

Le trouble de personnalité borderline à l'adolescence

Borderline personality disorder in adolescence

Mungo A., Hein M., Hubain P., Loas G. et Delhaye M.

Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

Malgré l'existence d'une longue controverse, le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence est un diagnostic démontré sur le plan scientifique dont la prévalence est estimée entre 0,9 et 3 %. En dépit du fait qu'il peut persister à l'âge adulte, ce trouble a un impact majeur sur la qualité de vie puisqu'il est fréquemment associé à des conduites à risque et à d'autres pathologies psychiatriques. C'est pourquoi il est important que les professionnels de la santé puissent être formés à la détection précoce de ce trouble chez les adolescents. Afin de réduire la stigmatisation qui y est associée, cette revue de la littérature a pour but de donner une vision globale du trouble borderline à l'adolescence en permettant une meilleure compréhension des mécanismes développementaux de cette pathologie et des prises en charge actuelles.

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 485-94
Doi : 10.30637/2019.19-027*

ABSTRACT

Despite longstanding controversy, borderline personality disorder in adolescence is a scientifically proven diagnosis with an estimated prevalence of 0.9-3 %. Despite the fact that it can persist into adulthood, this disorder has a major impact on quality of life because it is frequently associated with risk behaviors and other psychiatric conditions. That is the reason why it is important for health professionals to be trained in the early detection of this disorder in adolescents. In order to reduce associated stigma, this review of the literature aims to provide a global vision of borderline disorder in adolescence by allowing a better understanding of the developmental mechanisms of this pathology and current management.

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 485-94
Doi : 10.30637/2019.19-027*

Key words : borderline personality disorder, adolescence, therapy, etiology

INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble sévère dont la plupart des symptômes émergent durant l'enfance pour ensuite véritablement débiter à l'adolescence. Le pic des symptômes se situe à l'adolescence moyenne avant de décroître de manière linéaire avec l'âge¹.

De nombreux praticiens ont des réticences à poser ce diagnostic chez les adolescents qu'ils considèrent comme infondé. Ceci a donné naissance à de longues controverses^{2,3}. En effet, en 2009, il a été démontré que 63 % des psychiatres britanniques considéraient le diagnostic de trouble borderline à l'adolescence comme invalide⁴. Les principaux arguments avancés par ces praticiens pour justifier le

caractère infondé de ce troubles étaient :

- L'instabilité des affects et de l'identité font partie intégrante du développement normal d'un adolescent ;
- Ce diagnostic a un effet stigmatisant sur les adolescents ;
- Le développement de la personnalité est en mutation permanente durant l'adolescence.

Cependant, il existe actuellement un consensus tant sur la validité que sur la fiabilité du diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence⁵, ce qui lui a permis d'être intégré dans les principales classifications internationales comme l'ICD-11 (*International Classification of Diseases 11th Revision*), le NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), le NHMRC (*National Health and Medical*

Research Council)¹ et le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^e édition) où la présence de symptômes sur une période de un an est suffisante pour poser le diagnostic contrairement à l'adulte où il en faut deux⁶.

Les symptômes d'une personnalité borderline doivent être clairement distingués d'une adolescence normale de par leur caractère sévère et permanent. La présence de comportements suicidaires ou d'automutilations, de comportements impulsifs tels que des consommations de substances ou des conduites alimentaires chaotiques, des difficultés d'identification et de régulation des émotions et des peurs de l'abandon doivent être des signaux d'alerte de la présence d'un trouble de personnalité borderline. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène transitoire d'où l'importance d'une prise en charge précoce⁷. Ce trouble n'apparaît pas subitement mais s'inscrit dans une trajectoire développementale avec la présence de traits et de symptômes précurseurs dans l'enfance ou la jeune adolescence⁸.

Une méta-analyse réalisée en 2006 par l'équipe de Winsper a mis en évidence la validité étiologique et psychopathologique du trouble borderline chez l'adolescent. Elle démontre que ce trouble partage une étiologie et une psychopathologie commune entre l'adolescent et l'adulte. Cette étude apporte des preuves supplémentaires de la validité diagnostique et de l'importance de reconnaître et de diagnostiquer cette pathologie dans ce groupe d'âge⁸.

L'adolescence est une période clé pour intervenir précocement sur le plan thérapeutique afin d'éviter les conséquences négatives que peut avoir ce trouble sur la durée (polymédication, traumatismes à répétitions, décrochage scolaire...)⁵, d'autant plus qu'une proportion importante d'adolescents va continuer à manifester des symptômes au-delà de 20 ans¹.

Cet article a pour but d'informer les praticiens sur ce trouble de personnalité qui débute à l'adolescence afin que ces patients puissent être pris en charge précocement. En effet, l'absence d'un traitement chez ces jeunes risque d'avoir pour conséquence des hospitalisations répétées suite à leur passage aux urgences. Ces hospitalisations peuvent avoir un effet délétère sur leur fonctionnement, mais également des effets iatrogènes⁹. De plus, un diagnostic précoce permet de diminuer la chronicisation et ses conséquences sur la santé, mais également de diminuer la stigmatisation et la perpétuation de stéréotypes négatifs sur ce trouble. La formation des soignants permet d'avoir une approche plus spécifique aux problèmes associés à ce trouble, d'éviter des diagnostics erronés et des interventions inappropriées telles qu'une polymédication¹.

EPIDEMIOLOGIE

Les données épidémiologiques sont assez limitées. La prévalence du trouble de personnalité

borderline à l'adolescence est estimée entre 0,9⁹ et 3 %¹⁰⁻¹². Près de 1,4 % des jeunes peuvent rencontrer les critères de ce trouble à l'âge de 16 ans et autour de 3,2 % à l'âge de 22 ans comme le suggèrent les taux de prévalence cumulés⁹. Parmi la population suivie en pédopsychiatrie, on retrouve 11 % de patients en consultation qui présentent un trouble de personnalité borderline¹³ et jusqu'à 50 % parmi les patients hospitalisés¹⁴.

Les données longitudinales dont on dispose montrent une majoration des traits borderline après la puberté. Elles montrent également un pic de prévalence au début de l'âge adulte pour ensuite diminuer progressivement¹⁵. La présence d'un trouble de personnalité à un âge jeune indique une forme plus sévère et de moins bon pronostic¹⁶.

En ce qui concerne la stabilité de ce diagnostic, il semble qu'il soit le même que décrit chez l'adulte¹, ce diagnostic est néanmoins moins stable dans le temps que pour d'autres troubles. Dans une étude réalisée en 2011, 65 % des patients diagnostiqués avec un trouble de personnalité borderline ne présentaient plus les critères diagnostiques après 4 ans de suivi¹⁷. Chez l'adulte, les taux de rémission à 10 ans sont de 78 %¹⁸.

L'équipe de Zanarini a démontré que les patients présentant un trouble de personnalité borderline commencent, même si les symptômes ont débuté avant, leur premier traitement vers 18 ans et plus spécifiquement une psychothérapie. Son équipe a aussi démontré que plus de 30 % des patients commencent les automutilations lorsqu'ils ont 12 ans ou moins, 30,2 % entre 13 et 17 ans et 37 % à l'âge adulte¹⁹.

LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE

Les critères diagnostiques sont les mêmes que chez l'adulte dans le DSM-V. Il est nécessaire d'avoir au minimum 5 critères sur 9 pour établir le diagnostic de ce trouble de personnalité (tableau 1). Comme énoncé précédemment, les caractéristiques borderline ne doivent être présentes que depuis un an. Elles doivent avoir un caractère permanent et être associées à un dysfonctionnement social ou scolaire entraînant une souffrance significative⁶.

Néanmoins, lorsqu'on rencontre ce type de patient, il est souvent difficile de le distinguer d'un trouble bipolaire de par la présence d'une impulsivité marquée, la labilité de l'humeur, les tentatives de suicide et les crises de colère. Les symptômes paranoïdes et hallucinatoires ou un état de dissociation avec le sentiment d'être détaché de ses émotions sont à différencier également d'un réel trouble psychotique. Cela évitera une pharmacothérapie inutile. Il est donc important de distinguer un état mental aigu, d'un trait ou d'un mode général de comportements dysfonctionnels et mal adaptés⁵.

Tableau 1 : Critères diagnostiques du DSM-V du trouble de la personnalité borderline⁶.

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistance de l'image ou de la notion de soi ;
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet " ex : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie " ;
5. Répétition de comportements de gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilation ;
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur " dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours " ;
7. Sentiments chroniques de vide ;
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère " fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées " ;
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Les adolescents et jeunes adultes identifiés comme " borderline " sont néanmoins plus susceptibles de présenter des symptômes dits " aigus " tels que des comportements suicidaires et des automutilations, tandis que les symptômes qui perdurent dans le temps sont le plus souvent les crises de colère et les comportements impulsifs (toxicomanie, dépenses, sexualité...). Chez l'adulte, on retrouve plus souvent les difficultés relationnelles et le trouble de l'identité²⁰.

La présence d'automutilation et de tentatives de suicide est un des critères principaux du trouble de personnalité borderline⁷. La plupart des adultes rapportent une longue histoire de ce type de comportements qui ont souvent débuté durant l'enfance ou l'adolescence. Chez les adolescents, ce critère est un des plus fréquents, ce qui diffère de chez l'adulte chez qui ces comportements diminuent avec l'âge^{5,21}.

La peur de l'abandon serait néanmoins le critère le plus spécifique chez l'adolescent. Si le patient présente ce symptôme, il y a 85 % de chances qu'il ait ce trouble de personnalité²². Selon la revue systématique de Kaess *et al.*⁵, quelques signes peuvent également aiguiller le clinicien vers un diagnostic de trouble de personnalité borderline. Ils sont repris dans le tableau 2. Selon Zanarini et son équipe, l'instabilité affective semble être un des premiers symptômes à apparaître²³.

Les critères catégoriels du DSM-V sont néanmoins peu stables dans le temps, il semble qu'il serait utile de développer une approche dimensionnelle. Cela a été confirmé par la recherche multicentrique européenne francophone (EURNET BPD) qui démontre que la stabilité diagnostique est plus élevée si on utilise l'approche dimensionnelle²⁴. L'approche catégorielle ne tient pas compte des variations de la symptomatologie, mais se construit sur un mode binaire de type présence ou absence du symptôme/critère. L'approche dimensionnelle, quant à elle, tient compte de ces variations et de l'existence de différences quantitatives, les

Tableau 2 : Signes annonciateurs d'un trouble de personnalité borderline selon Kaess *et al.*⁵.

1. La présence d'une symptomatologie mixte de troubles internalisés (dépression, anxiété, phobie,...) et externalisés (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) ;
2. La présence de crises de colère fréquentes et des troubles du comportement ;
3. La présence de gestes suicidaires ou d'automutilations répétées ;
4. La présence de comportements à risque de type impulsif tel que par exemple du " *binge drinking* " ;
5. La présence de difficultés interpersonnelles et de disputes fréquentes ;
6. La présence d'une estime de soi basse ainsi qu'un sentiment d'insécurité ou de peu de buts dans la vie⁵.

symptômes s'exprimant de manière intermittente en fonction de l'environnement du sujet. Cette approche est préférable car elle prend en considération l'hétérogénéité et la variabilité du développement à cette période de la vie²⁵. Elle présente également d'autres avantages tels que détecter des changements dans la symptomatologie et la possibilité de décrire ces adolescents de manière plus détaillée. Enfin, cette approche dimensionnelle permet d'identifier des patients ne présentant pas encore tous les critères du trouble et donc présentant une symptomatologie à bas bruit. Cela favoriserait des interventions thérapeutiques plus personnalisées²⁵. L'approche dimensionnelle pourrait utiliser des dimensions telles que l'impulsivité, l'affectivité négative et l'agression interpersonnelle²⁵.

Pour ce faire, le DSM-V propose un modèle alternatif qui caractérise les troubles de la personnalité par des altérations du fonctionnement et par des traits de personnalité pathologique. Dans le tableau 3, le trouble de personnalité borderline y est décrit⁶.

COMORBIDITES

Le trouble de personnalité borderline est associé chez l'adulte à de nombreuses comorbidités et cette fréquence serait encore plus élevée chez les adolescents. La présence de ce trouble de personnalité augmente les risques d'avoir un trouble psychiatrique associé²⁶.

Dans deux études, les adolescents avec un trouble de personnalité borderline présentaient des troubles mentaux comorbides, avec pour la plupart deux à trois diagnostics différents. Les principaux étaient les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires, les symptômes de stress post traumatique, l'abus de substances et les autres troubles de la personnalité. En comparaison avec d'autres troubles mentaux, la fréquence de comorbidités serait significativement plus élevée chez ces jeunes patients^{16,26}. Dans l'étude EURNET BPD, les troubles de personnalité associés étaient essentiellement les troubles de personnalité obsessionnels, antisocial et évitant²⁴.

D'autres troubles peuvent également être retrouvés tels que les troubles externalisés c'est-à-dire

Tableau 3 : Description du trouble de personnalité borderline.

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. Identité : image de soi appauvrie de façon marquée, peu développé ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress ;
2. Autodétermination : instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière ;
3. Empathie : incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle, perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou " points faibles " ;
4. Intimité : relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé ; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité :

1. Labilité émotionnelle (aspect de l'affectivité négative) : expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances ;
2. Tendance anxieuse (aspect de l'affectivité négative) : sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude, peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle ;
3. Insécurité liée à la séparation (aspect de l'affectivité négative) : peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie ;
4. Dépressivité (aspect de l'affectivité négative) : sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et de conduite suicidaire ;
5. Impulsivité (aspect de la désinhibition) : agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle ;
6. Prise de risque (aspect de la désinhibition) : engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel ;
7. Hostilité (aspect de l'antagonisme) : sentiments de colère persistants ou fréquents, colère ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs⁶.

le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites^{24,26}. La présence de ces symptômes est un signe important permettant d'indiquer la présence d'un trouble de personnalité borderline⁷. Dans une étude dirigée en 2014, l'équipe de Ha a comparé des adolescents avec un trouble de personnalité borderline à d'autres adolescents présentant d'autres troubles. Les chiffres retrouvés sont : la présence chez 70,6 % de trouble de l'humeur

pour 39,2 % chez les patients contrôles, 67,3 % de troubles anxieux *versus* 45,5 % et enfin 60,2 % de troubles externalisés contre 34,4 % dans le groupe contrôle²⁷.

Les troubles liés au sommeil sont souvent oubliés et peu rapportés à l'anamnèse, mais la présence d'une insomnie devrait être plus évaluée chez ces patients²⁸.

La présence d'autres troubles complique donc le tableau clinique et favorise les difficultés diagnostiques et de prise en charge.

RISQUES

Les adolescents avec un trouble de personnalité borderline ont tendance à s'engager dans des conduites à risque sans prendre en compte les conséquences de leurs actes. Ces comportements impulsifs sont souvent en lien avec leurs états émotionnels, dans le but de les réguler. Ils gèrent difficilement leurs émotions et celles-ci dirigent leurs pensées et leurs décisions²⁶.

L'abus de substances ainsi que les automutilations sont un problème sérieux chez ces adolescents²⁶. Par exemple, la présence d'abus de substances va conduire ceux-ci à présenter des comportements à risque au niveau sexuel comme les données le suggèrent chez l'adulte²⁹. Ils sont plus à risque de développer des maladies sexuellement transmissibles¹⁵, un dépistage de ces infections s'avère donc utile. De plus, un nombre élevé de symptômes borderline à l'adolescence est un facteur de risque à un trouble de l'usage de substances au début de l'âge adulte³⁰.

Quant aux automutilations, elles sont un facteur de risque que ce soit pour le suicide ou pour le trouble de l'usage de substances⁸. Pour l'illustrer, une étude conduite en 2015 a montré que 58 % des adolescents ayant fait une tentative de suicide rapportent des automutilations³¹. Une méta-analyse récente a également montré que des scores élevés d'idéations suicidaires étaient associés à une augmentation du risque d'automutilations répétées³². Dans l'étude européenne francophone sur les adolescents borderline, près de deux tiers des étudiants de l'échantillon s'étaient mutilés au moins une fois, vers l'âge de 14,8 ans en moyenne. Les principaux buts recherchés de ces mutilations étaient la recherche d'apaisement d'une tension, l'expression d'un sentiment de dépression, le besoin de ressentir une douleur physique, de soulager de la colère ou bien encore de chercher à obtenir des soins²⁴.

Il est aussi important d'explorer les idéations suicidaires chez ces adolescents car ce trouble de personnalité est associé à un taux de suicide élevé : des idéations suicidaires actives sont retrouvées chez 59 % des adolescents avec un trouble de personnalité borderline³¹. Plus le nombre de tentatives de suicide est élevé, plus la symptomatologie borderline est sévère avec un risque de tentative de suicide à un âge jeune

(8-12 ans) et le recours à des méthodes de suicide plus violentes telles que la noyade, la défenestration... Ces tentatives de suicide à répétition peuvent également venir renforcer et entretenir le trouble²⁴.

Les adolescents borderline présentent également des difficultés au niveau de leurs relations sociales et de leur scolarité. Ils ont une diminution de leur qualité de vie comparativement à d'autres adolescents présentant d'autres troubles mentaux^{5,26}. La revue systématique de Winsper nous montre que la présence d'un trouble borderline avant 19 ans est prédictive de déficits dans le fonctionnement psychosocial sur le long terme tels que des difficultés relationnelles, l'absence d'emploi, l'emprisonnement et l'utilisation de traitements à haute dose. Ce trouble a un impact sur l'individu, mais aussi des conséquences au niveau familial, social et sur la santé, d'où l'importance d'une prise en charge précoce¹.

Dans le tableau 4, un résumé de la mise au point est proposé.

Tableau 4 : Résumé de la mise au point.

Face à un adolescent présentant un trouble de personnalité borderline, il est important de :

- Evaluer la présence d'idées suicidaires et d'automutilations ;
- Evaluer la consommation de substances ;
- Evaluer la présence de comorbidités psychiatriques en particulier les troubles alimentaires et la dépression ;
- Procéder à un dépistage des maladies sexuellement transmissibles ;
- Evaluer le fonctionnement psycho-social : relations familiales, relations avec les pairs et la scolarité.

DEVELOPPEMENT DU TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE

Le trouble de la personnalité borderline est complexe et multifactoriel. Actuellement, il n'y a pas de consensus sur le processus de développement de cette pathologie. Néanmoins, il semble qu'il existe des interactions gènes-environnement jouant un rôle dans le développement de ce type de personnalité. Cela signifie qu'il existerait un génotype qui augmenterait le risque de voir apparaître un trouble de personnalité borderline (le phénotype) si l'environnement le prédispose via notamment des phénomènes épigénétiques^{5,7,8}.

Les facteurs environnementaux

Une revue de littérature récente a démontré un lien entre maltraitance et la présence de caractéristiques borderline chez l'enfant³³. Cette maltraitance était sous forme d'abus sexuel, de violence physique, de violence verbale et de négligence^{24,33}. Les enfants qui ont subi plus qu'un type de maltraitance sont à risque de développer une symptomatologie plus sévère. La maltraitance est un facteur de risque que ce soit chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. D'autres facteurs de risque ont été mis en avant dans cette revue tels que la présence d'un mode de vie chaotique,

un style d'attachement « insécure » et l'utilisation de substances chez les parents³³. Il existe en effet une association forte entre l'attachement " préoccupé " ou " insécure " et le trouble borderline^{24,34}.

La présence de parents autoritaires, contrôlant psychologiquement ou au contraire trop tolérants, contribue également au développement de caractéristiques borderline chez les filles adolescentes alors qu'une éducation par des parents autoritaires serait un facteur protecteur pour les garçons adolescents³⁵.

Un niveau socio-économique faible est également un facteur favorisant l'émergence du trouble de personnalité borderline³⁰.

Chez l'adolescent, le développement de ce trouble de la personnalité peut être associé à d'autres facteurs plus spécifiques comme par exemple les difficultés entre pairs qui peuvent contribuer ou accélérer son émergence⁵. Il y a aussi la mésentente mère-enfant, la présence d'un trouble de personnalité borderline chez la mère et enfin la présence d'un trouble de l'usage de substances chez le père. Ces derniers sont associés à la persistance du trouble de personnalité à l'âge adulte³⁶.

Facteurs génétiques

Actuellement aucun gène spécifique n'a été retrouvé³⁷.

Une fragilité génétique peut être retrouvée et liée au tempérament du jeune telle qu'une affectivité négative, la présence d'une impulsivité et l'introversion³⁸.

Le trouble de la personnalité borderline présente une héritabilité modérée : une étude sur les jumeaux montre un taux d'héritabilité entre 0,3 et 0,76³⁷.

Des recherches sur le polymorphisme du gène du transporteur à la sérotonine (5-HTTLPR) ont montré une association entre ce gène et des traits borderline chez des jeunes entre 9 et 15 ans. Des études chez les adultes sur cet allèle ont également rapporté une augmentation de la probabilité d'un diagnostic de trouble borderline s'il était associé à une histoire d'abus dans l'enfance³⁷.

Données neurobiologiques et neuropsychologiques

Des dysfonctionnements au niveau fronto-limbique chez les adolescents semblent être impliqués dans le trouble borderline et ses caractéristiques associées, si on se réfère à la méta-analyse de Winsper *et al.*³⁷. Les dysfonctionnements incluent plus précisément le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal dorso-latéral, l'amygdale et l'hippocampe avec une réduction du volume de la substance grise et des altérations au niveau de la substance blanche. Ces altérations de la substance blanche seraient

responsables de la dysrégulation et de la mauvaise reconnaissance des émotions^{5,37}.

Ces dysfonctionnements sont également présents dans l'imagerie de l'adulte, mais la réduction de volume de l'amygdale et de l'hippocampe n'a pas été objectivée chez l'adolescent et l'enfant^{5,37}. L'hypothèse est que cela s'acquiert plus tard dans le développement et que cette réduction serait alors une conséquence des dysfonctionnements au niveau orbito-frontal. Néanmoins de nouvelles études ont montré ces anomalies au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe. Il s'agit peut-être de problèmes de sensibilité des techniques d'imagerie passées³⁷. Il est donc nécessaire que ces résultats soient répliqués pour valider cette hypothèse.

D'autres données concernant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ont pu être mises en évidence. Des productions atténuées de cortisol ont été trouvées lorsque des adultes avec un trouble de personnalité borderline ont été soumis à un stress aigu tandis que le cortisol était augmenté lorsqu'il était dosé en continu et sans présence d'un stress aigu. Un dosage faible en cortisol a également été mis en évidence chez des adolescents présentant des automutilations à répétition. Des études ont montré par l'imagerie que les comportements autodestructeurs chez ces jeunes étaient associés à une augmentation du volume de l'hypophyse ce qui suggère une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Cette activation prolongée pourrait avoir pour conséquence une hypoactivité de cet axe et donc une réponse atténuée au cortisol^{37,39}. Néanmoins, selon la méta-analyse récente de Drews *et al.*, nous ne pouvons actuellement pas conclure à un dysfonctionnement de cet axe³⁹.

Au niveau neuropsychologique, on trouve chez les adolescents borderline des problèmes au niveau des fonctions exécutives, une hypervigilance au niveau de la reconnaissance faciale des émotions négatives et une " hypermentalisation " ou surinterprétation des actions des autres. Cette hypermentalisation se retrouve également chez l'adulte borderline ce qui suggère qu'il s'agirait d'un mécanisme d'adaptation à leur environnement et non une conséquence du trouble^{5,37}.

Ces adolescents ont une préférence pour la gratification immédiate et présentent des difficultés à attendre une récompense sur le long terme. Cela semble être lié à leurs traits impulsifs⁴⁰.

Ces découvertes suggèrent que ces anomalies neurobiologiques observées chez l'adulte ne sont pas forcément la conséquence du trouble ou l'utilisation répétée des traitements⁵. Les altérations fronto-lobiques peuvent être en lien avec un contexte d'expériences négatives durant l'enfance et de problèmes d'attachement et seraient les conséquences de l'interaction entre l'environnement invalidant et un génotype particulier³⁷. De plus, les dysfonctionnements fronto-lobiques ont un impact sur l'attention, sur les fonctions exécutives qui se développent à l'adolescence

et sur la reconnaissance des émotions biaisées dans le trouble de la personnalité borderline³⁷. Les adolescents sont tellement préoccupés par leurs conflits internes qu'ils ne peuvent se concentrer sur les apprentissages.

D'un point de vue phénotypique, les dysfonctionnements vont donc contribuer aux problèmes de régulation émotionnelle et de comportements impulsifs³⁷. Toutes ces découvertes nécessitent d'être par ailleurs répliquées.

TRAITEMENT

Intervention précoce

Le meilleur des traitements serait une prise en charge préventive chez les patients à risque de développer ce type de trouble, mais aucun programme n'est actuellement disponible. De plus, cela impliquerait des budgets importants.

En tant que cliniciens, nous pouvons rencontrer des familles à risque caractérisées par la présence de parents avec un trouble de la personnalité ou un trouble de l'usage de substances. Nous pouvons dès lors leur proposer un accompagnement familial en collaboration avec les services de psychiatrie adulte. Lorsque nous sommes face à des patients présentant un trouble de l'attention ou un trouble oppositionnel, en particulier des filles, nous devons également être plus attentifs car ils sont à risque de développer un trouble borderline. Ils nécessitent donc une attention particulière⁴¹.

Seulement deux programmes ont été développés dans la prise en charge précoce et rapide du trouble de personnalité borderline chez l'adolescent.

Le premier est la " HYPE (*Helping Young People Early*) clinic " et se trouve à Melbourne en Australie. Son modèle est basé sur la thérapie analytique et cognitive et permet une intervention rapide au début du trouble. L'efficacité de cette prise en charge a été démontrée et permet une réduction des symptômes chez les adolescents présentant des caractéristiques borderline. En effet, pour intégrer cette clinique, il est nécessaire que le jeune présente 3 critères du trouble selon le DSM-V ou 2 associés à des facteurs de risque environnementaux⁴². La thérapie analytique et cognitive est un modèle mettant l'accent sur le lien thérapeutique et elle intègre les théories psychanalytiques sur la relation d'objet ainsi que la psychologie cognitive⁴². Elaborée sur 24 sessions en aigu suivies de 4 sessions, elle se focalise sur l'identification, l'incompréhension et sur la modification des problèmes de gestion émotionnelle et des difficultés relationnelles. Cette prise en charge est associée à des soins psychiatriques généraux pour les troubles comorbides et intègre également les familles dans un travail de psycho-éducation⁴².

Le deuxième programme est la " *Dutch Emotion Regulation Training* " (ERT) qui se base sur un

programme d'entraînement à la régulation des émotions sur 17 semaines. Il associe une thérapie de groupe et une thérapie usuelle au niveau individuel. La prise en charge de groupe intègre des éléments de la STEPPS et de la thérapie dialectique^{7,43}. La STEPPS ou " *Systems Training for emotional predictability and problem solving* " a pour but d'éduquer les patients borderline à leur pathologie ainsi que leur entourage et d'acquérir de nouvelles compétences en leur permettant de prédire leurs émotions et en résolvant des problèmes⁴⁴. Actuellement, il n'y a pas de preuve d'une efficacité supérieure à un traitement usuel^{7,43}.

Pour intervenir de manière précoce, il semble donc utile de bien connaître le trouble de personnalité borderline et d'inclure également dans la prise en charge des jeunes présentant des troubles psychiatriques associés. Une approche dimensionnelle s'avèrerait plus utile puisqu'elle permettrait de détecter des adolescents avant qu'ils ne présentent les critères du trouble. Il est nécessaire également d'avoir un modèle de thérapie et des objectifs clairs à la prise en charge. Les familles doivent être absolument intégrées dans la thérapie. L'équipe soignante doit être également formée et régulièrement supervisée pour assurer une prise en charge de qualité⁵.

Pharmacothérapie

Aucun traitement n'a été approuvé et reconnu efficace dans le traitement de la personnalité borderline chez l'adulte et encore moins chez les adolescents. Le NICE recommande de ne pas en prescrire⁴⁵. Néanmoins il est parfois nécessaire de prescrire un traitement en situation de crise et il semble alors préférable de distinguer des cibles thérapeutiques. L'association américaine de psychiatrie recommande chez l'adulte que le traitement soit orienté en fonction du symptôme lors des épisodes de décompensation. Les symptômes cognitifs (les épisodes de dissociation ou l'expérimentation d'idées transitoires psychotiques) devront être traités par des neuroleptiques, les symptômes de type affectifs par des antidépresseurs de type inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) et enfin les comportements impulsifs par des ISRS et de faibles doses de neuroleptiques⁴⁶.

Trop peu d'études ont été effectuées chez l'adolescent, la pharmacothérapie doit être limitée aux patients présentant des comorbidités telles que du méthylphénidate chez les TDAH ou un ISRS en cas de dépression majeure associée. Des risques d'effets secondaires peuvent être également présents⁷. Une seule étude contrôlée en double aveugle sur les Oméga 3 a démontré une diminution des symptômes psychiatriques et une amélioration du fonctionnement. Cette étude incluait seulement 15 adolescents borderline présentant un risque important de psychose. Ils ont été traités par Oméga 3 durant 12 semaines. Cette thérapeutique semble être une bonne voie de recherche⁴⁷.

Psychothérapie

La psychothérapie est le traitement principal dans la prise en charge du trouble de la personnalité borderline.

Bon nombre d'acteurs de terrain ne sont pas formés à des psychothérapies spécifiques de ce trouble. Néanmoins, il semble nécessaire de proposer à cette patientèle au minimum de la thérapie de soutien qui peut facilement être utilisée lors des interventions de crise. La thérapie de soutien est basée sur une approche empathique et de non-jugement. Elle permet d'augmenter l'estime de soi et de redonner de l'espoir. Elle peut également être accompagnée d'un entraînement à des stratégies d'adaptation. Dans le cadre du trouble de personnalité borderline, il est préférable de suivre le patient à raison d'une fois par semaine⁴⁸.

La thérapie cognitive et analytique et l'ERT présentées précédemment font partie des prises en charge psychothérapeutiques chez l'adolescent. D'autres ont été modulées pour cette tranche d'âge.

La thérapie comportementale dialectique de Linehan est une approche biosociale et intègre différentes orientations telles que le bouddhisme, la systémique, la psychanalyse ainsi que l'approche cognitivo-comportementale. Elle a été développée au départ pour des patients adultes borderline et suicidaires chroniques⁴⁹. Cette thérapie est basée sur une approche dialectique, c'est-à-dire que chaque situation est abordée selon deux points de vue et que chaque situation sera résolue selon deux objectifs. Le patient va être amené à identifier ses difficultés, à les accepter pour ensuite développer des comportements sains. Elle combine une prise en charge individuelle et de groupe. La thérapie vise à l'entraînement aux compétences selon des cibles comportementales bien planifiées à l'avance. Les compétences travaillées sont la conscience de soi, les relations interpersonnelles, la régulation des émotions et la tolérance au stress⁴⁹. Miller et ses collègues ont dans un premier temps adapté cette thérapie aux adolescents suicidaires et la durée de la thérapie est alors passée de un an à 16 semaines. Afin de rendre l'apprentissage plus rapide et plus facile, le nombre de compétences travaillées a également été revu à la baisse. Les membres de la famille sont également impliqués contrairement à la pratique chez l'adulte⁵⁰. La recherche actuelle tend à montrer un bénéfice de cette thérapie chez les adolescents borderline et montrent des résultats encourageants. Elle semble associée à une diminution des passages à l'acte suicidaires et non suicidaires ainsi qu'une diminution des hospitalisations en psychiatrie^{50,51}.

Il existe également la thérapie basée sur la mentalisation dont le programme a été adapté aux adolescents. Une prise en charge spécifique aux adolescents a été développée : ceux-ci sont suivis une fois par semaine en individuel, mais également une fois par mois en famille. Les résultats semblent

prometteurs mais il n'existe actuellement pas de méta-analyse⁷. La mentalisation est la capacité mentale à percevoir et interpréter les comportements humains en termes d'états mentaux tels que les sentiments, les besoins, les désirs, les croyances et les buts, que ce soit chez soi ou chez les autres. L'incompréhension des pensées et des émotions chez les autres dépendrait en particulier de la qualité de l'attachement avec les figures de soins durant la petite enfance⁵². Les adolescents présentant des caractéristiques borderline auraient tendance à l'hypermentalisation et donc à surinterpréter^{52,53}. Cela les rendrait vulnérables dans leurs relations interpersonnelles. La thérapie par la mentalisation a pour but d'aider les patients à réguler leurs pensées et leurs sentiments et à promouvoir un meilleur fonctionnement dans leurs relations interpersonnelles^{7,52}. Une étude contrôlée randomisée a démontré une réduction des automutilations et de la dépression chez des adolescents⁵⁴. D'autres études sont nécessaires pour appuyer une efficacité.

La thérapie analytique de Kernberg a également été adaptée aux adolescents. Kernberg a été un des auteurs principaux à avoir décrit d'un point de vue psychodynamique l'organisation limite. Cette prise en charge limite ses interprétations et se focalise surtout sur les manifestations transférentielles. Cette technique basée sur la théorie des relations d'objet n'a pas été évaluée dans des études d'efficacité^{5,55}.

Enfin, la thérapie familiale est peu souvent évoquée dans la littérature, pourtant un entretien avec la famille permet d'éclaircir les modes relationnels au sein du système familial. Elle fait normalement partie du dépistage systématique dans le travail en pédopsychiatrie. L'environnement à la maison joue un rôle prépondérant en particulier lors de violence familiale. La thérapie systémique permet de travailler les comportements qui favorisent ce pattern relationnel et permet également un travail de psychoéducation. De plus, lors de situation de crise, elle permet d'impliquer chacun des proches dans la résolution du problème actuel. Il est important, par ailleurs, de ne pas exclure la famille dans les différentes prises en charge de ces jeunes^{49,56,57}.

Hospitalisation

L'hospitalisation de ces patients n'a pas prouvé qu'elle puisse prévenir les comportements suicidaires, d'autant que celle-ci peut produire des effets négatifs et des comportements régressifs. L'hospitalisation peut donner comme message au jeune qu'il n'est pas capable de gérer la crise sans hospitalisation. Elle ne favorise pas le développement d'autres stratégies d'adaptation et peut même renforcer les comportements pathologiques. Des hospitalisations répétées peuvent également entraver le fonctionnement normal de l'adolescent en l'excluant de son réseau social et de sa scolarité. L'hospitalisation de jour semble être une meilleure alternative. Néanmoins, une hospitalisation peut s'avérer utile sur une très courte période dans un contexte de crise et de stress aigu qui pourrait

déboucher sur un geste suicidaire. Les épisodes psychotiques transitoires peuvent être également traités en hospitalisation avec la mise en place d'un traitement pharmacologique⁵⁸⁻⁵⁹.

La prise en charge thérapeutique est résumée dans le tableau 5.

Tableau 5 : Résumé de la prise en charge thérapeutique.

Il est important au niveau du traitement de :

- Intervenir précocement ;
- Proposer un entretien de famille ;
- Proposer une prise en charge de type psychothérapeutique ;
- Eviter une médication sauf en cas d'état de crise (décompensation psychotique, idées suicidaires actives) ou en cas de comorbidités psychiatriques ;
- Proposer une hospitalisation sur une courte période dans un contexte de crise ou de décompensation psychotique.

CONCLUSION

Le trouble de personnalité borderline à l'adolescence est reconnu par le DSM-V, l'ICD-11 mais également le NICE et le NHMRC^{1,5-8}.

A la lumière de cet article, il semble important que les acteurs de la santé puissent être formés au diagnostic et à la prise en charge spécifique de ce trouble de personnalité. En effet, il est nécessaire de reconnaître précocement ce trouble et de proposer une prise en charge afin d'éviter les conséquences néfastes que ce soit au niveau du fonctionnement psychosocial et scolaire ou des risques liés aux passages à l'acte. De plus, une intervention précoce permet d'éviter une chronicisation des symptômes à l'âge adulte^{1,5,7-9}.

Actuellement la recherche tend à démontrer qu'il existerait un génotype qui augmente le risque de voir apparaître un trouble de personnalité borderline s'il existe un environnement prédisposant^{5,7,37}.

Une psychothérapie est à privilégier chez l'adolescent, l'hospitalisation et la pharmacothérapie étant à utiliser en cas de comorbidités ou de risque de passage à l'acte suicidaire. La famille devrait être également systématiquement prise en compte lors des interventions^{5,7,9}.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Winsper C, Marwaha S, Lereya S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med*. 2015;45:2237-51.
2. Bondurant H, Greenfield B, Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2004;13:53-7.
3. Laurensen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7:3.

4. Griffiths, M. Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*. 2011;35:19-22.
5. Kaess M, Brunner R, Channen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-93.
6. American Psychiatric Association. DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS;2015.
7. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1307-20.
8. Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;44:13-24.
9. Larrivé MP. Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-to-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2013;15(2):171-9.
10. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 2008;118(5):410-3.
11. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150(8):1237-43.
12. Guile JM, Berthiaume C, Bergeron L. Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population 12 to 14 years of age. In: 53rd Annual Meeting; October 24-29, 2006; San Diego: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
13. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D *et al*. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*. 2008;22:353-64.
14. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1089-91.
15. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF, Krueger RF. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):687-713.
16. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2):297-306.
17. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zelkowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(3):168-74.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:827-32.
19. Zanarini MC, Frankenburg MC, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. Reported Childhood onset of self mutilation among borderline patients. *J Pers Disord*. 2006; 20(1):9-15.
20. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cogn Ther Res*. 2011;35:30-9.
21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117(3):177-84.
22. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency for borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry*. 2002;159:2042-7.
23. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6330 English 11-year-olds and 34653 American adults. *J Pers Disord*. 2011;25(5):607-19.
24. Pham-Scottez A. Eurnet-BPD: un réseau de recherche avec des adolescents borderline. *L'information psychiatrique* 2016;92:29-37.
25. Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA, Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):27.
26. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2013;46(1):55-62.
27. Ha, C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:e457-e464.
28. Guilé JM, Huynh C, Desrosiers L, Bouvier H, MacKay J, Chevrier E *et al*. Exploring sleep disturbances in adolescent borderline personality disorder using actigraphy: a case report. *Int J Adolesc Med Health*. 2009;21(1):123-6.
29. Chen EY, Brown MZ, Lo TTY, Linehan MM. Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):125-9.
30. Cohen P, Chen H, Crawford TN, Brook JS, Gordon K. Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88(suppl 1):s71-s84.
31. Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, Labelle R, Belloncle V, Bodeau N *et al*. Coping strategies associated with suicidal behavior in adolescent inpatients with borderline disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):s46-s54.
32. Witt K, Milner A., Spittal MJ, Hetrick S, Robinson J, Pirkis J *et al*. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behavior in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;28:5-18.
33. Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2018;23(1):57-76.
34. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:94-104.
35. Nelson DA, Coyne SM, Swanson SM, Hart CH, Olsen JA. Parenting, relational aggression, and borderline personality features: Association over time in a Russian longitudinal sample. *Development and Psychopathology*. 2014;26:773-87.
36. Stepp SD, Olino TM, Klein DN, Seeley JR, Lewinsohn PM. Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personal Disord*. 2013;4(3):223-39.

37. Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, Thompson A, Eyden J, Singh SP. A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Rev Neurosci*. 2016;27(8):827-47.
38. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Roysamb E, Tambs K, Torgersen S *et al*. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1438-46.
39. Drews E, Fertuck EA, Koenig J, Kaess M, Arntz A. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2019;96:316-34.
40. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decisions-making and its relationship to emotional distress. *J Pers Disord*. 2010;24(6):786-99.
41. Haltigan JD, Vaillancourt T. Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: antecedent and interactive risk factors. *Can J Psychiatry*. 2016;61(3):166-75.
42. Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatric Pract*. 2009;15:163-72.
43. Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB *et al*. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(12):1314-23.e2.
44. Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J *et al*. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2008;165(4):468-78.
45. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline No 78. National Institute for Health and Clinical Excellence. Leicester, UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists;2009.
46. American Psychiatric Associations. Guideline watch: Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry suppl*, Washington DC. 2001;158(10):1-52.
47. Amminger GP, Chanen AM, Ohmann S, Klier CM, Mossaheb N, Bechdolf A *et al*. Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high risk criteria for psychosis: a post hoc subgroup analysis of a double-blind randomized controlled trial. *Can J Psychiatry*. 2013;58:402-8.
48. Gunderson JG. The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2016;173(5):452-8.
49. Mehran F. *Traitement du trouble de la personnalité borderline- Thérapie cognitive émotionnelle*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS;2011.
50. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. DBT program structure: functions and modes. In: *Dialectical Behavior Therapy with suicidal Adolescents*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press; 2007:71-95.
51. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adol Psychiatric Clin N Am*. 2011;20:205-16.
52. Fonagy P, Luyten P. A developmental mentalisation based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1355-81.
53. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J *et al*. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:63-573.
54. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:1304-13.
55. Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*. Paris:Dunod;2016.
56. Bertelli C, Bélisle MC. Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite. Partie 2 : Thérapies systémique et familiale. *Santé mentale au Québec*. 2004;29(2):253-66.
57. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Including families in treatment. In : *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press; 2007:187-209.
58. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with BPD? *J Pers Discord*. 2004;18:240-7.
59. Paris J. Suicidality and hospitalization. In: *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press; 2008:203-18.

Correspondance :

A. MUNGO
 Hôpital Erasme
 Service de Psychiatrie et Laboratoire du Sommeil
 Route de Lennik, 808
 1070 Bruxelles
 E-mail: anais.mungo@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 2 mai 2019 ; accepté dans sa version définitive le 24 juillet 2019.