

Trouble de la personnalité borderline (TPB)

Entre caricature et réalité clinique — définition, étiologie, différentiels et implications thérapeutiques.

1. Définition et présentation clinique

Le TPB se définit (DSM-5-TR) par un mode durable de fonctionnement marqué par une **instabilité profonde des relations, de l'image de soi et des affects**, associée à une **impulsivité marquée**. Les émotions y sont vécues avec une intensité extrême, souvent difficilement modulable, accompagnées d'une **peur centrale de l'abandon**. La prévalence est estimée à environ **2 à 3%** de la population générale (jusqu'à 5,9% selon certaines études), avec un sex-ratio approximatif de 2–3 femmes pour 1 homme (Leichsenring et al., JAMA 2023 ; DSM-5-TR, 2022).

Les réactions peuvent sembler excessives ou imprévisibles de l'extérieur, mais elles s'inscrivent dans une logique interne cohérente, fréquemment liée à des expériences relationnelles précoces marquées par l'insécurité, les ruptures ou le traumatisme. Être sensible, impulsif ou traverser des périodes émotionnellement intenses ne suffit pas à caractériser un trouble borderline — c'est la **durabilité, la pervasivité et l'impact fonctionnel** qui définissent le trouble.

2. Étiologie : un modèle bio-psycho-social

Le TPB n'est pas un trouble neurodéveloppemental inné au sens strict, mais il ne se réduit pas non plus à un trouble purement acquis. La recherche converge vers un **modèle bio-psycho-social** intégrant trois niveaux de facteurs.

FACTEURS BIOLOGIQUES	FACTEURS PSYCHOLOGIQUES	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX
<ul style="list-style-type: none">– Vulnérabilité tempéramentale à l'hyperréactivité émotionnelle– Héritabilité estimée à 40–60% (études de jumeaux)– Dysfonctions sérotoninergiques et dopaminergiques– Dérégulation de l'axe HPA (stress)	<ul style="list-style-type: none">– Invalidation émotionnelle chronique (Linehan, 1993)– Attachement insécuré ou désorganisé– Stratégies de survie émotionnelle initialement adaptatives– Schémas précoces inadaptes (Young)	<ul style="list-style-type: none">– Trauma développemental (maltraitance, négligence, abus)– Rapporté par ~80% des TPB — mais ni nécessaire ni suffisant– Ruptures et incohérences des figures d'attachement– Contexte familial invalidant

Point clé : Le trouble borderline résulte ainsi moins d'un « défaut de personnalité » que d'une **adaptation développementale à des environnements relationnels instables**. Étant en partie acquis, il est potentiellement modifiable avec un accompagnement thérapeutique structuré et sécurisant.

3. Diagnostics différentiels

TPB et TDAH — des ressemblances trompeuses

Domaine	TDAH	TPB
Impulsivité	Neurodéveloppementale — défaut d'inhibition et de contrôle attentionnel — présente de façon pervasive dès l'enfance	Réactionnelle aux affects et aux interactions — s'intensifie en contexte relationnel ou de menace d'abandon
Dysrégulation émotionnelle	Labilité rapide, irritabilité — liée à la surcharge attentionnelle et cognitive	Émotions intenses, durables — centrées sur la relation et l'image de soi
Instabilité identitaire	Absente ou modérée — sentiment de soi continu même si fluctuant	Centrale — retournements brutaux de l'image de soi, sentiment de vide
Peur de l'abandon	Absente — sensibilité au rejet possible mais pas de dynamique abandonnique centrale	Caractéristique — efforts pour éviter l'abandon réel ou imaginé
Relations interpersonnelles	Difficultés par inattention, impulsivité — pas d'idéalisation/dévalorisation	Instables, intenses — oscillation entre idéalisation et dévalorisation
Comorbidité	Fréquente avec le TPB — surtout dans un contexte de trauma développemental	Fréquente avec le TDAH — évaluation fine nécessaire pour distinguer les mécanismes

Vigilance : TDAH + TPB peuvent coexister. L'impulsivité du TDAH est liée au **contrôle inhibiteur** ; celle du TPB est **réactionnelle aux affects et aux enjeux relationnels**. Ne pas attribuer tous les comportements impulsifs au TDAH en présence d'une dynamique abandonnique et d'une instabilité identitaire marquée.

TPB et TSA — une confusion fréquente mais réductrice

Domaine	TSA	TPB
Difficultés relationnelles	Liées aux particularités de compréhension des codes sociaux, de la communication pragmatique et de la flexibilité cognitive — stables, précoces	Liées à l'insécurité affective — intenses, instables — idéalisation/dévalorisation
Dysrégulation émotionnelle	Surcharge sensorielle, rigidité cognitive, alexithymie — expression atypique	Hyperréactivité aux enjeux relationnels — peur de l'abandon comme moteur central
Sentiment de soi	Stable mais atypique — décalage social sans instabilité identitaire massive	Instable — retournements de l'image de soi, sentiment de vide envahissant

Domaine	TSA	TPB
Rapport aux règles sociales	Difficultés de flexibilité et de lecture implicite — non intentionnelles	Transgression impulsive liée aux affects — intentionnalité relationnelle présente
Dissociation / trauma	Dissociation possible en comorbidité — TSA surexposé à la victimisation	Dissociation fréquente — états dissociatifs transitoires sous stress intense
Comorbidité	Un TSA peut développer un TPB, surtout dans un contexte de vulnérabilités relationnelles répétées ou de vécu traumatique	Idem — la complexité du tableau requiert une évaluation approfondie

Vigilance : TSA + TPB peuvent coexister, notamment en cas de traumatismes répétés. L'alexithymie du TSA peut masquer une dynamique borderline. À l'inverse, une instabilité identitaire marquée et une peur de l'abandon ne s'expliquent pas par le TSA seul.

TPB et spectre bipolaire — cyclothymie et bipolaire II

La confusion est fréquente entre TPB et trouble bipolaire (surtout type II) ou cyclothymie. Les oscillations émotionnelles, l'impulsivité et l'instabilité comportementale communes aux deux tableaux alimentent cette confusion. Certains auteurs considèrent même que le diagnostic de TPB doit être un **diagnostic d'élimination** après exploration complète du spectre bipolaire (CTAH, Hantouche).

Domaine	Spectre bipolaire / cyclothymie	TPB
Variations de l'humeur	Cycliques, épisodiques — durée en semaines (bipolaire) ou oscillations chroniques sub-syndromiques (cyclothymie) — souvent endogènes	Réactives — déclenchées par des événements relationnels ou des menaces d'abandon — durée en heures à quelques jours
Épisodes identifiables	Bipolaire I/II : épisodes maniaques/hypomaniaques caractérisés — critères DSM stricts en durée et intensité	Pas d'épisodes délimités — dysrégulation émotionnelle continue et réactive
Instabilité identitaire	Absente en dehors des épisodes — le sentiment de soi est préservé en inter-épisode	Persistante — peur de l'abandon, sentiment de vide, retournements de l'image de soi en dehors de toute décompensation

Domaine	Spectre bipolaire / cyclothymie	TPB
Cyclothymie	Oscillations sub-syndromiques chroniques d'humeur (≥2 ans) — tempérament affectif cyclothymique — chevauchement phénoménologique important avec le TPB	Partage l'instabilité affective mais la dynamique relationnelle/identitaire est centrale et spécifique du TPB
Relations interpersonnelles	Perturbées pendant les épisodes — préservées en inter-épisode — pas de dynamique abandonnique centrale	Perturbées de façon continue — idéalisation/dévalorisation — peur de l'abandon omniprésente
Réponse aux thymorégulateurs	Bonne réponse au lithium, valproate, lamotrigine dans le trouble bipolaire	Réponse partielle et variable — la psychothérapie structurée reste le traitement de référence

Point clinique : La cyclothymie partage avec le TPB l'instabilité affective chronique et l'impulsivité. Le critère distinctif principal est la **dynamique relationnelle et identitaire du TPB** (peur de l'abandon, sentiment de vide, idéalisation/dévalorisation) — absente ou au second plan dans la cyclothymie pure. Les deux peuvent coexister.

TPB et TSPT complexe — le différentiel le plus délicat

Depuis l'intégration du TSPT complexe (TSPTc) dans la CIM-11 (2019), la distinction avec le TPB est devenue un enjeu clinique central. Les deux troubles partagent des antécédents traumatiques fréquents et une dysrégulation émotionnelle marquée, mais leurs logiques cliniques et leurs implications thérapeutiques diffèrent (Herman, 1992 ; Dzierzynski & Abgrall, Dunod, 2023).

Domaine	TSPT complexe (TSPTc)	TPB
Relations interpersonnelles	Évitement persistant des relations — méfiance, retrait — lié à la réactivation traumatique	Engagement intense, instable — idéalisation/dévalorisation — peur de l'abandon comme moteur
Image de soi	Estime de soi négative stable et persistante — honte, sentiment d'indignité lié au trauma	Instabilité du sentiment de soi — retournements brutaux — sentiment de vide
Symptômes d'intrusion	Reviviscences, flashbacks, cauchemars liés à des événements traumatiques identifiables	États dissociatifs transitoires sous stress — pas de reviviscences structurées au sens strict
Déclencheurs	Rappels traumatiques — contextes ressemblant aux situations de danger passées	Enjeux relationnels — perçus comme menaçants pour le lien ou l'identité

Domaine	TSPT complexe (TSPTc)	TPB
Sens du trouble	Réaction à des événements traumatiques répétés — inscription dans une histoire	Mode durable de fonctionnement — organisation psychopathologique — pas uniquement réactionnel
Implications thérapeutiques	Priorité au traitement du trauma (EMDR, thérapies centrées trauma) — stabilisation d'abord	TCD (Linehan), TFP (Kernberg), MBT (Bateman & Fonagy) — travail sur l'identité et la relation

Comorbidité : TPB + TSPTc peuvent coexister — la comorbidité est élevée (~50% selon les études). La distinction a des enjeux thérapeutiques directs : orienter vers le traitement du trauma versus le travail sur l'identité et la régulation relationnelle. En pratique clinique, les deux dimensions doivent être évaluées.

4. Approches thérapeutiques validées

Le TPB n'est pas réfractaire aux soins. La littérature montre une évolution favorable lorsque la prise en charge est structurée et ciblée. Trois approches disposent d'un niveau de preuve solide :

TCD — THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE	TFP & MBT
<ul style="list-style-type: none"> – Linehan (1993) — approche de référence la plus documentée – Cible la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse, l'efficacité interpersonnelle – Format individuel + groupe de compétences – Réduction des comportements suicidaires et des hospitalisations 	<ul style="list-style-type: none"> – TFP (Kernberg) : Thérapie Focalisée sur le Transfert — travail sur les représentations de soi et de l'autre – MBT (Bateman & Fonagy) : Mentalisation-Based Treatment — développement des capacités réflexives – Efficacité documentée sur la sévérité du TPB et les comportements suicidaires

Note : En cas de comorbidité TPB + TSPTc, une approche phasique est recommandée : **stabilisation d'abord**, puis traitement du trauma, puis intégration. Un traitement pharmacologique peut être proposé en soutien (thymorégulateurs, antidépresseurs) mais ne constitue pas le traitement de fond du TPB.

À RETENIR

- ✓ TPB ≠ trait de caractère — c'est un fonctionnement psychopathologique durable avec une logique interne cohérente
- ✓ Étiologie bio-psycho-sociale : vulnérabilité tempéramentale + environnement invalidant + trauma (ni nécessaire ni suffisant)
- ✓ Impulsivité TPB : réactionnelle aux affects et aux enjeux relationnels — ≠ impulsivité neurodéveloppementale du TDAH
- ✓ TSA : difficultés relationnelles stables par codes sociaux — TPB : instabilité relationnelle par insécurité affective
- ✓ Spectre bipolaire / cyclothymie : exclure avant de poser le diagnostic — la cyclothymie partage l'instabilité affective mais pas la dynamique identitaire/abandonnique
- ✓ TSPTc : évitement relationnel et estime de soi négative stable — TPB : engagement instable et instabilité identitaire — les deux peuvent coexister
- ✓ TPB est modifiable : TCD, TFP, MBT ont des preuves solides d'efficacité

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR*, pp. 752–757. APA.
- Leichsenring, F., et al. (2023). Borderline personality disorder: A review. *JAMA*, 329(8), 670–679.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Dzierzynski, N., & Abgrall, G. (2023). TSPT complexe et TPB. In *Le Grand Livre du trauma complexe*. Dunod.
- Renevey, Y., & Gysi, J. (2023). TSPTc et TDlp — deux diagnostics novateurs dans la CIM-11. *L'Information psychiatrique*, 99(9), 615–620.
- Zanarini, M. C., et al. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.
- Hantouche, E., & CTAH. Cyclothymie ou borderline — le diagnostic de borderline comme diagnostic d'élimination. ctah.eu.