., 2008). L'absence de diagnostic ou un diagnostic tardif empêche non seulement les jeunes d'obtenir un traitement adéquat en temps opportun, mais les expose également au risque que leurs difficultés s'exacerbent, persistent à long terme, s'enracinent et que s'actualise un trouble de personnalité à l'âge adulte (Chanen, McCutcheon et al., 2009; Guilé et al., 2005; Miller, Muehlenkamp et al., 2008). Dans le cadre d'une étude d'efficacité comparative entre la thérapie cognitive analytique et la « manualized good clinical care », Chanen, McCutcheon et ses collègues (2008) ont pu démontrer que l'intervention

précoce auprès d'adolescents souffrant d'un TPL en émergence donnait lieu à des résultats positifs, apaisant ainsi les craintes quant aux dommages iatrogènes liés au diagnostic précoce et au traitement spécifique du TPL chez les adolescents (Chanen, Jackson et al., 2008).

Enfin, malgré que le diagnostic soit rarement émis avant la majorité (Crowell et al., 2009; Haugaard, 2004), un nombre croissant d'évidences pointent dans le sens que les critères diagnostiques du TPL ne sont pas moins fiables, valides et stables avant l'âge de 18 ans qu'ils ne le sont à l'âge adulte (Bleiberg et al., 2012; Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan, & Mullet, 2001; Chanen, Jovev et al., 2008; Crowell et al., 2009; Miller, Muehlenkamp et al., 2008; Schuppert et al., 2012). Ainsi, il serait possible de différencier les adolescents TPL de ceux aux prises avec d'autres troubles ou sans trouble (Bleiberg et al., 2012; Chabrol et al., 2001). Des chercheurs sont d'accord pour dire que des patterns émotionnels, comportementaux et cognitifs propres au TPL peuvent être observés et mesurés dans des échantillons d'adolescents (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) et qu'il est possible de diagnostiquer le TPL chez les jeunes de moins de 18 ans (Al-Alem & Omar, 2008; Chabrol et al., 2001; Chanen, Jackson et al., 2008; Chanen, McCutcheon et al., 2009; Miller, Neft et al., 2008; Schuppert et al., 2012). Segal-Trivitz et al. (2006) énumèrent d'ailleurs plusieurs études soutenant le diagnostic du TPL chez les adolescents. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) ainsi que la classification internationale des maladies (CIM-10) permettent également de diagnostiquer respectivement un trouble de

personnalité borderline ou un trouble de personnalité émotionnellement instable de type borderline avant l'âge de 18 ans en employant les mêmes critères tant pour les adolescents que pour les adultes (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Bien qu'il soit spécifié que les manifestations doivent être présentes depuis plus d'un an (Griffiths, 2011), on ne statue pas sur l'âge minimal à partir duquel il serait possible d'émettre le diagnostic.

Ainsi, bien que les débats se poursuivent au sujet de la pertinence de diagnostiquer un TPL de façon précoce et sur comment y parvenir, il est supposé que d'émettre le diagnostic de TPL à l'adolescence n'est pas préjudiciable. Au contraire, cela peut permettre la mise en place de services adaptés de manière précoce pouvant prévenir la détérioration et l'enracinement des difficultés ainsi que produire des résultats thérapeutiques positifs. Cela doit néanmoins s'inscrire à l'intérieur d'une démarche d'évaluation complète, rigoureuse et continue afin d'éviter le maintien d'un diagnostic en vain.

Les TPL, une clientèle difficile

Plusieurs s'entendent pour dire que le travail avec les individus souffrant d'un TPL est ardu (Al-Alem & Omar, 2008; Cambanis, 2012; Foelsch et al., 2008; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Ryle, 1997), et ce, particulièrement lorsqu'on est un thérapeute inexpérimenté (Cambanis, 2012). Beresin (1994) considère même les adolescents TPL comme étant les

plus difficiles à traiter en psychothérapie. Tel que pour l'évaluation diagnostique, la pathologie à proprement dite peut affecter négativement le processus thérapeutique et le thérapeute personnellement (Beresin, 1994; Cambanis, 2012; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008). Plus précisément, les difficultés liées au traitement des patients TPL sont associées à leur méfiance, leur impulsivité, leurs comportements à risque et autodestructeurs, leur instabilité affective, etc. (Beresin, 1994; Cambanis, 2012; Ryle, 1997). Les retards, les absences, les appels fréquents en dehors des rencontres, une attitude passive et d'impuissance, le non-respect du cadre, des demandes irréalistes dépassant le cadre de l'intervention, la dévaluation ou l'idéalisation du thérapeute, les plaintes abusives, aborder des sujets secondaires ou changer continuellement de sujet ne sont que quelques comportements inadaptés du TPL dans le cadre de l'intervention (Besette, 2007). De plus, la complexité du trouble a souvent plusieurs conséquences sur le processus : par exemple de s'attarder exclusivement, parfois de façon non aidante, sur l'évaluation et la gestion du risque au détriment du traitement du TPL à proprement dit ou des troubles en « comorbidité » et de s'écarter de l'objectif initial ou de sauter d'un objectif à un autre (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les adolescents TPL sont ainsi à l'origine d'un phénomène transférentiel et contre-transférentiel intense entre eux et leur thérapeute (Beresin, 1994; Haugaard, 2004), amenant souvent ce dernier à se sentir incompetent (Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008), voire même frustré (Haugaard, 2004). Cela peut amener le thérapeute à développer un style d'interaction négatif et répressif avec son patient (Haugaard, 2004) ou à se désengager face à lui (les référer ou passer moins de temps avec eux)

(Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008). Miller, Neft et ses collaborateurs (2008) ainsi que Cambanis (2012) soulignent également que des attitudes et des croyances négatives entretenues par des thérapeutes et des superviseurs inexpérimentés, naïfs, peu formés ou en épuisement professionnel peuvent nuire au traitement en augmentant, entre autres, le risque d'actes contre-transférentiels. Certains insistent d'ailleurs sur l'importance d'avoir un préjugé favorable à l'égard du jeune et de sa famille comme thérapeute pour favoriser l'engagement et la réussite thérapeutique (Foelsch et al., 2008). Ainsi, l'envergure du travail avec ces patients, leur famille et les autres systèmes peut parfois dépasser la capacité du thérapeute ou du service dans lequel il s'inscrit (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Dans un second ordre d'idée, la clientèle adolescente générale représente un défi en termes d'engagement et de rétention en traitement (Chanen, McCutcheon et al., 2009; Miller, Neft et al., 2008). De plus, il est reconnu que le TPL affecte directement et négativement la capacité des jeunes à accéder et utiliser les services (Chanen, McCutcheon et al., 2009). Cela se traduit, entre autres, par des ruptures de l'alliance thérapeutique fréquentes (Daly, Llewelyn, McDougall, & Chanen, 2010), une tendance à s'engager de manière intermittente en thérapie (Chanen, McCutcheon et al., 2009) et un taux d'abandon du traitement relativement élevé (Al-Alem & Omar, 2008; Barnicot et al., 2012; Bateman & Fonagy, 1999; Cambanis, 2012; Daly et al., 2010; Miller, Neft et al., 2008). Cette proportion se situe entre 30 % et 77 % dépendamment des auteurs (Al-Alem & Omar, 2008; Bateman & Fonagy, 1999; Miller, Neft et al., 2008). Malgré que

les facteurs contribuant à l'abandon du traitement ne soient pas très bien connus, on constate que ce sont les jeunes avec plusieurs difficultés associées et dont les familles sont en crise qui sont particulièrement difficiles à engager et à maintenir en traitement (Miller, Neft et al., 2008). Une difficulté du patient à s'identifier aux autres jeunes en traitement, une dépendance envers les membres de la famille pour assister au traitement, le jugement des pairs et la sévérité de la pathologie pourraient aussi contribuer à l'interruption des services (Miller, Neft et al., 2008). En réponse à cela, la clinique Helping Young People Early (HYPE) propose d'être flexible (heure et endroit de la rencontre) et transparent quant au processus thérapeutique et aux divers politiques qui entourent le traitement (Chanen, McCutcheon et al., 2009). Il est aussi recommandé que l'encadrement et la proactivité du thérapeute dans l'accompagnement du jeune en traitement soit plus intense en début de démarche (téléphone, lettre, visite à domicile) et diminue graduellement au fur et à mesure que l'engagement se solidifie. Elle encourage finalement que l'absence à un rendez-vous, par exemple, ne soit pas systématiquement interprété comme un refus du traitement. Certains traitements font d'ailleurs de l'engagement en thérapie une cible d'intervention à proprement dite (Bateman & Fonagy, 2012; Dimeff & Koerner, 2007; Santisteban et al., 2003).

En résumé, de par sa nature et son association avec plusieurs difficultés souvent présentes simultanément et ayant parfois des manifestations similaires, le TPL pose un réel défi non seulement au niveau de l'évaluation, mais pour l'ensemble du processus thérapeutique et des acteurs impliqués. De plus, la nature athéorique du DSM-IV dans sa

méthode diagnostique catégorielle a pour conséquence que le diagnostic du TPL est basé uniquement sur des observations empiriques dichotomiques rendant ainsi difficiles la mise en contexte des difficultés et la distinction du TPL d'avec les autres troubles ayant des symptômes semblables. Néanmoins, une méthode dimensionnelle rendue disponible dans la 5^e édition du DSM pour le diagnostic des TP permet l'évaluation selon une perspective plus dynamique, évolutive et développementale. Bien que le DSM-V et le CIM-10 reconnaissent et acceptent le diagnostic du TPL à l'adolescence et qu'il apparait être aussi fiable, valide et stable que celui fait chez les adultes, le diagnostic est rarement fait à la première présentation du patient dans les services. L'échec à conceptualiser les difficultés comme pouvant appartenir à un trouble de la personnalité, des préoccupations quant à la justesse du diagnostic durant cette période développementale, à un risque d'erreur diagnostique ou à l'effet néfaste possible de ce dernier peuvent l'expliquer. Puisque l'identification du TPL chez les jeunes a généralement été découragée, on remarque une lacune quant à la compréhension systématique et empirique concernant plusieurs éléments tels que les précurseurs développementaux, les trajectoires, les facteurs de risque et la prévalence et le traitement. Par contre, il semble clair pour les cliniciens et les chercheurs que cette clientèle met à rude épreuve le processus et la relation thérapeutique ainsi que le thérapeute lui-même. Ainsi, une meilleure compréhension de la part des chercheurs et des cliniciens à l'aide d'études prospectives et longitudinales concernant l'étiologie et la trajectoire développementale de la pathologie ainsi que des manifestations qui lui sont propres faciliterait sans doute l'évaluation. Des études supplémentaires sont également nécessaires afin de pouvoir se

positionner de manière plus définitive sur l'utilité, l'adéquation et la stabilité du diagnostic, sur la continuité des symptômes du TPL de l'adolescence à l'âge adulte ainsi que sur la meilleure manière de les engager en traitement et de répondre aux aléas du processus thérapeutique.

Traitements du TPL à l'adolescence

La prochaine partie fera le point sur les traitements du TPL à l'adolescence et sur la recherche qui s'y consacre. Dans un deuxième temps, afin de nous éclairer sur les meilleures pratiques avec cette clientèle, les données concernant l'efficacité des différents traitements ayant été soumis à des études expérimentales seront rapportées ainsi que les limites méthodologiques qui en ressortent.

Les différents traitements du TPL à l'adolescence

Il y a peu d'études concernant les traitements offerts aux adolescents souffrant d'un TPL (Guilé et al., 2005; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les protocoles de traitement élaborés pour cette clientèle sont également limités (Santisteban et al., 2003; Schuppert et al., 2012) et surtout, peu d'entre eux bénéficient d'un soutien empirique (Foelsch et al., 2008; Schuppert et al., 2012). Néanmoins, cette période semble être un temps critique pour des interventions préventives et thérapeutiques (Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2008; Chanen, Jovev et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), et ce, pour plusieurs raisons. Notamment, l'émergence de la symptomatologie TPL a généralement lieu à ce moment

(Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, McCutcheon et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Schuppert et al., 2012) et les traits qui y sont liés montrent une flexibilité et une malléabilité considérables (Chanen, Jackson et al., 2008, 2009; Chanen, Jovev et al., 2008; Chanen, McCutcheon et al., 2009). Cette clientèle cherche également communément de l'aide (Chanen, Jackson et al., 2008, 2009; Chanen, Jovev et al., 2008; Chanen, McCutcheon et al., 2009). De plus, tel qu'énoncé précédemment, une telle problématique a des effets significatifs au niveau psychologique et fonctionnel à court (Chanen, Jackson et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) et à long termes (Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Nelson & Schulz, 2012; Schuppert et al., 2012). Finalement, indépendamment de la présence d'un portrait clinique complet ou non, les symptômes du TPL à l'adolescence peuvent refléter une souffrance et un dysfonctionnement significatif qui requiert une intervention (Miller, Neft et al., 2008; Renaud & Cloutier 2007). Il s'avère donc primordial de développer des thérapies efficaces pour traiter les jeunes TPL (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

Les interventions psychothérapeutiques pour le TPL englobent différents types de traitements dont plusieurs d'entre eux ont été développés dans les dernières décennies (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Stoffers et al., 2013). Dans l'ensemble, ce sont des traitements par la parole, mais variant en intensité, en complexité et par les méthodes ou les stratégies utilisées (National Institute for Health & Clinical

Excellence, 2009; Stoffers et al., 2013). De plus, ils tendent à cibler différents aspects du TPL sans toutefois répondre de manière exhaustive à l'ensemble des difficultés propres à la pathologie (Nelson et al., 2012). La plupart des psychothérapies, constituant la gamme des traitements disponibles actuellement (Marcinko & Bilic, 2010), sont issues des grandes écoles de pensées, c'est-à-dire les approches psychodynamiques¹ et cognitivo-comportementales² (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; Miller, Neft et al., 2008; Stoffers et al., 2013). Un éventail de techniques thérapeutiques sont uniques à chacune d'elles dans le traitement des patients souffrant d'un TP (Clarkin, 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Ces stratégies et techniques sont généralement choisies en fonction d'une théorie spécifique ou d'un ensemble d'hypothèses à la fois sur la nature et les causes, passées et présentes, du trouble traité (étiologie) et son maintien (Clarkin, 2012; Stoffers et al., 2013) ainsi que parce qu'elles sont considérées comme essentielles dans le traitement (Clarkin, 2012). Néanmoins, il n'est pas possible de démontrer la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales sur les psychothérapies psychodynamiques et inversement par rapport à plusieurs variables (symptômes

¹ L'approche psychodynamique donne lieu aux psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques). Elles font référence à l'ensemble des traitements conçus selon des concepts ou des méthodes psychanalytiques (p. ex., interprétation et analyse du transfert) et qui consistent en une moindre fréquence de rencontres hebdomadaires, sont plus brèves qu'une psychanalyse type et emploient des techniques légèrement différentes (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004; Shedler, 2010).

² L'approche cognitivo-comportementale sous-tend les thérapies cognitivo-comportementales employant des stratégies issues des théories de l'apprentissage et de l'apprentissage social, incluant les principes du conditionnement classique et opérant, ainsi que des théories cognitives du fonctionnement psychologique, incluant le modèle du traitement de l'information (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004).

psychiatriques, nouvelles tentatives de suicide, réadmission à l'interne psychiatrique, adhérence en thérapie, etc.) dans le traitement des adolescents TPL (Guilé et al., 2005).

Mais qu'en est-il de la place de l'approche systémique et familiale dans le traitement des troubles de personnalité (TP) et plus précisément, du TPL à l'adolescence? Plusieurs auteurs accordent de l'importance aux facteurs familiaux dans l'étiologie du TPL (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Zelkowitz et al., 2007). De plus, les impacts négatifs d'un tel trouble au niveau relationnel (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; Miller, Neft et al., 2008; Schuppert et al., 2012), incluant les relations intrafamiliales (Crowell et al., 2009; MacFarlane, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; Woodberry et al., 2002), sont reconnus. Finalement, plusieurs s'entendent quant au fait que l'implication de la famille dans le traitement du TPL chez les adolescents est essentielle (Foelsch et al., 2008; MacFarlane, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Woodberry et al., 2002). Bien que l'Inserm (2004) la considère comme l'une des trois principales approches de traitement en santé mentale, aucune des études analysées pour l'évaluation des thérapies familiales ne concernent les TP ou le TPL autant pour les adultes que les adolescents. Finalement, même si des traitements familiaux ont été élaborés pour les jeunes TPL ou qu'une composante familiale a été intégrée à certains traitements globaux

du TPL, à notre connaissance, aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'un essai clinique randomisé avec groupe contrôle et n'a vu son efficacité appuyée empiriquement.

On observe une tendance selon laquelle les traitements du TPL pour les adultes bénéficiant d'un soutien empirique sont adaptés aux adolescents (Foelsch et al., 2008) tels que la thérapie dialectique comportementale (TDC), la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie centrée sur le transfert (TCT) et la thérapie cognitive analytique (TCA). Contrairement aux travaux portant sur les adultes, il n'y a pas de consensus quant aux traitements les plus utilisés actuellement avec les adolescents. Cela est peut-être dû à la quantité limitée de données concernant l'efficacité des traitements disponibles, amenant les professionnels à ne pas être en faveur de l'un ou l'autre de ceux-ci. Néanmoins, on remarque que davantage d'attention scientifique est portée à la TDC (Al-Alem & Omar, 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Schuppert et al., 2012), se traduisant par un plus grand nombre d'études disponibles la concernant (Al-Alem & Omar, 2008). D'ailleurs, une revue de la littérature lui a récemment été consacrée (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012). Cette tendance est aussi présente au niveau adulte puisque la TDC est le seul traitement ayant fait l'objet de suffisamment d'essais cliniques randomisés avec groupe contrôle pour que des conclusions relativement solides quant à son efficacité puissent être élaborées (Stoffers et al., 2013). Les essais cliniques randomisés avec groupe contrôle sont plutôt rares pour l'ensemble des traitements chez les adolescents. À notre connaissance, à ce jour, deux d'entre eux seraient en cours pour la TDC dont l'un serait

mené par Lars Mehlum à Oslo en Norvège et l'autre par Emily Cooney en Nouvelle-Zélande (Groves et al., 2012). Un est également en cours pour la TCT par Anna E Odom en collaboration avec le Weill Medical College of Cornell University¹ (Foelsch et al., 2008), un a déjà été mené pour la TCA (Chanen, Jackson et al., 2008). Deux autres ont eu lieu pour la TBM (Bateman & Fonagy, 1999; Rossouw & Fonagy, 2012) et finalement, un seul concerne l'entraînement à la régulation émotionnelle² (ERE) (Schuppert et al., 2012). Les données relatives à l'efficacité de ces cinq traitements sont rapportées dans la prochaine section.

Efficacité des traitements du TPL à l'adolescence

Au cours des dernières décennies, la recherche sur le traitement des TP a principalement porté sur la comparaison de l'efficacité des traitements associés à différents modèles théoriques (Nelson et al., 2012). Contrairement aux études de cas ou aux protocoles quasi-expérimentaux qui ne fournissent que des « indices » d'efficacité selon des corrélations difficilement généralisables à l'ensemble d'une population pathologique, les études expérimentales, plus précisément les essais cliniques randomisés avec groupe contrôle, sont les plus rigoureuses quant à leur méthodologie pour statuer sur les meilleures pratiques (Association des facultés de médecine du Canada³; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004). Ces essais thérapeutiques comparatifs apportent des informations capitales permettant, par

¹ L'ensemble des détails de l'étude sont disponibles à cette adresse <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00571571>

² Traduction de l'anglais « Emotion regulation training »

³ L'année de publication pour cette référence n'est pas disponible.

exemple, de chiffrer la part possiblement attribuable au hasard dans la différence d'efficacité des traitements comparés et de déterminer la taille de l'effet de ces psychothérapies (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004). Ultiment, ils ont permis d'identifier plusieurs thérapies efficaces dans le traitement des TP dont le TPL (Nelson et al., 2012).

Thérapie dialectique comportementale. La thérapie dialectique comportementale (TDC) est une thérapie cognitivo-comportementale se basant sur les principes philosophiques de la dialectique et de la pratique zen visant principalement l'acquisition d'habiletés spécifiques pour améliorer diverses capacités (p. ex. la régulation émotionnelle) (Weinberg et al., 2011). Bien qu'aucune donnée issue d'essais cliniques randomisés avec groupe contrôle ne soient disponibles à ce jour, Groves et al. (2012) rapportent les données concernant les « indices » d'efficacité de la TDC dans une revue de la littérature portant sur les travaux effectués entre 1997 et 2008. MacPherson et al. (2013), quant à eux, rapportent les données d'efficacité de la TDC en se basant pratiquement sur les mêmes travaux, mais en incluant également des études plus récentes. Les adolescents traités avec la TDC ont vécu des améliorations par rapport à plusieurs variables de fonctionnement selon diverses modalités et contextes de traitement tels que les aspects suicidaires, l'automutilation, les symptômes du TPL, l'impulsivité, les difficultés interpersonnelles et de régulation émotionnelle, l'adaptation psychosociale, etc. (Groves et al., 2012; MacPherson et al., 2013). On remarque également que les adolescents et les parents dans le groupe expérimental complétaient

plus souvent le traitement que ceux dans le groupe de comparaison (Groves et al., 2012). Deux études ont démontré respectivement le maintien des gains au-delà de 8 mois et de 1 an suivant la fin de la thérapie (MacPherson et al., 2013). Une amélioration a aussi été remarquée quant aux symptômes dépressifs chez les parents au niveau post-traitement (MacPherson et al., 2013).

Thérapie centrée sur le transfert. La thérapie centrée sur le transfert (TCT) est une thérapie psychodynamique visant l'intégration des représentations d'objet partielles internalisées par l'interprétation du transfert réactivé à travers la relation thérapeutique (Weinberg et al., 2011). L'essai clinique randomisé avec groupe contrôle actuellement en cours auprès d'adolescents entre 14 et 21 ans présentant une diffusion de l'identité (tel qu'identifié chez les jeunes TPL) compare la psychothérapie centrée sur le transfert pour adolescent (TCT-A) au traitement habituel (TH). Cette étude est conduite par Anna E Odom en collaboration avec le Weill Medical College of Cornell University, mais aucune donnée n'est disponible pour le moment (Foelsch et al., 2008). Les détails de l'étude sont accessibles via le ClinicalTrial.gov¹. Néanmoins, au niveau adulte, lorsque comparé à un traitement de comparaison rigoureux², la TCT montre des effets modérés statistiquement significatifs quant à la réduction de la sévérité du TPL et la rétention en traitement ainsi qu'un effet (petit) non significatif en faveur de la TCT concernant le fonctionnement global. Étonnamment, la TCT a un effet défavorable (petit) non

¹ L'ensemble des détails de l'étude sont disponibles à cette adresse <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00571571>

² Traduit de l'anglais « Community treatment by expert »

significatif sur l'automutilation, la dépression, l'anxiété, la psychopathologie générale (Stoffers et al., 2013). Lorsque comparée avec la thérapie centrée sur les schémas (TCS), la TCT est significativement inférieure à la TCS quant à la réduction de la sévérité globale du TPL (effet modéré) et la rétention en traitement, mais il n'y a pas de différence significative entre la TCS et la TCT quant à la psychopathologie générale (Stoffers et al., 2013).

Thérapie cognitive analytique. La thérapie cognitive analytique (TCA) est une thérapie se basant sur les principes de la psychologie cognitive et de la psychanalyse visant la reconnaissance et la révision des patterns relationnels répétitifs problématiques¹ (Chanen, McCutcheon et al., 2009). L'essai clinique randomisé avec groupe contrôle comparant la TCA à la « manualized good clinical care » a été mené à la clinique Helping Young People Early (HYPE) auprès de 86 jeunes âgés entre 15 et 18 ans. Les patients dans les deux conditions démontrent une amélioration globale cliniquement significative, incluant une réduction de la psychopathologie, des problèmes de comportements, des comportements parasuicidaires, des symptômes dépressifs et anxieux, des symptômes du TPL, et une amélioration du fonctionnement social et occupationnel (Chanen, Jackson et al., 2008). Malgré cette absence de différence entre la TCA et le groupe contrôle, il est constaté que des bénéfices font leur apparition plus rapidement chez ceux assignés à la TCA (Chanen, Jackson et al., 2008). Cela a été

¹ Traduction libre de « reciprocal role procedures »

confirmé par les résultats d'une étude quasi-expérimentale menée subséquemment (Chanen, McCutcheon et al., 2009).

Thérapie basée sur la mentalisation. La thérapie basée sur la mentalisation (TBM) est une thérapie psychodynamique se basant sur les principes de la théorie de l'attachement et de la neuroscience visant principalement l'amélioration de la capacité de mentalisation (Weinberg et al., 2011). Dans leur étude, Bateman et Fonagy (1999) ont comparé la TBM (dans le cadre d'une modalité d'hospitalisation partielle) au traitement habituel (service de psychiatrie générale) sur une période de 18 mois à l'aide d'un échantillon mixte (16 à 65 ans) de 38 participants. À ce moment-là, malgré la présence de sujets de moins de 18 ans, la TBM n'avait subi aucune modification pour être adaptée aux adolescents. Il ressort que la TBM contribue à l'amélioration significative des variables cliniques et symptomatiques (automutilation, tentative de suicide, anxiété, dépression, sévérité des symptômes, besoin de médication, problèmes interpersonnels), à une réduction de la fréquence d'hospitalisation et de la durée des séjours. De plus, compte tenu que tous les participants recevaient un traitement pharmacologique équivalent, les auteurs considèrent que les améliorations des symptômes dépressifs sont attribuables au traitement et non à la médication. Un faible taux d'abandon équivalent à 12 % est également observé.

Rossouw et Fonagy (2012) ont, quant à eux, mené une étude comparant la thérapie basée sur la mentalisation pour les adolescents (TBM-A) au traitement habituel

(TH - services de santé mentale basés sur les lignes directrices émises par la NICE en 2009) sur une période de 12 mois auprès d'un échantillon de 80 adolescents âgés entre 12 et 17 ans. Tous deux incluent une composante de thérapie familiale. Ceux recevant la TBM-A obtiennent des résultats relativement meilleurs avec un taux de rémission de 44 % contre 17 % pour le groupe contrôle. Pour le groupe TBM-A, les auteurs constatent une diminution des symptômes « borderline » (nombre de diagnostics et de traits TPL), une réduction de l'automutilation et de la dépression suivant la fin du traitement. Ces résultats vont dans le sens de ceux rapportés précédemment par Bateman et Fonagy (1999). Des changements positifs au niveau de la mentalisation et du fonctionnement interpersonnel semblent agir à titre de médiateur quant à la réduction de l'automutilation.

Entraînement à la régulation émotionnelle. L'entraînement à la régulation émotionnelle (ERE) est une thérapie cognitivo-comportementale de groupe complémentaire à un traitement individuel visant l'amélioration du sentiment de contrôle interne et l'augmentation des habiletés d'adaptation chez le patient (Schuppert et al., 2012). Schuppert et al. (2012) ont, pour leur part, mené une étude randomisée avec groupe contrôle auprès de 109 jeunes âgés entre 14 et 19 ans rencontrant au moins deux critères diagnostiques du TPL. Ils comparaient un groupe recevant la ERE couplé avec le traitement habituel (TH) à un autre recevant uniquement le TH sur une période de 17 semaines. Indépendamment de la condition de traitement (ERE + TH ou TH seul), les auteurs constatent que les adolescents s'améliorent avec le temps quant aux symptômes

de l'instabilité affective, à la symptomatologie « borderline » et à la psychopathologie globale (taille de l'effet modérée) après le traitement et au moment du suivi post-traitement (taille de l'effet de modérée à élevée). Ainsi, l'ERE n'est pas supérieure au TH et inversement. Cela confirme les résultats d'une étude pilote menée antérieurement (Schuppert et al., 2009). Un faible taux d'attrition a également été constaté (19 %) tel que pour la TDC (Schuppert et al., 2012). Finalement, ces résultats sont relativement équivalents à ceux de Chanen, McCutcheon et al. (2008), c'est-à-dire qu'une intervention brève ne semble pas avoir d'avantages supplémentaires au TH.

Malgré que les traitements évalués soient basés sur différentes hypothèses théoriques et utilisent un jargon différent (Clarkin, 2012), il est remarqué que ces psychothérapies semblent se chevaucher quant à plusieurs aspects (stratégies, méthodes, etc.) (Clarkin, 2012; Weinberg et al., 2011) et produire une quantité comparable de changements (Guilé et al., 2005; Nelson et al., 2012; Paris, 2005). Le paradigme de recherche actuel, consistant à évaluer les traitements en tant que « tout » plutôt que selon leurs composantes spécifiques, ne permet pas de faire ressortir la psychothérapie la plus efficiente ni d'identifier les ingrédients actifs de ces traitements ou les mécanismes responsables du changement (Nelson et al., 2012). Il est également difficile de déterminer avec certitude les techniques les plus appropriées (Nelson et al., 2012). Cela laisse également croire que l'efficacité de ces psychothérapies est peut-être attribuable à leurs éléments communs (Paris, 2005; Weinberg et al., 2011) et questionne le choix de certains cliniciens de limiter leur répertoire de formulations de cas et d'interventions à

des concepts et techniques associés à une seule approche théorique ou à un seul modèle d'intervention (Nelson et al., 2012).

Limites méthodologiques dans les études d'efficacité

Bien que méthodologiquement robustes, ces études comportent plusieurs limites diminuant la portée de leurs résultats. La petite taille des échantillons est la faiblesse la plus souvent rapportée par les auteurs, rendant difficile la généralisation des résultats (Bateman & Fonagy, 1999; Chanen, Jackson et al., 2008; Groves et al., 2012; Guilé et al., 2005; MacPherson et al., 2013; Rossouw & Fonagy, 2012) et restreignant le degré de précision avec lequel les effets du traitement sont déterminés (Chanen, Jackson et al., 2008; Guilé et al., 2005). Il est difficile de combiner et comparer les études ainsi que de généraliser les résultats à l'ensemble des TPL (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) en raison de biais relatifs aux mesures de résultats (p. ex., l'utilisation de questionnaires auto-rapportés uniquement par la plupart des études pour mesurer les symptômes et le fonctionnement) (MacPherson et al., 2013) ainsi que la diversité des variables relativement à des conceptualisations du TPL différentes selon les approches théoriques et les traitements (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Des biais liés à l'expérience ou à la formation des professionnels issus de différents domaines sont également rapportés et pourraient être liés au fait que la fidélité au traitement par les thérapeutes n'est pas spécifiquement ou toujours mesurée (Guilé et al., 2005; MacPherson et al., 2013). Aussi, malgré que l'ensemble des études ont recours à une médication, la plupart d'entre elles ne font pas état de son usage ou ne contrôlent pas

pour ses effets (Guilé et al., 2005; MacPherson et al., 2013). Ainsi, il n'est pas possible de savoir si les améliorations sont dues à la médication ou à la psychothérapie ou à une combinaison des deux, limitant une fois de plus la possibilité de généraliser les résultats aux patients non médicamenteux (Guilé et al., 2005). On remarque aussi qu'il n'y a généralement pas de correspondance entre les travaux quant à la durée des études et du traitement (de 2 semaines à 29 mois) (MacPherson et al., 2013) ainsi que la fréquence et le nombre de rencontres effectuées par les participants (Guilé et al., 2005), limitant ainsi la validité des comparaisons. La NICE (2009) ainsi que Stoffers et al. (2013) rapportent la présence d'un biais d'allégeance dans les études au niveau adulte. Un certain nombre de preuves appuient le fait que ceux ayant une allégeance pour une forme de thérapie sont plus susceptibles de trouver des résultats positifs pour leur méthode que des investigateurs indépendants. Ce biais semble plutôt inévitable puisqu'au départ, les études quant à un traitement sont généralement menées par les concepteurs de ce dernier ou par de fervents partisans. De plus, quant aux administrateurs de ce même traitement, une formation approfondie coûteuse en temps et en argent est souvent requise, les amenant forcément à se sentir lié à celui-ci. Ce biais semble aussi pouvoir s'appliquer aux recherches concernant les adolescents. On rapporte finalement un biais d'attention dans les études expérimentales (Stoffers et al., 2013). Ainsi, les participants dans le groupe contrôle ne recevraient pas une quantité équivalente d'attention de la part des professionnels que ceux du groupe expérimental, ayant pour conséquence que les résultats positifs obtenus par le groupe expérimental pourraient à la base être dus à cette attention.

En résumé, la recherche n'est qu'à ses premiers balbutiements concernant le traitement du TPL à l'adolescence. Toutefois, la psychothérapie durant cette période semble justifiée. Les approches psychodynamique et cognitivo-comportementale sont à l'origine de plusieurs des psychothérapies offertes à ce jour alors que peu d'attention est portée à l'approche systémique familiale, et ce, malgré qu'un certain nombre d'auteurs constatent l'apport de la famille dans le développement et le maintien du TPL ainsi que l'importance de son implication dans le traitement. La recherche expérimentale est rigoureuse et fournit des données précieuses quant à l'efficacité des thérapies actuellement disponibles. Bien que les données empiriques en provenance de ce type d'étude soient limitées, la TBM, la TDC, la TCT, la TCA et l'ERE semblent être des traitements prometteurs pour le TPL à l'adolescence. Néanmoins, les diverses lacunes méthodologiques réduisent la validité interne et externe des résultats ainsi que leur fiabilité. De plus, les divergences entre les études quant à la population étudiée, les paramètres, la structure, le format et la durée du traitement ainsi que le design d'étude rendent la comparaison des recherches et de leurs résultats difficiles. Ainsi, bien qu'elles semblent présenter des similarités et être à l'origine de changements analogues, il n'est pas possible pour le moment de déterminer la supériorité de l'une ou l'autre de ces thérapies.

Pertinence et objectif de l'essai

Puisque la recherche fait face à une certaine impasse relative à l'équivalence entre les traitements offerts aux jeunes TPL quant à leur efficacité et aux changements qu'ils

produisent, il pourrait s'avérer pertinent de faire ressortir les éléments communs à ces traitements afin d'établir un cadre d'intervention de base pour le thérapeute, de maximiser les chances de succès thérapeutique, de bonifier les services offerts aux jeunes TPL et d'améliorer les pratiques en psychologie. Ultiment, les similitudes identifiées pourraient servir de fondation au développement ultérieur d'une psychothérapie intégrée consistant à amalgamer les éléments de diverses approches ou de plusieurs traitements de même approche ou d'approches différentes afin d'effectuer un travail thérapeutique sur mesure avec les adolescents TPL et leur famille (Miller, Neft et al., 2008) tel que cela est recommandé pour les TP au niveau adulte (Clarkin, 2012; Critchfield, 2012; Critchfield & Benjamin, 2006; Livesley, 2005, 2012). Bien que le relevé des facteurs communs aux psychothérapies du TPL ait été conduit par Weinberg et ses collaborateurs (2011) au niveau adulte, un tel exercice ne semble pas avoir été fait auprès de la clientèle adolescente.

Bien qu'il y ait peu de données issues d'études expérimentales pour le traitement du TPL à l'adolescence, ces données semblent toutefois constituer une assise sur laquelle s'appuyer pour construire un rationnel de traitement issu de stratégies et méthodes efficaces. Ainsi, l'objectif de l'essai est de faire le relevé des ingrédients du succès des traitements validés empiriquement ou en voie de l'être puisqu'ils sont les plus prometteurs (Stoffers et al., 2013). Plus précisément, l'analyse portera sur la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie dialectique comportementale (TDC), la thérapie centrée sur le transfert (TCT) et la thérapie cognitive analytique (TCA). Bien

que l'ERE ait fait l'objet d'une étude empirique, elle ne sera pas prise en considération dans la présente comparaison des traitements puisqu'elle consiste en un traitement complémentaire devant s'inscrire dans une approche de traitement global et que son manuel de traitement est uniquement disponible en hollandais¹.

¹ Pour de plus ample information concernant ce traitement et son efficacité, vous pouvez vous référer aux articles de Schuppert et al., 2009, 2012.

Discussion

Ingrédients du succès des traitements

La présente section consiste aux résultats de l'analyse et de la comparaison de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie dialectique comportementale (TDC), la thérapie centrée sur le transfert (TCT) et la thérapie cognitive analytique (TCA). Afin de situer le lecteur par rapport à la nature de chacun des traitements, le Tableau 4, résumant les principales composantes de chacun d'eux, est présenté à la page suivante.

Tableau 4

Principales composantes de la TBM, la TDC, la TCT et la TCA

Comparaison des traitements				
Éléments du traitement	Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)	Thérapie dialectique comportementale (TDC)	Thérapie centrée sur le transfert (TCT)	Thérapie cognitive analytique (TCA)
Clientèle	TPL	TPL ayant des comportements suicidaires et d'automutilation	Organisation limite de la personnalité	TPL
Bases théoriques	Psychodynamique Théorie de l'attachement Neuroscience	Approche cognitivo-comportementale Philosophie dialectique Pratique Zen	Psychodynamique Théorie des relations d'objet	Approche cognitive Psychodynamique
Objectifs globaux	Réduction des symptômes Amélioration du fonctionnement adaptatif Régulation des émotions			
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser et améliorer la mentalisation chez l'adolescent et sa famille - Renforcer le contrôle des impulsions - Améliorer la régulation de soi et des affects - Favoriser la sensibilité de chacun aux états mentaux d'autrui - Favoriser l'indépendance et la responsabilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la régulation émotionnelle - Réduire les comportements suicidaires et d'automutilation - Réduire les comportements interférant avec la thérapie - Réduire les comportements interférant avec la qualité de vie - Acquisition d'habiletés d'adaptation (coping skills) - Résolution des états de stress post-traumatique - Développement du respect de soi et de l'autovalidation 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'intégration de l'identité (représentations des relations d'objet partielles / clivées) - Favoriser la fonction réflexive - Acquérir un concept de soi et des autres plus nuancé 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître les patterns relationnels répétitifs* - Réviser / résoudre les patterns relationnels répétitifs*
				* Traduction libre de « reciprocal role procedures »

Tableau 4

Principales composantes de la TBM, la TDC, la TCT et la TCA (suite)

Comparaison des traitements				
Éléments du traitement	Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)	Thérapie dialectique comportementale (TDC)	Thérapie centrée sur le transfert(TCT)	Thérapie cognitive analytique (TCA)
Stratégies d'intervention	Identifier les épisodes de pseudomentalisation Mentaliser le transfert	Validation Enseignement d'habiletés comportementales	Clarification Confrontation Interprétation des relations d'objets partielles / clivées	Reformulation narrative Reformulation schématique Description

Globalement, ces traitements possèdent leurs propres hypothèses étiologiques et donc une conceptualisation du TPL particulière. Néanmoins, tous semblent se baser sur le fait qu'un contexte relationnel et affectif n'ayant pas été en mesure, pour une raison ou pour une autre, de favoriser un développement psychoaffectif adéquat chez l'individu s'actualisera ultérieurement par des difficultés dans l'ensemble des sphères de vie, et plus particulièrement, au niveau émotionnel et relationnel. Tous comptent parmi leurs principaux objectifs la réduction des symptômes, notamment la diminution des comportements inadaptés et autodestructeurs, et un fonctionnement plus adaptatif. Implicitement (TBM, TDC, TCT) ou explicitement (TCA), tous ont également comme but ultime d'éviter la persistance du TPL à l'âge adulte par des interventions durant la période de l'adolescence.

Dépendamment de la conceptualisation du trouble, des objectifs spécifiques liés à des cibles d'intervention particulières sont privilégiés selon la prémisse que des

améliorations quant à ces aspects contribueront au changement. Un consensus ressort quant au fait que l'amélioration de la régulation émotionnelle est au cœur du traitement du TPL (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Il est constaté que malgré l'utilisation de langages différents, certaines notions peuvent parfois s'apparenter. Par exemple, les concepts de mentalisation dans la TBM et de fonction réflexive dans la TCT font référence respectivement à la capacité de se représenter à la fois son propre état mental et celui des autres (besoins, sentiments, croyances, objectifs, motifs, etc.) afin de percevoir et interpréter les comportements (Bateman & Fonagy, 2012) ainsi qu'à la capacité d'articuler une conceptualisation du processus mental qui se produit à la fois chez soi et chez l'autre (sentiments, croyances, intentions, conflits et motivations) (Clarkin, 2006).

Bien que ces traitements divergent en certains points (bases théoriques, cibles d'intervention, langage, etc.), ceux-ci comportent plusieurs éléments communs considérés comme les ingrédients de base de leur efficacité : les paramètres de traitement, l'implication de la famille, la collaboration et le partenariat, le traitement pharmacologique, la structure et la cohérence du traitement, la relation et l'alliance thérapeutique, les stratégies d'intervention ainsi que la supervision du thérapeute. Ces huit principaux éléments de convergences seront successivement rapportés et la pertinence de chacun d'eux, selon la littérature (appuis théoriques), sera également discutée¹.

¹ La comparaison de la TBM, la TDC, la TCT et la TCA se base principalement sur leur manuel de traitement respectif (Bateman, & Fonagy, 2012; Linehan, 1993; Clarkin et al., 2006; Ryle, 1997) ainsi que sur les articles scientifiques ayant testé leur efficacité cités plus haut. Pour de plus amples détails sur chacun des traitements, vous êtes invités à consulter ces références.

Paramètres de traitement

Par souci de clarté pour le lecteur, cet élément de convergence a été divisé en quatre sous-points, c'est-à-dire les modalités de traitement (individuelle et de groupe), le contexte de traitement (interne, externe), la durée du traitement et la fréquence des rencontres. La modalité d'intervention familiale sera traitée dans une section séparée en raison de l'ampleur de son contenu.

Modalités de traitement. Une modalité d'intervention individuelle est mise en avant-plan dans l'ensemble des approches de traitement (TBM, TDC, TCT et TCA). Néanmoins, une modalité de thérapie de groupe à laquelle les patients peuvent participer simultanément est détaillée pour la TDC et la TBM dans leur manuel respectif et intégrée à leur traitement. La TCT et la TCA consistent uniquement en une modalité de traitement individuelle. L'établissement dans lequel se déploie la TCA propose d'autres alternatives telles que la thérapie de groupe, mais sans que cette composante soit particulièrement élaborée.

La composition des groupes TDC peut être diverse (multifamiliale, parents, jeunes TPL uniquement, couple, conjoints, fratrie, etc.) dépendamment de la clientèle, de l'objectif visé par le groupe et des ressources disponibles (Fruzetti, Santisteban, & Hoffman, 2007). Le groupe d'entraînement aux habiletés est administré par un thérapeute différent. La TBM permet à l'adolescent et aux parents de participer à un groupe psychoéducatif séparément ainsi que la possibilité d'intégrer un groupe

multifamilial comme pour la TDC. Dans le cadre de la TBM, l'implication de deux thérapeutes différents pour les modalités de groupe et individuelle est aussi préférée. Pour la TDC et la TBM, la thérapie multimodale et la collaboration entre plusieurs thérapeutes dans le traitement du TPL apparaît être une manière habituelle de travailler.

Le fait d'offrir une psychothérapie concurrente, c'est-à-dire une modalité individuelle et de groupe simultanément, a été considérée comme une approche utile pour une variété de troubles mentaux, insistant sur les troubles graves de la personnalité en général, dont le TPL (Clarkin et al., 2006). Avoir deux thérapeutes différents pour le groupe et l'individuel aurait un effet « synergique » et agirait en complémentarité pour répondre aux besoins du patient. Le groupe favoriserait le travail au niveau des relations interpersonnelles alors que l'individuel se centrerait sur le travail intrapsychique. L'American Psychiatric Association (APA, 2000) ainsi que la NICE (2009) recommandent tous deux un traitement multimodal. On remarque également que l'ensemble des traitements offerts aux adultes appuient une telle intervention (Weinberg et al., 2011). La NICE (2009) indique clairement que le tout devrait s'inscrire dans un cadre thérapeutique structuré basé sur une approche théorique cohérente qui inclut également la thérapie familiale. Bien qu'on en sache peu sur les effets de la combinaison des modalités thérapeutiques, des données préliminaires exhibent des effets favorables de la psychothérapie concurrente par rapport à un traitement unimodal sur plusieurs variables de résultats telles que le fonctionnement, la réduction des symptômes, l'automutilation, l'abandon du traitement, etc. (Clarkin et al., 2006).

Bref, la modalité individuelle semble être celle préférée pour le traitement des adolescents TPL, mais un consensus ressort quant à l'importance d'utiliser diverses modalités d'interventions (individuelle et de groupe) simultanément dans la gestion clinique des adolescents TPL quant aux résultats thérapeutiques. Il semble également être préférable d'avoir recours à différents thérapeutes pour chacune d'elles. Des données supplémentaires quant aux impacts d'un traitement multimodal sont toutefois requises.

Contextes de traitement. Il semble que l'ensemble des traitements offerts aux adolescents peuvent être administrés dans divers contextes thérapeutiques et que ce dernier est choisi en fonction des besoins du jeune. Dumas (2007) remarque que les États-Unis tendent à avoir recours à des services résidentiels (internes) pour traiter les TP alors que la France privilégierait davantage la psychothérapie classique (externe) ainsi que l'hospitalisation. Le Québec, lui, pencherait davantage vers une hospitalisation prolongée et des services de réadaptation en Centre jeunesse pour le traitement de ces adolescents (Dumas, 2007).

Plus précisément, bien qu'à la base la TDC ait été conçue pour être administrée dans le cadre de services externes, elle a été et peut être appliquée autant à l'externe qu'à l'interne (Groves et al., 2012). La TBM a, quant à elle, été créée pour le traitement des TPL à l'interne (hospitalisation complète et/ou partielle), mais est aussi administrée dans divers contextes de traitement (Bleiberg et al., 2012; Rossouw & Fonagy, 2012). Bien

que le contexte dans lequel elles peuvent être appliquées soit moins clair pour la TCT et la TCA, aucune modalité de traitement n'est discréditée, laissant croire qu'elles peuvent être appliquées dans l'ensemble des contextes thérapeutiques. Il serait intéressant de comparer l'efficacité de ces traitements dans divers contextes d'intervention.

Bien que la plupart des adolescents TPL puissent être traités à l'externe (Jakubczyk et al., 2001), il est reconnu dans les quatre approches thérapeutiques qu'un traitement à l'interne est parfois essentiel pour assurer la sécurité du jeune et l'acquisition d'un meilleur contrôle comportemental. Les conditions émises au niveau de la TBM pour justifier l'admission de l'adolescent en contexte interne (complet et/ou partiel) résument bien celles également soulignées dans les autres traitements : lorsque le patient présente des comportements chaotiques pouvant l'amener à avoir des démêlés avec la justice, lorsque les problèmes sont multiples et si complexes qu'une évaluation intensive et complète dans un milieu interne est nécessaire, lorsque la symptomatologie (abus de substance, tentative de suicide, comportements liés à un trouble alimentaire hors de contrôle ou menaçant la vie, fugue ainsi que d'autres comportements destructeurs et autodestructeurs) n'est pas contenue par les interventions externes et/ou également lorsque les comportements de l'adolescent suscitent une réponse destructrice de la part de l'environnement (amis, famille, école). Un plan de gestion de crise ou une discussion explicite sont utilisés dans le cadre de la TDC, la TBM et la TCT principalement pour gérer les idéations suicidaires ainsi que les comportements suicidaires et automutilatoires. Des lignes directrices sont fournies et orientent le processus

décisionnel quant à ces aspects de manière explicite. On y précise, entre autres, à quel moment le jeune doit avoir recours ou peut être orienté dans des services d'urgence ou interne. Il n'est pas fait mention d'un tel plan dans la TCA. Toutefois, la clinique HYPE possède une équipe d'intervention de crise.

Dans un autre ordre d'idée, il est évoqué dans la TBM et la TDC les risques liés à l'utilisation de l'interne avec les TPL tels que le renforcement involontaire des comportements suicidaires et autres comportements dysfonctionnels, que les apprentissages faits en interne ne soient pas correctement généralisés à l'extérieur, que l'hospitalisation devienne une manière pour le client de gérer sa détresse et ainsi contrer le développement et le renforcement de stratégies adaptatives, etc. La NICE (2009) souligne toutefois que le risque lié au renforcement des comportements problématiques est commun autant dans une modalité interne qu'externe, menant à une détérioration du fonctionnement et exigeant par la suite un traitement plus intensif et coûteux. Alors que certains auteurs statuent que le traitement interne (hospitalisation) n'est pas efficace auprès des TPL (Bateman & Fonagy, 2012; Dimeff & Koerner, 2007), d'autres soulignent que sa réussite repose sur un plan de traitement clair et détaillé, incluant des objectifs précis, permettant d'éviter les effets défavorables nommés précédemment (Clarkin et al., 2006; Dimeff & Koerner, 2007).

En résumé, tous les traitements semblent pouvoir être administrés autant en contexte externe qu'interne. Il peut parfois être nécessaire d'avoir recours à un contexte de

traitement interne, entre autres lorsqu'une menace importante à l'intégrité physique du jeune ou d'autrui est présente. Cela requiert néanmoins une gestion attentive et rigoureuse afin d'éviter qu'une mesure qui se voulait aidante devienne préjudiciable.

Durée du traitement. Les traitements offerts aux adolescents TPL sont de durées variables, mais s'étendent majoritairement sur une période d'un an et moins. La TCA et la TDC consistent respectivement en des traitements de 24 semaines (Chanen, Jackson et al., 2008) et 16 semaines (MacPherson et al., 2013; Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell, & Indik, 2002). Pour la TDC, le jeune a l'opportunité d'assister à un 16 semaines supplémentaires s'il présente toujours des difficultés et souhaite poursuivre ainsi que de participer à un groupe d'entraînement aux habiletés multifamiliales s'étendant sur 24 semaines (six mois) (Fruzetti et al., 2007; MacPherson et al., 2013). Pour la TCA, on propose jusqu'à quatre rencontres d'appoint nommées « booster sessions » suivant la fin du traitement (à un, deux, quatre et six mois) pour suivre les progrès et déterminer l'ampleur des risques (Chanen, McCutcheon et al., 2009). Dans le compte-rendu des diverses modifications apportées à la TCT pour son application avec les adolescents, Foelsch et al. (2008) ne précisent pas la durée ou le nombre de rencontres qui est exigé pour le traitement. Toutefois, l'essai clinique randomisé avec groupe contrôle qui est actuellement en cours offre un traitement d'une durée de six mois. La TCT est généralement une thérapie à long terme (Yeomans, Delaney, & Renaud, 2007) qui n'est pas délimitée précisément dans le temps. Les comportements inadaptés, nommés « passages à l'acte », serait habituellement sous contrôle après six

mois alors que les mécanismes de défense primitifs diminueraient significativement après environ deux ans de thérapie (Clarkin et al., 2006). Le fait que la TCT vise des changements plus profonds au niveau de la structure de la personnalité plutôt que l'extinction de certains symptômes ou comportement peut expliquer que le traitement dure plus longtemps. Compte tenu que les adolescents présentent une structure psychique qui n'est pas totalement cristallisée, un traitement à plus court terme pourrait peut-être suffire. La TBM, dans sa formule intensive externe, est d'une durée de douze mois (Bleiberg et al., 2012; Rossouw & Fonagy, 2012) et peut être précédée d'une hospitalisation complète, incluant une phase d'évaluation et de stabilisation, d'une durée allant de deux à huit semaines et d'une hospitalisation partielle (cinq jours par semaine à raison de huit heures par jour) s'étendant sur six à douze semaines.

Plusieurs concluent que la plupart des patients TPL auront besoin d'une forme de psychothérapie prolongée afin de résoudre leurs problèmes interpersonnels ainsi que d'atteindre et de maintenir des améliorations durables quant à leur personnalité et à leur fonctionnement (Al-Alem & Omar, 2008; Bateman & Fonagy, 1999; Dumas, 2007; Guilé et al., 2005; Schuppert et al., 2012; Stoffers et al., 2013). Bateman et Fonagy (1999) constatent qu'une réduction de la fréquence d'hospitalisation et de la durée des séjours a seulement été claire après six mois de traitement, douze mois pour l'automutilation, six mois pour les tentatives de suicide et douze mois pour la sévérité des symptômes, mais de manière significative seulement après 18 mois. Toutefois, malgré qu'il s'agit d'un échantillon mixte composé d'adolescents et d'adultes, les

auteurs ne comparent pas les deux groupes d'âge quant aux différentes variables, ne permettant donc pas d'établir de spécificités pour un groupe d'âge ou pour un autre. Par contre, Guilé et al. (2005) appuient les résultats de Bateman et Fonagy (1999) en affirmant que les thérapies de plus longue durée apparaissent avoir de meilleurs résultats quant aux tentatives de suicide chez les adolescents. Au niveau adulte, il est constaté que le traitement à long terme est plus favorable avec un taux de rémission de 88 % selon une étendue de 10 ans (Stoffers et al., 2013). On entend ici par rémission ne plus atteindre le seuil critique de 5/9 critères diagnostiques au sens du DSM. Ainsi, rémission ne signifie pas l'absence complète de symptômes puisque les difficultés de nature affective et émotionnelle tendent à persister malgré une diminution des symptômes aigus (Stoffers et al., 2013).

En somme, il n'y a actuellement pas de consensus quant à une durée de traitement produisant des effets optimaux sur le TPL à l'adolescence. Cela se traduit principalement à travers la grande variabilité de la durée des divers traitements et du nombre de rencontre propre à chacun. Il ressort toutefois de la littérature qu'un traitement prolongé pourrait être plus bénéfique. Des études longitudinales seraient nécessaires afin de statuer sur un temps minimal requis et sur l'influence de la durée du traitement, notamment sur les symptômes du TPL chez l'adolescent, mais également sur la personnalité à proprement dite.

Fréquence des rencontres. Une tendance apparaît selon laquelle les rencontres individuelles et de groupe sont sur une base hebdomadaire (TBM, TDC, TCT, TCA). Toutefois, ces fréquences peuvent varier d'une modalité d'intervention à l'autre (individuelle, de groupe et familiale) et selon les contextes d'intervention (hospitalisation complète ou partielle, externe).

À propos des rencontres de thérapie individuelle dans un contexte externe, la TDC, la TBM et la TCA offrent des rencontres une fois par semaine. Pour la TBM, les rencontres individuelles sont maintenues à une fois par semaine dans une modalité d'hospitalisation partielle (traitement de jour), mais augmente à deux fois par semaine lorsque le jeune est en hospitalisation complète, indiquant donc un niveau d'intensité supérieur. Dans le cadre du traitement offert aux adultes, il est suggéré pour la TCT que les rencontres individuelles aient lieu deux fois par semaine (Clarkin et al., 2006; Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008). Toutefois, dans son adaptation pour les adolescents, aucun changement à l'effet d'une fréquence de traitement supérieure ou inférieure n'est spécifié (Foelsch et al., 2008).

Peu importe un contexte externe ou interne, des rencontres de groupe une fois par semaine sont offertes dans le cadre de la TDC. Bien qu'au niveau adulte la TBM donne accès à une composante de groupe autant dans une modalité interne qu'externe, celle-ci semble uniquement intégrée lors d'une hospitalisation complète ou partielle à raison de deux fois par semaine pour les adolescents. Les auteurs de la TBM proposent également

un groupe psychoéducatif pour les parents et les jeunes séparément qui semble aussi seulement disponible dans le même contexte. La durée et la fréquence des rencontres pour ce dernier groupe ne sont pas spécifiées par les auteurs.

Une composante détaillée de thérapie familiale est offerte dans le cadre de la TBM et de la TDC. Pour la TBM, les rencontres familiales en contexte externe sont mensuelles et ont lieu respectivement deux et une fois par semaine lors d'une hospitalisation complète ou partielle. La fréquence des rencontres familiales en TDC sera entendue avec la famille selon les besoins. En règle générale, la famille se présente à trois ou quatre rencontres en dehors des 16 semaines de traitement individuel du jeune et du groupe d'entraînement aux habiletés multifamiliales. Jusqu'à quatre rencontres de thérapie familiale sont rendues disponibles dans le cadre d'une démarche thérapeutique à la clinique HYPE ayant pour modèle d'intervention la TCA, mais cette dernière ne comporte pas de composante de thérapie familiale à proprement dite dans ses paramètres de traitement. Finalement, dans son adaptation pour les adolescents, une intervention dans le milieu familial dont la fréquence n'est pas spécifiée est proposée pour la TCT. Par contre, les familles seraient référées lorsque des besoins de « thérapie » à proprement dit seraient reconnus.

Somme toute, au même titre que pour la durée du traitement, il ne semble pas y avoir d'accord concernant une fréquence de rencontre à privilégier et pouvant contribuer à de meilleurs résultats thérapeutiques. Il serait intéressant de vérifier si un certain

nombre de rencontres par semaine ou par mois est préférable dépendamment de la modalité, du contexte, et voire même, du moment du traitement. Par exemple, il serait peut-être pertinent de fournir un traitement plus intensif dans le premier mois de la démarche pour ensuite graduellement diminuer la fréquence jusqu'à la terminaison.

Implication de la famille

La TBM, la TDC, la TCA et la TCT encouragent l'implication et incluent la famille durant tout le processus thérapeutique, allant de l'évaluation à la fin du traitement. Elles recommandent également l'établissement d'un contact positif et d'un partenariat avec cette dernière dans le travail avec les adolescents TPL. Alors qu'on semble avoir recours à la thérapie familiale uniquement avec les adolescents pour la TCA, la TCT et la TDC, la TBM rend ce volet disponible aussi à la clientèle adulte. Comparativement à la TBM et la TDC, l'intervention familiale proposée par la TCA et la TCT est beaucoup moins détaillée. Toutes deux n'y font pas référence dans leur ouvrage d'origine et l'ont modestement développée lors de leur adaptation au travail avec les adolescents. La clinique HYPE, au sein de laquelle la TCA a été appliquée à des adolescents, invite la famille à participer à l'évaluation, à l'établissement du plan d'intervention, à une intervention psychoéducative, à quatre séances de thérapie familiale selon le modèle de la TCA et lui offre du soutien dans la mesure où cela respecte les limites de la confidentialité. Ici, la présence de la famille est sollicitée afin de faciliter l'engagement et le changement chez les adolescents. Sous sa forme originale, la TCT, quant à elle, implique les parents uniquement au moment de l'élaboration du contrat thérapeutique

lorsque le patient est relativement jeune, lorsqu'il est très dépendant des parents (financièrement, consiste en son lien affectif principal) ou lorsqu'il y a un risque que les parents ne comprennent pas la nature du TPL ou du traitement, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de garantie que le patient ne s'automutilera pas ou n'intentera pas à sa vie. Dans son adaptation pour les adolescents, la TCT inclut les parents dans le processus d'évaluation¹, dans l'élaboration du contrat thérapeutique² et dans une « intervention milieu » afin de recueillir des informations pertinentes, favoriser des résultats positifs et minimiser les risques d'abandon du traitement. Plus précisément, l'implication des parents lors de l'élaboration du contrat vise à les informer de la nature et des limites de la thérapie ainsi que de connaître leurs attentes face à la thérapie et au thérapeute afin de prévenir l'idéalisation face à la démarche. Cela permettrait également, dans une certaine mesure, de contenir les comportements autodestructeurs en agissant comme une extension du contrat thérapeutique élaboré avec le patient. Plus précisément, « l'intervention milieu » a pour but d'établir les règles dans la famille, de consolider leurs forces afin d'atténuer les comportements pouvant menacer la poursuite du traitement et de maintenir des normes adaptatives à la maison. Ainsi, dans l'ensemble, Foelsch et al. (2008) semblent ne fournir qu'une ébauche de ce en quoi consiste

¹ Évaluation du motif de référence, des prédispositions au transfert (élément dominant) et de la portée des difficultés de communication (incluant la fonction des secrets), identification des alliances et des pouvoirs (pour comprendre le rôle de l'adolescent et prédire les conflits qui pourraient survenir lorsque ces alliances seront confrontées), des normes sous-jacentes aux interactions intra et extra familiales (pour cerner les attentes en matière de comportement) et détermination de l'efficacité avec laquelle les règles sont transmises et mises en application (cohérence).

² Éducation sur la nature du TPL et du traitement (logique derrière les interventions), clarification des attentes, informer les parents sur les changements et les non-changements possibles, définition du niveau d'implication (discussion concernant des difficultés spécifiques ou référence en thérapie familiale), établir des limites claires concernant les « menaces » à la poursuite du traitement autant pour l'adolescent que les parents, engagement des parents à respecter et appliquer les règles sur lesquelles tous se sont entendus.

l'intervention familiale selon la TCT. En somme, la TCA et la TCT ne nomment pas se baser sur un modèle de thérapie familiale existant et n'explique pas le rationnel derrière leur intervention. Elles ne font aucunement mention des modifications apportées à leur modèle original pour qu'elles puissent être livrées selon une modalité familiale et aucun détail n'est fourni concernant les cibles d'intervention ainsi que les stratégies utilisées avec la famille. De plus, bien que la TCT précise que la famille pourra être référée pour effectuer du travail familial plus élaboré, les critères déterminant la référence ne sont pas spécifiés.

Il est recherché par la TBM et la TDC que la famille puisse avoir une compréhension plus globale des comportements de l'adolescent. Pour la TBM, cela consiste à amener les parents à comprendre la nature transactionnelle des difficultés alors que pour la TDC, il est tenté de remettre en contexte les comportements de l'adolescent et de les comprendre à la lumière de l'histoire familiale et des apports intergénérationnels. Ultiment, ces approches de traitement souhaitent diminuer le blâme et le sentiment d'incompétence vécu par les parents en abordant les difficultés selon leur nature systémique plutôt que causale. Au sein de la TDC et la TBM, peu d'importance est accordée à déterminer l'origine des difficultés (le responsable). On s'attarde davantage aux problématiques présentes dans le moment présent qui favorisent le maintien des difficultés. La TDC appuie, entre autres, le pouvoir d'une position non-péjorative à l'égard de la famille pour encourager leur engagement et le changement. Ces approches ont pour objectif de rendre la famille plus compétente dans leur

communication et leur manière d'interagir afin de minimiser les conflits et faciliter la régulation émotionnelle. De plus, elles consistent à rendre les parents plus adéquats et compétents pour qu'ils puissent servir de modèle et soutenir l'adolescent dans son cheminement afin qu'il fasse des gains en thérapie et les maintienne. Pour les deux modèles, les apprentissages sont à la fois faits par l'entremise de la psychoéducation incluant des apprentissages concernant la nature du TPL et de divers thèmes privilégiés par chacun des traitements (p.ex. communication et mentalisation pour la TBM ou les dilemmes dialectiques pour la TDC) et la pratique des différentes notions dans le cadre de la thérapie familiale ou d'un groupe multifamilial.

Un accord général est rapporté dans la littérature par rapport à l'importance de l'implication de la famille dans le traitement, et ce, particulièrement dans l'intervention avec les enfants et les adolescents (Foelsch et al., 2008; MacFarlane, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Woodberry et al., 2002). Plus précisément, l'attitude positive des parents face au traitement serait plus importante que leur participation active dans celui-ci (Miller, Rathus, DuBose, Dexter-Mazza, & Goldklang, 2007). Tout d'abord, cela peut s'expliquer par le fait que plusieurs jeunes bénéficiant de services psychothérapeutiques sont sous la responsabilité et l'autorité de leurs parents puisqu'ils sont mineurs et dépendent d'eux pour répondre à leurs besoins (Foelsch et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Woodberry et al., 2002). De plus, plusieurs auteurs reconnaissent l'apport des facteurs familiaux dans l'étiologie du TPL et son

maintien¹ (Al-Alem & Omar, 2008; Beresin, 1994; Bleiberg et al., 2012; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009; Paris, 2007; Zelkowitz et al., 2007) ainsi que les impacts négatifs du trouble au niveau relationnel (Al-Alem & Omar, 2008; Bleiberg et al., 2012; Chanen, Jackson et al., 2009; Miller, Neft et al., 2008; Schuppert et al., 2012), incluant la famille (Crowell et al., 2009; MacFarlane, 2004; Marcinko & Bilic, 2010; Woodberry et al., 2002). Aussi, tel que mentionné dans une section précédente, les familles vivent une charge émotionnelle importante du fait de devoir prendre soin d'un membre ayant un diagnostic de trouble de santé mentale, incluant le TPL (Crowell et al., 2009; Woodberry et al., 2002). Elles nomment fréquemment se sentir envahies et dépassées par les symptômes de leur proche, avoir besoin d'aide pour comprendre d'où proviennent ces symptômes et comment il est préférable de les gérer (Marcinko & Bilic, 2010). Dans ce sens, on estime que les parents ont besoin d'un soutien considérable, d'éducation concernant le TPL et d'être orientés sur la façon de maintenir une réponse appropriée envers l'individu qui en souffre (Haugaard, 2004). De plus, la présence des parents en thérapie familiale peut leur permettre pour la première fois de considérer et d'adresser leurs propres difficultés qui pourraient influencer négativement le traitement advenant qu'elles ne soient pas abordées (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Finalement, l'implication de la famille semble aussi requise relativement au mouvement d'autonomisation et d'individuation « normal » par rapport à la famille souhaité par l'adolescent TPL (Bleiberg et al., 2012; Foelsch et al., 2008; Miller, Neft et al., 2008;

¹ Pour plus de détails concernant ces facteurs, vous pouvez vous référer à la section « Étiologie »

Santisteban et al., 2003) qui ne possède pas les capacités nécessaires pour l'atteindre sans risque (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les nombreuses difficultés du jeune contribuent à augmenter l'anxiété chez la famille, voire même chez les intervenants, la portant à vouloir prendre en charge le jeune, ce qui va à l'encontre de la principale tâche développementale de ce dernier qui est de se séparer et s'individuer (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). De ce fait, la thérapie familiale pourrait être un moyen de mieux gérer le processus de séparation-individuation en combinaison au travail thérapeutique sur le TPL.

Il ressort que la famille peut influencer et contribuer de plusieurs manières au processus thérapeutique de l'adolescent TPL. Elle peut servir d'observateur, fournir des informations pertinentes, et voire même constituer l'un des principaux agents de changement compte tenu de son omniprésence dans la vie de l'adolescent (Foelsch et al., 2008; Woodberry et al., 2002). Des auteurs soutiennent que l'efficacité de la thérapie individuelle auprès de cette clientèle pourrait être améliorée par l'ajout d'interventions familiales (Fruzetti et al., 2007; Miller et al., 2002; Woodberry et al., 2002). Plus spécifiquement, un tel partenariat est considéré comme favorisant l'adhésion en traitement (Miller, Neft et al., 2008) et comme étant lié à l'évolution du jeune en traitement ainsi qu'aux résultats thérapeutiques (Miller, Neft et al., 2008; Miller et al., 2007). Bien que plusieurs éléments semblent justifier le recours à l'intervention familiale, il y a peu de recherche concernant l'efficacité de l'intervention familiale à proprement dite (Woodberry et al., 2002). Plus précisément, malgré qu'elles aient

démontré son efficacité avec certaines problématiques dont l'abus de substances (Santisteban et al., 2003), les données sont limitées quant aux interventions familiales spécialement développées pour le traitement des adolescents TPL, suicidaires ou multiproblématiques (Marcinko & Bilic, 2010; Woodberry et al., 2002). Aucun essai clinique randomisé avec groupe contrôle n'est disponible à notre connaissance. Le travail avec la famille, bien que souhaitable, peut également comporter certains défis au niveau de la confidentialité et de l'alliance (Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). De plus, cette collaboration peut parfois s'avérer impossible dans certaines circonstances (p. ex. lorsqu'il y a présence de difficultés extrêmes nécessitant l'implication de la protection de la jeunesse) (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Finalement, il ne semble pas y avoir d'entente quant à la manière d'impliquer la famille (intervention seule ou combinée) ni sur le type d'intervention familiale à privilégier (Marcinko & Bilic, 2010). On constate néanmoins qu'une approche psychoéducatrice (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004; Marcinko & Bilic, 2010) et cognitivo-comportementale (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004) pourraient être bénéfiques.

En résumé, tous les traitements soutiennent l'implication de la famille dans le processus thérapeutique auprès des adolescents TPL. Néanmoins, ceux-ci détaillent de manière variée cette modalité d'intervention. Il semble que l'implication de la famille soit justifiée à plusieurs niveaux et influence positivement la rétention et le progrès en

traitement ainsi que les résultats thérapeutiques. Des recherches apparaissent toutefois essentielles afin d'identifier les interventions les plus efficaces et de mieux comprendre comment intégrer le travail familial au travail individuel avec les adolescents TPL.

Collaboration et partenariat

Sans qu'aucune des approches ne soit contre la collaboration avec les autres systèmes entourant le jeune en dehors de la famille, seulement la TDC et la TCT notent explicitement l'importance de cette collaboration alors que la TBM souligne plutôt la nature capitale du travail d'équipe dans le traitement des TPL. Cet aspect n'est toutefois pas traité dans le manuel de la TCA. Pour la TCT, le partage d'informations entre les thérapeutes est considéré comme un élément crucial permettant d'identifier et contenir les dynamiques qui s'actualisent dans le cadre d'un traitement comprenant plusieurs modalités de traitement.

Il est constaté que l'absence de coordination et l'échec à inclure les autres systèmes entourant le jeune (école, famille, etc.) peut limiter l'efficacité des interventions (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). La collaboration avec la famille et les autres systèmes qui entourent le patient (école, autres services, etc.) contribue à ce que tous partagent le même langage et aient une vision commune de la situation du jeune (Chanen, McCutcheon et al., 2009; Haugaard, 2004; Miller, Neft et al., 2008). Le partage d'information, la coordination des interventions (Chanen, McCutcheon et al., 2009; Miller, Neft et al., 2008), la mise en place d'un traitement

cohérent (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) et le maintien en thérapie (Miller et al., 2007) sont d'autres avantages du partenariat. Ultiment, c'est l'efficacité de l'intervention qui s'en voit améliorée (Haugaard, 2004).

Le maintien de la communication avec les tiers (collaboration), tout en conservant l'alliance thérapeutique avec le jeune, constitue un défi pour le thérapeute (Miller, Neft et al., 2008; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Afin d'éviter la rupture, Miller, Neft et al. (2008) proposent d'impliquer l'adolescent dans les discussions concernant les plans « d'urgence » et favoriser la discussion directe de l'adolescent avec les différents tiers. Puisque les jeunes TPL requièrent souvent l'implication de plusieurs services, la NICE (2009) estime qu'il est important d'établir un leadership clair et une hiérarchie ouverte quant à la prise de décision entre les divers professionnels, de clarifier les responsabilités de chacun d'eux quant au traitement, que chacun fasse un effort de collaboration en travaillant avec flexibilité et créativité pour respecter les autres services tout en répondant aux besoins du jeune. Cela peut, entre autres, permettre de minimiser les différents par rapport à la planification du traitement et son application (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009).

En résumé, les dysfonctionnements s'étendent bien au-delà du milieu familial et la collaboration avec un nombre important de systèmes et de professionnels liés directement ou indirectement à l'intervention est nécessaire. Le partenariat avec les autres systèmes d'intervention, bien que comportant certains défis, favorise la rétention

en thérapie, le partage d'une vision commune, la coordination et la cohérence dans le traitement ainsi qu'une plus grande efficacité.

Traitement pharmacologique

Tous les traitements utilisent un traitement pharmacologique en complémentarité avec la psychothérapie. Cependant, aucun d'entre eux ne recommandent l'utilisation de la médication comme traitement seul pour le TPL. Globalement, l'objectif visé par l'inclusion de la médication est de faciliter le traitement psychothérapeutique et ainsi favoriser son efficacité (TBM, TDC, TCT, TCA). Par contre, une polypharmacologie n'est pas non plus encouragée à moins que cela soit nécessaire (TCT, TCA) puisqu'une sur-médication pourrait, à l'inverse, diminuer la disponibilité du patient à la thérapie (TCT). La TDC et la TCT sont plus explicites par rapport à la gestion des diverses questions entourant la médication et émettent tous deux des réserves par rapport au fait que la responsabilité de la psychothérapie et du traitement pharmacologique n'incombe qu'à une seule personne.

Diverses recommandations sont émises dépendamment des traitements telles que de ne pas l'utiliser en moment de crise (TBM), de ne pas l'utiliser pour gérer l'anxiété de l'équipe d'intervention (TBM), d'être prudent dans la prescription de médicament possiblement létal (TDC, TCT), d'identifier la signification que revêt la médication pour le patient (TCT), de son influence sur le transfert et le contre-transfert (TBM, TCT), etc. À cet effet, la TCT précise qu'il est primordial de bien différencier une condition

« comorbide », nécessitant une médication appropriée, des symptômes, représentant une réponse au transfert en thérapie ou liés à un évènement de la vie quotidienne qui requièrent, quant à eux, une intervention thérapeutique.

Finalement, la TDC, la TCT et la TCA rapportent diverses difficultés possibles en lien avec ce traitement et ce type de clientèle tels que la non-adhésion au traitement (TDC, TCA), que le patient en fasse un usage inapproprié (surutilisation, faire des réserves pour une future tentative de suicide ou advenant le cas que la médication soit interrompue, combinaison de médication, etc.) (TDC), qu'il mente (TDC), qu'il ait une perception erronée quant aux effets (TCT), qu'il dissimule volontairement des informations (TDC), etc.

Aucune médication n'a actuellement été identifiée comme « traitant » le TPL chez les adolescents et les adultes (Clarkin et al., 2006; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Il n'y a pas non plus de traitement de choix pour un symptôme ou un autre puisque la réponse des patients TPL à la médication peut être différente malgré des symptômes similaires à d'autres individus sans TPL (Linehan, 1993; Marcinko & Bilic, 2010) et peut diminuer au fil du temps (Clarkin et al., 2006). De plus, les effets de la médication sont jugés faibles et non spécifiques dans l'ensemble (Clarkin et al., 2006). Malgré tout, on reconnaît qu'il est parfois nécessaire d'y faire appel au cours du traitement (Beresin, 1994).

Les données en provenance d'études incorporant un traitement pharmacologique sont difficilement interprétables puisque peu de détails sont fournis quant au type de médication prescrite ou de l'objectif pour lequel elles le sont (Barnicot et al., 2012; Marcinko & Bilic, 2010). À la lumière des informations disponibles, il y aurait un effet au niveau de certains symptômes tels que l'impulsivité, les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que des déficits cognitifs et perceptuels (Al-Alem & Omar, 2008; Haugaard, 2004). La médication serait utilisée pour adresser des symptômes spécifiques du TPL (p. ex. l'impulsivité) ou une condition en « comorbidité » (p. ex. la dépression) (Clarkin et al., 2006; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), mais ne constituerait pas un « traitement » à part entière du trouble (Haugaard, 2004). Les adolescents TPL seraient plus fréquemment traités à l'aide d'antipsychotiques alors que les adultes sont davantage traités avec des antidépresseurs et, pour une plus longue période, des stabilisateurs de l'humeur (Segal-Trivitz et al., 2006). Cela est peut-être lié au pattern d'impulsivité comportementale chez les adolescents et ainsi la tendance à utiliser de la médication plus sédative pour parvenir à contrôler le comportement (Segal-Trivitz et al., 2006). Par contre, bien qu'une grande variété d'agents pharmacologiques réduise l'impulsivité caractéristique du TPL, ils n'ont qu'une valeur limitée puisqu'ils ont été conçus pour d'autres applications et que les difficultés à l'axe II ont probablement des pathophysiologies différentes (Marcinko & Bilic, 2010). L'objectif de la combinaison entre une médication et la psychothérapie est de contrôler les symptômes tout en fournissant une stratégie pour améliorer les résultats à long terme et la rétention en traitement (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Les

adolescents seraient néanmoins plus fréquemment traités uniquement avec de la psychothérapie (Segal-Trivitz et al., 2006).

En résumé, la psychothérapie demeure l'élément central du traitement du TPL chez les adolescents alors que le traitement pharmacologique se voit attribuer un rôle d'appoint. Toutefois, comme plusieurs questions restent encore sans réponse concernant la médication à privilégier et son efficacité, il serait important d'approfondir nos connaissances sur le traitement pharmacologique avec les TPL afin de savoir comment l'intégrer avec succès dans le traitement. D'ailleurs, tel que cela sera décrit dans la section suivante, il importe que le traitement des adolescents TPL, pouvant prendre plusieurs formes et comprenant de nombreuses composantes incluant le traitement pharmacologique, soit structuré et cohérent.

Structure et cohérence du traitement

On peut affirmer que tous les traitements sont structurés compte tenu de l'effort d'élaboration et de structuration fait par leur concepteur. Plus précisément, tel qu'il a été mentionné précédemment, chacun d'eux s'appuie sur des bases théoriques particulières, sous-jacentes à une conceptualisation du TPL et à un cadre conceptuel précis, à l'origine de cibles à privilégier et d'objectifs spécifiques à atteindre au cours de la démarche thérapeutique. Ces derniers sont adressés selon des principes et stratégies d'intervention guidant le thérapeute tout au long de son travail, le tout étant décrit dans des manuels de traitement.

Tous les traitements s'organisent selon une forme phasique comportant plusieurs étapes et où l'atteinte des cibles propres à chacune d'elles permet de passer à la suivante. La TBM et la TCT se structurent selon une première étape d'évaluation ainsi qu'une phase initiale, médiane et finale de traitement alors que la TCA comporte la phase de reformulation équivalente à l'évaluation, le traitement et la terminaison. La TDC, quant à elle, se divise en cinq étapes, c'est-à-dire le prétraitement, l'acquisition d'habiletés, la réduction des stress post-traumatiques, l'amélioration du respect de soi et l'atteinte d'objectifs personnels ainsi que la terminaison. Même les traitements les plus limités dans le temps en termes de nombre de séances (24 pour la TCA et 16 pour la TDC) ne détaillent pas précisément le contenu de chacune des rencontres sauf exception du groupe d'entraînement aux habiletés de la TDC. Un autre effort de structuration est fait par la TDC et la TCT en hiérarchisant de manière précise les cibles d'intervention selon leur caractère prioritaire. Plus précisément, la TDC s'attardera successivement aux comportements pouvant menacer la vie du patient ou celle des autres, les comportements interférant avec la thérapie et les comportements interférant avec la qualité de vie du patient alors que la TCT mettra d'abord l'accent sur les obstacles à l'exploration du transfert, les manifestations concrètes du transfert et le matériel chargé affectivement, mais n'étant pas lié au transfert. Néanmoins, tous reconnaissent que les idéations et les comportements suicidaires ou autres comportements pouvant être une menace à l'intégrité physique du patient constituent l'élément prioritaire.

Dans le cadre de leur programme d'hospitalisation partielle (de jour), Bateman et Fonagy (1999) ont voulu établir un milieu de traitement fiable pour une clientèle aux prises avec un TPL sévère à l'aide d'un cadre de traitement structuré, flexible, cohérent et guidé par certaines limites. À la lumière des résultats thérapeutiques décevants obtenus par les participants du groupe contrôle (traitement standard de l'unité psychiatrique), voire même l'aggravation de leur condition pour certaines variables, Bateman et Fonagy (1999) constatent que le traitement du groupe contrôle manquait de cohérence, était appliqué de façon inconsistante, particulièrement en temps de crise, et était promulgué par plusieurs services non-coordonnés. Ils concluent ainsi que d'offrir un programme moins structuré, moins intensif et n'offrant pas de psychothérapie spécifique est un traitement inadéquat qui échoue à faire diminuer le risque suicidaire, les symptômes et ultimement la fréquence et la durée des hospitalisations suggérant ainsi l'apport significativement positif d'un traitement plus structuré et intensif (Bateman & Fonagy, 1999). La NICE (2009) constate également ce manque de coordination dans les services offerts aux jeunes TPL. Les auteurs rapportent un faible taux d'abandon dans le groupe expérimental pouvant s'expliquer, en partie, par la nature structurée du traitement qui oriente beaucoup le client et lui impose certaines limites (p. ex. contacts à l'extérieur du programme) servant d'incitatif à la participation (Bateman & Fonagy, 1999). Finalement, ceux-ci statuent que l'application cohérente du programme au fil du temps permet d'identifier les incohérences dans les patterns relationnels du TPL et d'identifier les facteurs inconscients qui interfèrent avec la possibilité de changer.

La recherche a clairement démontré que les programmes de traitement à l'externe basés sur une théorie cohérente, une structure claire et appliquée avec consistance sur une période relativement longue peuvent produire des améliorations significatives chez le patient (Bateman & Fonagy, 2012). Il s'agit d'ailleurs d'un élément commun aux traitements pour le TPL à l'âge adulte (Weinberg et al., 2011). Ceux-ci soulignent également l'importance d'un accord commun entre le thérapeute et le client. La NICE (2009) nomme que la cohérente et la constance à travers le suivi thérapeutique (p. ex., une heure de rencontre précise, détails sur comment accéder aux services en moment de crise, un modèle théorique et une approche claire expliquant les raisons des réponses de certains professionnels, etc.) peuvent fournir une base solide pour la mise en place d'intervention thérapeutique auprès des jeunes TPL et faciliter l'engagement. Un tel cadre favorise aussi la sécurité tant durant les séances qu'à la maison, permet d'adresser et contenir les caractéristiques du TPL telles que l'impulsivité et facilite le travail thérapeutique (Bleiberg et al., 2012; Jakubczyk et al., 2001; Miller et al., 2002; Weinberg et al., 2011). Toutefois, la flexibilité dans l'adaptation aux besoins du jeune et de sa famille est encouragée (Miller et al., 2002).

L'ensemble de ces approches thérapeutiques appuient l'importance d'un tel cadre compte tenu de la nature particulièrement instable de ces patients et des besoins spécifiques des adolescents TPL. Dans l'optique d'établir un traitement cohérent, les thérapies ont recours à un contrat thérapeutique écrit ou verbal (TBM, TDC, TCA, TCT), un plan de traitement (TBM, TDC, TCA, TCT), un plan d'intervention de crise

(TBM, TDC, TCT) et parfois des protocoles pour structurer la prise de décision (TDC, TCT) par rapport aux menaces suicidaires, au recours à l'hospitalisation, etc. Il s'agit en quelque sorte d'évaluer et d'anticiper les difficultés qui pourraient interférer avec la thérapie. La TDC et la TCT sont celles qui détaillent le plus les éléments compris dans le contrat thérapeutique et considèrent son élaboration comme une étape importante du processus thérapeutique. Celui-ci consiste principalement en une entente concernant les divers paramètres de base du traitement (en quoi va consister le traitement, sa durée, les coûts, les politiques d'annulation d'un rendez-vous et d'interruption du suivi, respect de l'horaire des rencontres et de la confidentialité, etc.). Dépendamment des traitements, les responsabilités du patient (TBM, TDC, TCT), du thérapeute (TBM, TDC, TCT) ainsi qu'un cadre et des limites entourant les comportements pouvant s'avérer être une menace au traitement (TDC, TCT) sont également inclus. L'importance d'aborder ce contrat avec la famille du jeune est soulignée dans la TBM, la TDC et la TCT. Antérieurement, dans le cadre de leur expérimentation en contexte d'hospitalisation partielle (TBM), Bateman et Fonagy (1999) ne favorisaient pas l'élaboration d'un contrat thérapeutique afin d'éviter le sabotage régulièrement employé par les individus souffrant d'un TPL. Ils suggéraient d'ailleurs que l'absence de contrat thérapeutique pouvait contribuer à la rétention en traitement. Néanmoins, comme l'échantillon est principalement composé d'adultes, il est possible que cela s'adresse plus particulièrement à eux plutôt qu'aux adolescents. Il semble qu'une moins grande attention soit portée au « contrat thérapeutique » dans le cadre de la TCA relativement à certains doutes quant à la portée et les effets contenantants de ce dernier. D'ailleurs, dans le

cadre de l'étude comparant la TCA au traitement habituel à la clinique HYPE, aucun contrat thérapeutique précis n'est élaboré, car il est considéré qu'une telle entente est souvent vécue comme une provocation et une invitation dans une bataille pour le contrôle (Chanen, McCutcheon et al., 2009). Pour la TBM, TDC et la TCT, le contrat thérapeutique semble également inclure le plan de traitement (objectifs thérapeutiques clairs partagés par le patient et le thérapeute et les moyens pour les atteindre). Pour la TCA, il s'agit de deux éléments séparés. Peu importe la forme que prend l'entente concernant les objectifs du traitement, l'ensemble des traitements marque l'importance d'un accord commun entre le thérapeute et le patient les concernant. Finalement, pour la TBM, la TDC et la TCT, un plan d'intervention de crise concernant, entre autres les comportements suicidaires et d'automutilation, est aussi élaboré. La TCA n'en fait pas mention.

Selon l'approche psychanalytique, le contrat est considéré comme visant à identifier les difficultés susceptibles d'émerger durant le processus thérapeutique, à protéger le travail thérapeutique ainsi qu'à contenir les affects intenses et la dynamique innée du patient qui s'actualise dans le cadre relativement sécurisant de la thérapie (Ryle, 1997). Le contrat peut aussi aider le thérapeute à gérer son contre-transfert, clarifier ses limites selon ce qu'il peut offrir ou tolérer et clarifier les responsabilités du patient envers le traitement. La participation du jeune dans ce processus de prise de décision serait utile pour instaurer un climat d'honnêteté et de prévisibilité, entre autres par rapport aux raisons de certaines réponses ou actions du thérapeute (National Institute for Health &

Clinical Excellence, 2009). Au niveau adulte, lorsque le contrat est bien présenté et négocié, il est associé à une réduction du risque d'abandon du traitement (Ryle, 1997; Weinberg et al., 2011). D'ailleurs, lorsque de telles stratégies ne sont pas adoptées, on estime que 36 % à 67 % vont mettre fin aux services prématurément (Weinberg et al., 2011). Il serait intéressant de comparer la portée et les effets du contrat thérapeutique chez la clientèle adulte et adolescente.

En résumé, la plupart des psychothérapies comprennent un contrat thérapeutique, un plan de traitement ainsi qu'un protocole d'intervention d'urgence pour favoriser l'efficacité et minimiser l'abandon du traitement. Globalement, un cadre thérapeutique structuré a pour but de guider la prise de décision tout au long du traitement et permettre l'établissement d'un environnement thérapeutique stable, cohérent, sécurisant et respectueux ayant pour issu le développement d'une relation de collaboration entre le jeune, les parents et l'équipe de traitement ainsi que l'évolution positive au cours du processus thérapeutique.

Relation et alliance thérapeutique

L'importance accordée à une relation thérapeutique de qualité ressort comme étant l'un des éléments communs à l'ensemble des thérapies (TBM, TDC, TCT, TCA).

La relation thérapeutique constitue l'un des principaux véhicules du changement pour les adultes et les adolescents TPL pour tous les traitements. Cette dernière est

considérée comme découlant du passé de l'individu (patterns relationnels antérieurs), mais aussi comme résultant du lien réel entre le thérapeute et son patient. Diverses stratégies et différentes attitudes à privilégier sont spécifiées pour l'ensemble des traitements pour que cette relation soit optimale et source de changement. Cela s'actualise également par l'attention portée au processus transférentiel et contre-transférentiel dans le cadre de la TBM, la TCT et la TCA. L'auteur de la TDC n'y fait pas référence, mais reconnaît que les comportements du patient et du thérapeute pouvant interférer avec la thérapie auxquels elle s'attarde durant le traitement s'apparentent aux comportements propres au transfert et au contre-transfert. Bref, dans toutes les approches, le thérapeute tient compte des émotions que le patient a à son égard et de celles qu'il a face à son patient ainsi que sur ce qui s'active dans la relation durant les rencontres.

Les phénomènes relationnels et situationnels seraient des ingrédients actifs de tout système psychothérapeutique (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004). En outre, le fait de se centrer sur la relation constituerait un aspect essentiel d'un traitement efficace (Bateman & Fonagy, 1999; Dumas, 2007). C'est à travers une telle relation que le jeune pourra, entre autres, développer ses habiletés pour interagir et exprimer ses émotions de manière adéquate avec les autres (Haugaard, 2004). Weinberg et al. (2011) estiment que la centration sur la relation thérapeutique permet d'adresser l'insécurité vécue par le patient dans ses relations d'attachement et qu'une intervention à

ce niveau peut être efficace par rapport aux symptômes interpersonnels au cœur de la problématique du TPL.

Selon la TBM, la TDC, la TCT et la TCA, l'alliance est aussi un élément essentiel de la thérapie auprès des TPL. Linehan (TDC) considère d'ailleurs que, sans elle, peu de changements peuvent avoir lieu au niveau thérapeutique. L'emphase est mise sur la nature collaborative de la relation thérapeute-patient et leur responsabilité respective par rapport au progrès fait en traitement au sein de toutes les thérapies. Plus précisément, l'importance d'une compréhension partagée par rapport à la situation et aux difficultés du patient ainsi que d'un accord et un engagement mutuel quant aux objectifs thérapeutiques est aussi appuyée. Généralement, l'alliance s'avère être l'un des objectifs initiaux du traitement et l'élément sur lequel les premiers efforts du thérapeute sont orientés (TBM, TDC, TCA). Néanmoins, pour la TCT, et dans une certaine mesure la TBM, il est spécifié que l'alliance thérapeutique ne doit pas être considérée comme un prérequis à la thérapie, mais comme s'installant graduellement tout au long du processus.

La valeur de ce facteur consiste en l'une des connaissances les plus robustes quant au processus thérapeutique et aux résultats du traitement (Clarkin, 2006). Le succès thérapeutique dépend significativement du développement d'une alliance positive entre le jeune, la famille et le thérapeute reposant sur un consentement de tous face à la démarche (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Il s'agit d'ailleurs

d'un élément prédisant la réussite autant pour les thérapies cognitives qu'analytiques, (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004). Plus précisément, l'alliance favoriserait l'engagement en thérapie (Santisteban et al., 2003), permettrait l'amorce du travail sur la mentalisation (Bleiberg et al., 2012) ainsi que l'exploration plus en profondeur de la problématique du jeune et de sa famille. Cette relation pourra contribuer à la reprise du développement et à l'atteinte de l'autonomie fonctionnelle et relationnelle chez le jeune advenant qu'elle soit suffisamment sécurisante pour lui (Dumas, 2007). Dans le cadre d'une revue systématique et critique des données probantes sur les facteurs prédictifs des résultats thérapeutiques pour une population adulte, il a été identifié qu'une alliance thérapeutique plus forte est souvent associée à une plus grande réduction des symptômes (Barnicot et al., 2012). Elle serait aussi associée à des résultats thérapeutiques positifs (Al-Alem & Omar, 2008; Barnicot et al., 2012). Néanmoins, la dimension relationnelle est considérée comme étant l'un des principaux défis liés au travail avec les adolescents TPL (Dumas, 2007; Ryle, 1997). Elle est, entre autres, soumise au risque de rupture en cours de traitement, plus particulièrement au début de celui-ci et suivant une situation de crise dans le cadre ou non de la thérapie (Bateman & Fonagy, 2012; Ryle, 1997). Cela est possiblement attribuable aux comportements instables et dramatiques des TPL au niveau interpersonnel, au fait qu'ils entretiennent souvent des attentes irréalistes à l'égard de la relation ou qu'ils sont méfiants et hésitants face à elle (Ryle, 1997). La difficulté à établir une alliance avec les TPL est aussi liée au haut taux d'abandon du traitement pour cette clientèle (Weinberg et al., 2011).

L'Inserm (2004) nuance que les changements faits en thérapie, qui devront se généraliser à d'autres contextes, sont aussi dus aux capacités du patient et non pas uniquement à la relation thérapeutique. Ainsi, l'importance du rôle du thérapeute ne devrait pas être exagérée et une part de la responsabilité du changement devrait aussi être attribuée au patient. La relation thérapeutique serait donc une composante nécessaire, mais non suffisante (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004). La NICE (2009) spécifie aussi que la façon dont le traitement est administré, les habiletés du thérapeute ainsi que le soutien organisationnel dont ce dernier bénéficie dans son intervention a un effet important quant à l'efficacité thérapeutique.

En résumé, bien qu'elle ne puisse à elle seule expliquer l'issue positive du traitement, la relation thérapeutique est une composante importante influençant, entre autres, l'engagement et la rétention en thérapie ainsi que les résultats. L'établissement et le maintien d'un tel lien avec un adolescent TPL comporte plusieurs défis pour le clinicien. Certaines attitudes à privilégier pour y contribuer sont d'ailleurs spécifiées pour l'ensemble des traitements.

Attitudes du thérapeute. Diverses attitudes pour favoriser l'établissement et le maintien d'une alliance et d'une relation thérapeutique ainsi que l'évolution positive en thérapie des patients TPL sont précisées pour la TBM, la TDC et la TCT. Dans le cadre de la TCA, on évoque plutôt des qualités utiles pour la gestion du contre-transfert (ouverture, conscience de soi élevée, etc.). Globalement, il est reconnu que l'implication

émotionnelle de la part du patient et du thérapeute est à la base de l'alliance thérapeutique (TBM, TDC, TCT, TCA). Bien qu'un vocabulaire différent soit utilisé par la TBM (position de mentalisation), la TDC (position dialectique) et la TCT (neutralité technique), il ressort qu'il est souhaitable que le thérapeute demeure dans une position où il ne prend pas part à la pathologie du patient pour pouvoir intervenir efficacement. Sans faire référence aux mêmes éléments, les auteurs de la TDC et de la TCT semblent miser sur l'équilibre du thérapeute à travers la relation thérapeutique. Plus précisément, il est souhaité que le thérapeute puisse concilier l'acceptation et les demandes de changement, la flexibilité et le maintien des limites ainsi que prendre soin et exiger l'autonomie (TDC). Pour la TCT, on fait référence au fait de ne pas prendre position dans l'un ou l'autre des pôles du conflit intrapsychique du patient (le « tout bon » et le « tout mauvais ») actualisé dans la relation, mais plutôt de demeurer à équidistance entre les deux.

Bien que le degré d'ouverture affective accepté et encouragé diffère d'un traitement à l'autre, un pouvoir particulier semble accordé par tous à l'empathie, au non-jugement, au fait de ne pas blâmer, voire même d'avoir un préjugé favorable à l'égard du patient. Dans le cadre de certaines thérapies (TBM, TDC, TCT), on mise également sur l'effet positif de démontrer un intérêt sincère face au patient et une curiosité face à ce qu'il vit en faisant preuve d'humilité et en se positionnant dans un rôle d'observateur naïf (tout questionner sans certitude) plutôt que dans celui d'expert. Cela pourrait se traduire par l'authenticité du thérapeute dans son engagement dans la thérapie et auprès du patient.

De minimiser le blâme et de valider l'expérience du patient et les préoccupations des membres de la famille permet d'établir une relation de collaboration (Miller et al., 2002), d'augmenter les chances d'une participation active de la part de la famille (Fruzzetti et al., 2007), de favoriser l'engagement et l'observance du traitement (Miller et al., 2002) ainsi que de renforcer la capacité du jeune et de sa famille à apprendre de nouvelles habiletés d'interaction (Miller et al., 2002). Une attitude de non jugement de la part du thérapeute lui permettra aussi de faire une observation plus nuancée des interactions familiales, d'apaiser les sentiments de honte, d'échec et de culpabilité vécus par les parents et de diminuer leur vulnérabilité émotionnelle pouvant interférer avec la thérapie (Miller et al., 2002).

La TDC s'avère être la seule approche pour laquelle la « self-disclosure » de la part du thérapeute est encouragée, soit qu'il communique son opinion et ses réactions émotionnelles au patient ainsi que ses réactions quant à la situation thérapeutique ou des informations pertinentes liées à ses expériences personnelles. Par contre, les concepteurs de la TBM encouragent tout de même une forme de transparence où le thérapeute communique ouvertement ce qu'il pense et pourquoi il agit de la façon dont il le fait afin de développer une confiance mutuelle.

L'importance d'accepter le patient tel qu'il est et avec les capacités qu'il a au moment où il se présente en thérapie ainsi que la capacité du thérapeute à reconnaître ses erreurs, considérées comme inévitables, ressort à travers la TBM et la TDC. Pour la

TCT, contrairement à la TDC, la TCA et la TBM, les techniques de soutien telles que d'encourager ou de donner des conseils ne sont pas encouragées et il est considéré que d'être chaleureux et « giving » n'est pas suffisant pour favoriser le développement de l'alliance. Selon la TCT, la principale façon de l'établir et la renforcer est l'interprétation des transferts négatifs manifestes et latents qui amènerait la personne à accepter une nouvelle relation, à la considérer comme valable et pouvant être utilisée pour se développer.

Dans les deux dernières décennies, les éléments techniques et relationnels de l'alliance tels que les caractéristiques du patient et les actions du thérapeute ont été au centre de plusieurs recherches empiriques (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Certains identifient, entre autres, l'effet positif d'une attitude non-jugeante (Al-Alem & Omar, 2008; Dumas, 2007; Santisteban et al., 2003), de la collaboration entre les membres de l'équipe d'intervention et de cette dernière avec la famille (Santisteban et al., 2003), de l'empathie (Dumas, 2007), de l'écoute (Dumas, 2007), d'un engagement authentique (Weinberg et al., 2011), etc. Il serait également important d'être patient et d'assumer que le jeune a des capacités tout en ayant des attentes réalistes envers lui compte tenu que les améliorations au niveau du fonctionnement et des symptômes tendent à être graduelles (Bateman & Fonagy, 2012; Clarkin, 2006; Linehan, 1993; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Cela contribuera à ce que le jeune et le thérapeute demeurent motivés et ne se découragent pas face à une évolution plus lente (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Dans le cadre d'une revue de

littérature, Ackerman et Hilsenroth (2003) ont fait l'examen complet des attributs du thérapeute et de ses activités durant la thérapie qui influencent positivement l'alliance thérapeutique (sans égard à un trouble en particulier). Il ressort que la flexibilité, l'expérience, l'honnêteté, être respectueux et digne de confiance, confiant, intéressé, attentif, amical, chaleureux et ouvert sont les variables attribuables au thérapeute qui favorisent l'alliance. Ainsi, il semble possible d'affirmer que les attitudes ou caractéristiques requises par le thérapeute pour le travail avec les TPL s'apparentent à celles identifiées dans les diverses psychothérapies non spécifiques à un trouble en particulier par Ackerman et Hilsenroth. Néanmoins, le travail avec les TPL semble particulièrement requérir du clinicien qu'il puisse tolérer et demeurer solide face à des perceptions et des comportements souvent polarisés, intenses, déroutants et parfois même incompréhensibles.

Bref, on peut considérer que l'alliance thérapeutique est fortement déterminée par l'attitude du thérapeute face au patient, sa façon de le considérer et sa capacité à faire face aux turbulences liées au travail avec la clientèle TPL. Outre la relation thérapeutique, diverses stratégies d'intervention peuvent être mise en place pour favoriser le changement et il semble possible de faire ressortir certains éléments communs à la TBM, la TDC, la TCT et la TCA.

Stratégies d'intervention

Les stratégies (techniques, tactiques, moyens, etc.) utilisées pour mener à bien les objectifs thérapeutiques diffèrent d'un traitement à l'autre. Bien que toutes ces thérapies soient orientées vers le changement, chacune d'elles a recours à une quantité plus ou moins importante de stratégies qu'elles détaillent à différents degrés. Par exemple, l'intervention propre à la TCT se base pratiquement seulement sur le processus interprétatif (clarification, confrontation et interprétation)¹. La TDC, elle, se définit à travers un ensemble de stratégies (maintien d'une position dialectique, validation, résolution de problèmes, changements comportementaux, émotionnels et cognitifs, style de communication et gestion de cas) divisées en sous-stratégies pour lesquelles différentes techniques (parfois jusqu'à huit) sont énoncées et décrites. Ainsi, il est difficile de comparer les différents traitements dans leurs détails techniques puisqu'il en ressortirait seulement une longue liste de divergences et de subtilités propres à chacun. Néanmoins, des constats plus généraux sont possibles.

Dans un premier temps, tous les traitements font appel à des interventions exploratoires telles que l'identification, la clarification, l'analyse et la confrontation pour retracer les événements (éléments déclencheurs), les pensées, les émotions qui ont contribué aux divers comportements problématiques (cibles d'intervention) tels que les tentatives de suicide par exemple. Il est souhaitable, pour toutes les thérapies, que le patient puisse reconnaître ses difficultés, établir un lien entre ses émotions, ses pensées

¹ Pour plus de détails, vous pouvez vous référer à la section « The interpretive process: Clarification, confrontation, and interpretation » (p. 95) dans Clarkin, Yoemans, & Kernberg (2006).

et ses comportements et ainsi mieux comprendre son fonctionnement sur divers plans (affectif, cognitif, comportemental, relationnel, etc.). On constate qu'une telle analyse détaillée est une composante importante pour une intervention efficace avec les TPL adultes puisqu'il est particulièrement difficile pour eux de prendre conscience de la portée de leurs émotions, de leurs pensées et de leurs comportements et d'établir les liens qui les unissent (Weinberg et al., 2011).

Tous mettent l'emphase sur ce qui se passe dans le moment présent de la séance, plus particulièrement sur ce qui s'actualise dans la relation thérapeutique. Toutefois, la majorité d'entre eux se centrent également sur ce qui se passe en dehors de la relation thérapeute-patient (TBM, TDC, TCA). Dans son adaptation pour les adolescents uniquement, les relations extra-transférentielles (p. ex., relation avec les pairs ou les parents) sont au centre de la TCT. De plus, le travail thérapeutique tend à s'effectuer sur le contenu dont le client est conscient (TDC, TBM, TCA, TCT). La TCT est la seule pour laquelle une intervention est faite par rapport au contenu inconscient, mais on spécifie que cela est généralement pratiqué dans un stade plus avancé dans la thérapie. De plus, malgré certaines variantes et selon une forme plus ou moins traditionnelle, il est remarqué que le thérapeute dans la TBM, la TDC, la TCT et la TCA a recours à « l'interprétation », consistant à émettre des hypothèses ou fournir sa compréhension par rapport aux états mentaux et aux comportements du patient ainsi qu'au processus transférentiel. Parmi les diverses approches thérapeutiques, il semble que ce soit dans la TCT que la forme la plus traditionnelle d'interprétation soit utilisée. Une autre pratique

partagée par toutes les thérapies est l'analyse et l'utilisation du contre-transfert, entre autres comme source d'information privilégiée tant concernant le thérapeute lui-même que le patient et comme base pour le travail thérapeutique. Des stratégies de validation (TBM, TDC, TCT), éducatives (TBM, TDC), de résolution de problèmes (TBM, TDC), d'intervention dans le milieu (TDC, TCT) sont également partagées par certains traitements.

Les différentes techniques employées par le thérapeute, visant l'évolution et le changement, peuvent s'étendre à un concept plus large et être comprises en termes d'implication active du thérapeute. Tous les traitements, sans exception, assignent un rôle actif au thérapeute qui est encouragé à s'impliquer mentalement et émotionnellement avec le patient durant l'ensemble du processus. Cette considération est bien résumée à travers la description de la TCT où on insiste sur le fait qu'un thérapeute efficace est toujours actif même quand il écoute en silence. Une participation active est d'ailleurs l'un des principes généraux d'intervention émis pour le travail auprès d'adolescents TPL par la NICE (2009). Au niveau adulte, il a été identifié qu'une telle implication peut, entre autres, contribuer à contenir les tempêtes émotionnelles vécues par les TPL, établir des limites quant aux comportements inadaptés (Weinberg et al., 2011) ou permettre l'engagement dans une relation thérapeutique authentique (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Weinberg et al., 2011).

En somme, les quatre thérapies ont recours à un nombre variable de stratégies pour favoriser le changement (objectif qu'elles partagent toutes). Néanmoins, toutes requièrent une implication active du thérapeute, entre autres à travers l'exploration du vécu du patient dans le moment présent, tant au niveau comportemental, affectif, cognitif que relationnel, et « l'interprétation » de ce contenu. Bien qu'à première vue cela semble simple, le travail avec les TPL représente un réel défi pour lequel il est important d'être supervisé.

Supervision du thérapeute

Il est remarqué qu'aucun traitement ne s'oppose au soutien ou à la supervision du thérapeute. Néanmoins, les traitements n'accordent pas une attention équivalente à cet aspect et ne le décrivent pas de manière aussi détaillée. Alors que les auteurs de la TDC et la TBM émettent clairement le besoin de supervision, spécifient les paramètres et les raisons l'appuyant, ceux de la TCT et la TCA sont moins explicites. Néanmoins, il s'avère que les principales raisons sous-jacentes à la supervision du thérapeute sont de s'assurer que le thérapeute adhère au modèle de traitement et aux stratégies privilégiées (TDC, TCA,) et qu'il demeure efficace dans son travail avec le patient (TBM, TDC, TCT). De plus, il est clairement nommé à travers la TBM, la TCT et la TCA que la réflexion et la gestion du processus transférentiel et contre-transférentiel à travers la supervision est vue comme essentielle. Par contre, bien qu'on ne fasse pas allusion au contre-transfert pour la TDC, il est considéré que la supervision permet de contrer les comportements du thérapeute pouvant interférer avec la thérapie et réduire les

sentiments négatifs de ce dernier à l'égard du patient, ce qui apparaît plutôt semblable (Linehan, 1993; Miller, Neft et al., 2008). D'autres utilités sont nommées telles que favoriser la motivation du thérapeute (TDC), éviter l'épuisement professionnel (TDC), permettre de partager la responsabilité du patient lors de situations de gestion de risque (TBM, TCT), éviter le clivage dans l'équipe d'intervention et ainsi favoriser le bon fonctionnement et la cohésion d'équipe (TBM), s'assurer que le traitement demeure cohérent (TBM), etc. La fréquence de supervision semble être, quant à elle, variable dépendamment des modalités (interne, externe, pour la thérapie individuelle, de groupe ou familiale) dans lesquelles elle est fournie. Toutefois, une tendance ressort face à une fréquence de supervision hebdomadaire (TBM, TDC, TCA). Sans spécifier de fréquence, il est suggéré par les auteurs de la TCT que la supervision soit sur une base régulière. De plus, il semble qu'une supervision de groupe soit privilégiée.

Plusieurs auteurs recommandent que les thérapeutes expérimentés ou non-expérimentés reçoivent de la supervision (Cambanis, 2012; Jakubczyk et al., 2001; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009). Bateman et Fonagy (2012) vont jusqu'à dire qu'elle est nécessaire pour la réussite thérapeutique dans le cadre du traitement des TPL. Cette clientèle représente un défi particulier pour le thérapeute qui se voit soumis à un haut niveau de stress dans le cadre de son travail (Cambanis, 2012). Tel qu'énoncé précédemment, il s'agit d'une clientèle difficile dont les perturbations émotionnelles et comportementales extrêmes (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009), les dynamiques de transfert et de contre-transfert intenses ainsi que la

lourdeur de la problématique (Cambanis, 2012) peuvent être à l'origine de diverses réactions et conflits chez les membres de l'équipe d'intervention. La supervision permettra aux thérapeutes de réfléchir sur sa pratique, d'éviter l'épuisement professionnel, de maintenir son empathie ainsi que la collaboration avec le jeune et les systèmes qui l'entourent, gérer les désaccords à l'intérieur de l'équipe et ultimement contribuer à de meilleurs résultats (Cambanis, 2012; Jakubczyk et al., 2001; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2009) ainsi qu'à la réussite du traitement (Bateman & Fonagy, 2012).

Bref, tous reconnaissent le caractère indispensable de la supervision du thérapeute tout au long du processus afin que la démarche thérapeutique puisse demeurer saine et productive pour l'ensemble des personnes impliquées.

Synthèse

Globalement, malgré que l'ensemble des thérapies ne décrivent pas de manière aussi détaillée ou n'accorde pas la même importance à chacun des ingrédients, il ressort que plusieurs éléments sont considérés comme favorisant le succès thérapeutique et plus précisément l'adhésion (engagement), la rétention, l'évolution et ultimement, l'issue positive du traitement avec les adolescents TPL. Actuellement, tous bénéficient également d'un soutien empirique relatif dans la littérature. Le Tableau 5, présenté à la page suivante, regroupe les principaux éléments relatifs à chacun des ingrédients du succès des traitements du TPL à l'adolescence abordés précédemment.

Tableau 5

Ingrédients du succès des traitements du TPL à l'adolescence

Ingrédients	Principaux éléments
Paramètres de traitement (<i>modalité, contexte, durée, fréquence</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie multimodale/concurrente incluant une composante individuelle, de groupe et familiale simultanément - Contexte externe et interne au besoin - Durée du traitement de plus ou moins un an - Fréquence des rencontres allant d'une fois par semaine à une fois par mois selon les modalités (individuelle, de groupe et familiale)
Implication de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de la famille tout au long du processus thérapeutique - Importance de la collaboration entre la famille, le jeune et le thérapeute - Les parents comme vecteurs du changement
Collaboration et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration et partenariat entre les divers systèmes/acteurs impliqués - Partage d'informations et d'un langage commun quant à la situation - Coordination des services offerts
Traitement pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement pharmacologique complémentaire à la démarche thérapeutique
Structure et cohérence du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Structuration du traitement selon des cibles spécifiques - Hiérarchisation des interventions selon leur priorité - Application d'un cadre et de limites claires (cohérence et constance)
Relation et alliance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Une relation thérapeutique positive comme véhicule du changement - L'alliance thérapeutique comme une finalité et non un prérequis dans la démarche thérapeutique - Importance de l'empathie, de l'acceptation (non-jugement) et de la collaboration
Stratégies d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Implication active du thérapeute - Interventions exploratoires et interprétatives - Interprétation et gestion du contre-transfert
Supervision du thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision régulière du thérapeute et de l'équipe de travail

Premièrement, il apparaît qu'une thérapie multimodale/concurrente incluant une composante individuelle, de groupe et familiale simultanément aurait des effets favorables tant au niveau interpersonnel qu'intrapsychique pour un ensemble de troubles de santé mentale incluant le TPL. De plus, la plupart des adolescents TPL peuvent bénéficier d'un traitement à l'externe, mais un traitement interne est considéré dans l'ensemble des approches comme étant parfois nécessaire. Compte tenu de certaines réserves quant à cette option, on souligne que les mesures d'intervention plus intensives doivent être structurées et soumises à une gestion rigoureuse afin d'éviter une plus grande détérioration de l'état de santé mentale et du fonctionnement du jeune et de sa famille.

De plus, il est considéré que le traitement pharmacologique doit préférablement être dispensé en complémentarité à la psychothérapie. Il a pour but d'atténuer des symptômes spécifiques au TPL ou à une condition en comorbidité et ainsi augmenter la disponibilité du patient au travail thérapeutique. Au même titre que le recours aux services internes, il est entendu que cette intervention doit être gérée consciencieusement eu égard aux difficultés qui peuvent y être associés.

Ainsi, il s'avère primordial de mettre en place une structure claire et d'être cohérent dans l'administration du traitement par l'application d'un cadre et de limites précises ainsi que par la hiérarchisation des interventions. Par exemple, cela peut s'actualiser à travers l'élaboration d'un contrat thérapeutique, d'un plan de traitement ou

d'intervention de crise et a pour principal objectif de contenir la dynamique affective, relationnelle et comportementale chaotique propre au trouble. La priorité est accordée au travail sur les comportements considérés comme autodestructeurs tels que ceux de nature suicidaire et automutilatoire.

Malgré le défi qu'elle représente dans le travail auprès des adolescents TPL, la collaboration et le partenariat sont également encouragés afin que tous ceux impliqués, de près ou de loin, dans le traitement puissent partager un langage et une vision commune et coordonner leurs interventions. Cela concerne principalement le client et le thérapeute, mais s'étend également à la famille, aux divers systèmes entourant le jeune et aux autres professionnels œuvrant pour son rétablissement.

L'établissement d'une relation thérapeutique positive, entre autres à travers l'implication émotionnelle sincère, authentique et sans jugement du thérapeute, est vue comme un incontournable ainsi que comme une finalité et non un préalable à la thérapie. Tout en constituant un défi dans le travail avec la clientèle TPL adolescente, elle est estimée comme un véhicule du changement et un moyen de réparation au niveau relationnel et interactionnel dans le moment présent de la thérapie.

D'autre part, l'intervention auprès des jeunes TPL nécessite aussi l'implication active du thérapeute. Cela s'actualise de diverses manières telles qu'à travers les interventions exploratoires amenant le patient à tisser des liens entre ses émotions, ses

pensées et ses comportements, l'interprétation, par l'émission d'hypothèses, des états mentaux, des comportements et du transfert activé à travers la relation thérapeutique ainsi que l'interprétation et la gestion du contre-transfert. C'est à travers la supervision professionnelle que le thérapeute ira chercher le soutien nécessaire afin de demeurer efficace face à des comportements, des perceptions et des situations souvent chaotiques, « confrontantes » et déconcertantes de la part des jeunes TPL et de leur famille.

Finalement, bien qu'il s'agisse d'un élément peu étudié, l'implication de la famille tout au long du processus thérapeutique est encouragée, et ce, principalement à travers l'établissement d'une relation de collaboration avec les parents. Cela vise la mise en place d'un cadre et d'un contexte thérapeutique favorable au changement et à l'issue positive du traitement (adhésion, rétention, évolution, résultats). En amenant la famille à remettre en contexte les difficultés et à comprendre la nature transactionnelle de ces dernières, on peut la pousser vers une dépathologisation de la situation. Cela créera ainsi l'espace pour l'actualisation des forces ainsi que des compétences du jeune et de la famille où les parents agiront comme des modèles et des vecteurs du changement.

Conclusion

Au cours des dernières décennies, la recherche sur le traitement du TPL en général a principalement porté sur la comparaison de l'efficacité de différentes thérapies associées à divers modèles théoriques. Il y a actuellement des preuves croissantes qu'il serait bénéfique de se concentrer davantage sur le développement de traitements intégrés basés sur des données probantes. Cela consiste à combiner des méthodes efficaces en provenance de plusieurs thérapies plutôt qu'à comparer les écoles concurrentes afin d'obtenir de meilleurs résultats et favoriser la réussite thérapeutique.

Le but de cet essai était de faire ressortir les différents ingrédients du succès de quatre traitements du TPL chez les adolescents puisqu'aucun d'entre eux ne semble supérieur aux autres en termes d'efficacité. L'analyse et la comparaison de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la thérapie dialectique comportementale (TDC), la thérapie centrée sur le transfert (TCT) et la thérapie cognitive analytique (TCA) nous ont permis d'identifier huit principaux thèmes desquels sont ressortis divers éléments de convergence : les paramètres de traitement, l'implication de la famille, la collaboration et le partenariat, le traitement pharmacologique, la structure et la cohérence du traitement, les stratégies d'intervention ainsi que la supervision du thérapeute. Néanmoins, chacune des thérapies conceptualise le TPL et le changement de façon différente, n'accorde pas le même intérêt ou la même importance à chacun des aspects et ne les détaille pas de manière équivalente.

Le présent écrit est pertinent eu égard aux effets considérables à court et à long termes du TPL au niveau psychologique et fonctionnel et à la possibilité de la cristallisation d'un TPL à l'âge adulte. Ce papier nous a permis d'avoir une meilleure compréhension du TPL à l'adolescence, des défis et des enjeux qui y sont associés ainsi que de dresser un bilan clair de la situation en regard du traitement. Compte tenu des défis particuliers que pose cette clientèle pour les professionnels en santé mentale relativement à la sévérité et à l'étendue de leurs difficultés, cet essai répond également au souhait d'être mieux outillé et de répondre plus efficacement aux besoins de ces jeunes par l'identification des meilleures pratiques dans l'intervention.

À notre connaissance, une telle analyse et comparaison des traitements du TPL n'avait jamais été faite pour une clientèle adolescente. Toutefois, nous sommes conscients qu'il s'agit de résultats préliminaires et exploratoires provenant d'une analyse critique, qualitative et non systématique de seulement quatre traitements. Ainsi, il serait intéressant de vérifier la présence de ces ingrédients dans d'autres thérapies. De plus, il pourrait être pertinent d'évaluer dans quelle proportion ces diverses composantes sont responsables du succès thérapeutique. Finalement, le manque de données et d'expertise quant à l'intervention familiale dans son ensemble apparaît être une grande lacune dans la pratique auprès des adolescents TPL. Bien que de nombreux auteurs appuient cette modalité de traitement, nos connaissances demeurent limitées quant à la meilleure façon d'intégrer la famille à la démarche thérapeutique, sur le type d'intervention à privilégier

et sur les effets de son implication en combinaison avec les modalités individuelle et de groupe par rapport à la réussite thérapeutique.

Rapport-Gratuit.com

Références

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20*(4), 395-404.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., text rev.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: Auteur.
- Association des facultés de médecine du Canada. (Année non disponible) *Notion de santé des populations : Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*. Repéré à http://phprimer.afmc.ca/index_fr
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 400-412.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Beresin, E. V. (1994). Developmental formulation and psychotherapy of borderline adolescents. *American Journal of Psychotherapy, 48*(1), 5-29.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Paris : Masson.
- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse, C. Leclerc, & C. Allard (Eds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents auteurs* (Vol. 1, pp. 1-28). Saint-Jérôme : Éditions Ressources.

- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463-509). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 13*(3), 53-57.
- Cambanis, E. V. A. (2012). Treating borderline personality disorder as a trainee psychologist: Issues of resistance, inexperience and countertransference. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 24*(1), 99-109.
- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and etiology. *South African Journal of Psychology, 38*(2), 429-446.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of french High School students. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(9), 847-849.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 193*(6), 477-484.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: Quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(5), 397-408.
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders, 22*(4), 353-364.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathway to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*(1), 45-53.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 15*(3), 163-172.

- Chang, B., Sharp, C., & Ha, C. (2011). The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 492-503.
- Clark, L. A., & Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 277-306). New York, NY US: Guilford Press.
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research, 16*(1), 1-11.
- Clarkin, J. F. (2012). An integrated approach to psychotherapy techniques for patients with personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(1), 43-62.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders, 15*(6), 487-495.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Critchfield, K. L. (2012). Tailoring common treatment principles to fit individual personalities. *Journal of Personality Disorders, 26*(1), 108-125.
- Critchfield, L. K., & Benjamin, S. L. (2006). Principles for psychosocial treatment of personality disorder: Summary of the APA Division 12 Task Force / NASPR Review. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 661-674.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495-510.
- Daly, A.-M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2010). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(3), 273-288.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: The Guilford Press.
- Dumas, A. (2007). Le développement des troubles de la personnalité et les services de réadaptation avec hébergement offerts aux adolescents. *Défi Jeunesse, 13*(2), 8-14.

- Foelsch, P. A., Odom, A. E., & Kernberg, O. F. (2008). Modification à la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) pour le traitement des adolescents avec une identité diffuse. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 37-60.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fruzetti, A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222-244). New York: The Guilford Press.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35(1), 19-22.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.
- Guilé, J. M., Greenfield, B., Breton, J. J., Cohen, D., & Labelle, R. A. (2005). Is psychotherapy effective for borderline adolescents? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(5), 277-282.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Borderline personality disorder. *Child maltreatment*, 9(2), 139-145.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Paris : Les éditions Inserm.
- Jakubczyk, A., Zechowski, C., & Namyslowska, I. (2001). Treatment of adolescent borderline patients in a psychiatric unit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3(3), 65-72.
- James, A. C., & Vereker, M. (1996). Family therapy for adolescents diagnosed as having borderline personality disorder. *Journal of Family Therapy*, 18(3), 269-283.

- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Leclerc, C. (2007). Terminologie : trouble de personnalité. Dans R. Labrosse, C. Leclerc, & C. Allard (Eds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents auteurs* (Vol. 1, pp. 1-13). Saint-Jérôme : Éditions Ressources.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2005). Principles and Strategies for Treating Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(8), 442-450.
- Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: A conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 17-42.
- MacFarlane, M. M. (2004). Systemic treatment of borderline personality disorder: An integrative approach. In M. M. MacFarlane (Ed.), *Family treatment of personality disorders: Advances in clinical practice* (pp. 205-240). Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80. doi 10.1007/s10567-012-0126-7
- Marcinko, D., & Bilic, V. (2010). Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 257-260.
- Masterson, J. F. (1971). Treatment of the adolescent with borderline syndrome: A problem in separation-individuation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35(1), 5-18.
- McMain, S., & Ellery, M. (2008). Screening and assessment of personality disorders in addiction treatment settings. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(1), 20-31.

- Middleton, A. E. (2004). *Differentiating adolescents with borderline personality disorder from normal adolescents and adolescents with other disorders* (Thèse de doctorat inédite). University of Texas. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-99008-350&site=ehost-live>
- Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K. A., Mitchell, A. G., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 568.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 969-981.
- Miller, A. L., Neft, D., & Golombeck, N. (2008). Borderline personality disorder and adolescence. *Social Work in Mental Health, 6*(1-2), 85-98.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T., & Goldklang, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 245-263). New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society.
- Nelson, D. L., Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2012). Psychotherapy integration in the treatment of personality disorders: A commentary. *Journal of Personality Disorders, 26*(1), 7-16.
- Nelson, K. J., & Schulz, S. C. (2012). Treatment advances in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals, 42*(2), 59-64.
- Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(8), 435-441.
- Paris, J. (2007). Description du trouble de personnalité limite. Dans R. Labrosse, C. Leclerc, & C. Allard (Eds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents auteurs* (Vol. 1, pp. 1-17). Saint-Jérôme : Éditions Ressources.
- Renaud, S., & Cloutier, J. (2007). Évaluation du trouble de personnalité limite. Dans R. Labrosse, C. Leclerc, & C. Allard (Eds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents auteurs* (Vol. 1, pp. 1-27). Saint-Jérôme : Édition Ressources.

- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304-1313.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The model and the method*. England: Wiley.
- Santé Canada. (2002). *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorder*. Ottawa, Canada: Health Canada.
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., & Mitrani, V. B. (2003). Integrative borderline adolescent family therapy: Meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*(4), 251-264.
- Schuppert, H. M., Bloo, J., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G., & Nauta, M. H. (2012). Psychometric evaluation of the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV-Adolescent version and parent version. *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 628-640.
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents, A randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*(6), 467-478.
- Segal-Trivitz, Y., Bloch, Y., Goldburt, Y., Sobol-Havia, D., Levkovitch, Y., & Ratzoni, G. (2006). Comparison of symptoms and treatments of adults and adolescents with borderline personality disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 18*(2), 215-220.
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*(2), 85-114.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*(8). doi: 10.1002/14651858.CD005653.pub2
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., . . . Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 190*(Suppl. 49), s51-s59.

- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 13*, 60-68.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(9), 933-941.
- Woodberry, K. A., Miller, A. L., Glinski, J., Indik, J., & Mitchell, A. G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A Theoretical Review. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 585.
- Yeomans, F., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec, 32*(1), 17-34.
- Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., Feldman, R., Roy, C., & Rosval, L. (2007). A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood. *Journal of Personality Disorders, 21*(6), 664-674.