



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Lecture des troubles de personnalité limite à travers la théorie de l'attachement



Understanding borderline personality disorder through attachment theory

Charlotte Vinet *, Hassan Rahioui, Florence Louppe

Centre de Thérapie Interpersonnelle, 39, rue de Varenne, 75007 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 24 mai 2017
Accepté le 20 juin 2017
Disponible sur Internet le 8 décembre 2017

Mots clés :
Dysrégulation émotionnelle
Émotion
Mentalisation
Psychothérapie
Théorie de l'attachement
Traumatisme
Trouble de la personnalité limite

Keywords:
Attachment theory
Borderline personality disorder
Emotion
Emotional dysregulation
Mentalization
Psychotherapy
Trauma

RÉSUMÉ

Les troubles de personnalité limite sont caractérisés par un certain nombre de manifestations éparpillées telles que des actes autodestructeurs, une angoisse massive, des affects intenses et labiles, des ruptures interpersonnelles et une grande impulsivité. L'objectif de cet article consiste ainsi à reprendre un certain nombre de données de littérature susceptible de dresser une vue d'ensemble des troubles de personnalité limite à la lumière de la théorie de l'attachement, en supposant que celle-ci puisse en expliciter les mécanismes à l'œuvre et rassembler les comportements décrits en une unité cohérente. Ainsi, l'étude étiologique basée sur l'attachement, englobant les modèles biopsychosociaux et plus particulièrement la question des traumatismes, permet d'éclairer la symptomatologie à la fois multiple et spécifique de ces troubles par le biais de mécanismes tels que l'activation du système d'attachement, la dysrégulation émotionnelle et la mise à défaut de la mentalisation.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Borderline personality disorders concern clinicians and caregivers because of the violent and impulsive nature of their behavioral and affective reactions, which often confronts them to a feeling of helplessness and incomprehension. Indeed, it may be difficult to deal with self-harm, massive anxiety, intense affects and interpersonal ruptures, which are often present in the life course of the borderline patients. Their distress is particularly difficult to accept as it takes place in the therapeutic link, which reveals the core of the patient's attachment problematic. This paper aims to draw up an overview of borderline personality disorders, in light of attachment theory, which could help to clarify the involved mechanisms and gather the described behaviors in a coherent unit. Many studies relating to borderline personality disorder and attachment theory highlight what constitutes the specificity of these disorders through an integrative approach. Thus, the combination of an insecure attachment style, biological vulnerabilities and environmental stressors like traumas may induce the establishment of many defensive mechanisms, such as attachment system hyperactivation, emotional dysregulation or mentalization's failure. People suffering of borderline personality disorder activate these mechanisms as soon as they have to deal with real or imagined abandonments related to one of their attachment figures. However, in view of the massive anxiety and the severe disruption, those inefficient mechanisms cannot enable a good resolution of stressful situations. Consequently, borderline patients are likely to resort to new kind of emotional regulation such as suicidal, destructive and impulsive behaviors. Attachment based theories focus on these defensive mechanisms and inadequate attempts of emotional regulation, in order to propose an appropriate treatment for borderline personality disorder.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charlotte.vinet46@gmail.com (C. Vinet).

1. Introduction

Les Troubles de Personnalité Limite (TPL) sont considérés aujourd'hui comme une préoccupation essentielle du domaine de santé publique. Leur prévalence qui constitue 1,5 % à 6 % de la population générale, atteint 10 % en ambulatoire et 20 % en unité d'hospitalisation [10]. Cette préoccupation, qui porte notamment sur le risque d'un handicap social marqué dans les domaines professionnels, relationnels et des loisirs, se focalise en particulier sur la menace de passages à l'acte suicidaires et vient pointer le caractère d'urgence rattaché à l'identification et la compréhension des précurseurs de ces troubles.

Ces dernières décennies ont ainsi vu la prolifération de travaux qui tentent d'en comprendre les manifestations. La dernière version du DSM [3] a choisi de les caractériser par un certain nombre d'aspects épars tels que des relations interpersonnelles intenses et instables, une grande labilité émotionnelle, des sentiments prégnants de vide, une crainte massive de l'abandon ou encore des comportements autodestructeurs tels que des consommations abusives de toxiques, des automutilations.

En étudiant les difficultés propres aux TPL, les cliniciens ont constaté l'efficacité du contexte interpersonnel qui s'y rattache. Ainsi les actions auto- ou hétéro-agressives, l'impulsivité, la labilité affective qui les caractérisent seraient précipitées par des événements réels ou imaginaires en lien avec des relations interpersonnelles significatives pour la personne [18,20] et qui mettent en jeu ses « figures d'attachement ». Nous allons voir comment l'étude de la dynamique d'attachement nous permet d'éclairer les mécanismes sous-jacents aux manifestations décrites dans ces troubles limites.

2. La théorie de l'attachement

2.1. Théorie de l'attachement/bases conceptuelles

On doit à Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, le concept d'*attachement* qu'il a défini comme un « besoin inné de l'être humain qui s'exprime à travers des comportements de recherche et de maintien de la proximité avec un autre individu » [7]. Au cours de ses observations sur les liens mère-enfant, Bowlby a constaté à cet effet que l'enfant se construit au moyen d'interactions avec les personnes qui l'entourent et met ainsi en place des *modèles de représentations mentales* de soi et des autres [6] – les modèles internes opérants (MIO) – tout en s'adaptant progressivement sur les plans émotionnels et cognitifs. Ces liens établis avec les figures d'attachement permettent à l'enfant de constituer une *base de sécurité* sur laquelle il va pouvoir s'appuyer par la suite pour explorer son environnement et établir de nouvelles relations sociales. Les *stratégies d'attachement* ainsi mises en place, qui tendent à la régulation des besoins d'attachement, vont être traduites au niveau des interactions sociales par les *styles d'attachement*, qui sont des patterns de besoins, d'attentes, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportements sociaux.

Ainsworth et al. [1] ont repris les travaux de Bowlby pour montrer par le biais de saynètes comment des enfants d'un an se comportaient avec leurs parents après une séparation forcée, en fonction de la façon dont les parents avaient répondu à leurs besoins pendant la petite enfance. Ces chercheurs ont ainsi mis en évidence trois styles d'attachement chez ces enfants : anxieux-évitant (A), sécurisé (B) et anxieux-ambivalent (C). Dans le groupe (A), les enfants ne manifestent pas de détresse quand leur mère s'en va mais l'ignorent à son retour. Dans le groupe (B), ils protestent lors de son départ mais l'accueillent avec joie à son retour et se remettent rapidement à jouer. Dans le groupe (C), la

séparation s'ensuit d'une grande détresse et ils parviennent difficilement à être réconfortés lorsqu'elle revient. À ces catégories, Main et Solomon [22] ont proposé d'en rajouter une quatrième : l'attachement « désorganisé », attribué à des enfants qui expriment à la fois une forte recherche d'intimité et un évitement important.

2.2. Attachement et psychopathologie chez l'adulte

Par la suite, les représentations établies au cours de l'enfance (les MIO) vont se maintenir et être susceptibles de se réactiver face à des situations stressantes pour le sujet. Mikulincer et Shaver [24] expliquent que le sujet peut être livré à un sentiment d'insécurité s'il perçoit dans ce contexte l'indisponibilité de la figure d'attachement, ce qui vient aggraver la détresse consécutive à la situation initialement menaçante. En fonction des stratégies de régulation des affects mises en place durant l'enfance, certains tentent alors de rechercher une proximité avec la figure d'attachement en manifestant une inquiétude intense jusqu'à obtenir son attention et son soutien ; d'autres vont au contraire minimiser le caractère stressant de la situation et inhiber toute émotion négative qui s'y rapporte. Reprenant ces conceptions, Bartholomew et Horowitz [5] ont élaboré une classification des styles d'attachement chez l'adulte à quatre combinaisons qui se rapproche de celle d'Ainsworth et al. : sécuritaire, préoccupé (en lien avec le style anxieux-ambivalent), détaché (anxieux-évitant) et craintif (désorganisé).

Il est intéressant de noter que plusieurs auteurs [14] considèrent le style d'attachement insécuritaire comme un facteur de vulnérabilité et non pas un trouble psychopathologique en tant que tel, tandis que la symptomatologie spécifique au trouble dépend de facteurs génétiques, développementaux et environnementaux. À l'inverse, si l'on suit Dozier et Tyrrell [12], la pathologie serait une potentielle source d'activation, voire de désorganisation de l'attachement.

2.3. Styles d'attachement chez les TPL

Un certain nombre de travaux ont ainsi cherché à mettre en exergue une spécificité des styles d'attachement chez les troubles de personnalité et en particulier les troubles de personnalité limite. Patrick et al. [26] ont montré que 92 % des patients avec TPL présentent un attachement insécuritaire qui se manifeste essentiellement par les styles préoccupé et désorganisé (craintif). Barone et al. [4] ont défini un taux moyen d'attachements insécuritaires et désorganisés de 81 % chez des patients TPL, qui peut atteindre 97 % dans certains groupes. De manière générale, les auteurs [18,19] ont mis en évidence une corrélation significative entre les traits de personnalité limite et les attachements anxieux-évitants et préoccupés, voire désorganisés si cette catégorie est investiguée. La distribution des styles insécuritaires chez les TPL varie cependant en fonction des études qui ne permettent pas de définir un style d'attachement spécifique aux TPL.

Invoquant la complexité et la diversité clinique propres à ces troubles, certains auteurs ont ainsi proposé d'étudier plus précisément les liens entre certains traits propres aux personnalités limites et les différents modèles d'attachement. Pour Levy et al. [21], il existe en effet 256 façons possibles de rencontrer chez nos patients les critères caractérisant les TPL puisqu'au moins cinq critères des neuf indiqués sont nécessaires pour poser le diagnostic dans le DSM-5. Ceci suggère donc que les processus d'attachement diffèrent selon la présentation clinique qui domine. Notons toutefois que si l'on constate une désorganisation de l'attachement chez la plupart des TPL, cette désorganisation n'est pas spécifique à ces troubles, ce qui suggère l'existence de mécanismes autres que la seule mise à mal des relations d'attachement précoces.

3. Étiologie des TPL à la lumière de l'attachement

3.1. Modèle biopsychosocial

De manière générale, la trajectoire développementale qui mène jusqu'aux TPL chez l'adulte reste confuse et semble impliquer l'interaction d'un certain nombre de facteurs. Ces dernières décennies, les recherches ont ainsi tenté d'identifier les vulnérabilités biologiques et les facteurs de risque psychosociaux susceptibles d'expliquer la survenue de ces troubles. Linehan et al. [10] proposent ainsi plusieurs hypothèses étiologiques se focalisant sur certaines manifestations spécifiques aux TPL. D'après ces auteurs :

- le mauvais contrôle des impulsions et la sensibilité émotionnelle sont des vulnérabilités biologiques très précoces des TPL ;
- le dérèglement général des émotions est encouragé et maintenu par un contexte de développement invalidant ;
- les transactions réciproques entre la vulnérabilité biologique et les risques environnementaux potentialisent la dysrégulation émotionnelle et conduisent à un dérèglement extrême du contrôle des comportements ;
- il existe des facteurs de risque comportementaux très précoces chez les TPL ;
- certains traits et comportements spécifiques des TPL sont repérables plus précocement que le diagnostic complet et peuvent exacerber le risque d'un TPL.

Les dysfonctionnements biologiques évoqués se rapportent à certaines vulnérabilités structurelles, neurochimiques et génétiques. Linehan et al. [10], reprenant les données de littérature, suggèrent l'implication de certains neurotransmetteurs (tels que la sérotonine, la dopamine, la vasopressine, l'acétylcholine, la noradrénaline et le GABA), de même que la prévalence de certains dysfonctionnements du système nerveux périphérique et de la composante héréditaire. D'autres auteurs [20,21] se focalisent sur le rôle joué par l'ocytocine dont l'action s'inverse chez les TPL : ce neuropeptide serait responsable chez ces derniers de la diminution des sentiments de confiance et de coopération au sein des relations interpersonnelles.

À ces vulnérabilités biologiques, qui incluent également le tempérament de l'enfant, viennent s'ajouter les facteurs de risques environnementaux (psychopathologies familiales, maltraitance, abus, trauma d'attachement...) susceptibles de conduire à un TPL. Levy et al. [20], reprenant un certain nombre de travaux, évoquent ainsi plusieurs facteurs relationnels précoces susceptibles de prédire la survenue de symptômes propres aux TPL chez l'adulte : l'attachement désorganisé chez le nourrisson (12–18 mois), l'hostilité maternelle et la confusion des limites (18–42 mois), l'éclatement de la famille liée à la présence du père (12–64 mois) et le stress familial global (3–42 mois). Levy [19], tout en mettant en garde le lecteur sur les biais consécutifs aux études rétrospectives, reprend également un certain nombre d'études où des patients TPL rapportent la négligence, l'indifférence et les troubles psychopathologiques (en particulier la dépression et l'alcoolisme) de leurs parents.

Il est intéressant de noter que la plupart des études portant sur les soins parentaux se sont focalisées sur les soins dispensés par les mères, et notamment les mères souffrant elles-mêmes d'un TPL [19]. Par exemple, Hobson et al. [16] montrent qu'une proportion importante de mères avec TPL manifeste une communication affective perturbée avec leur enfant au cours de la « Strange Situation » et des comportements apeurés ou désorientés face aux besoins d'attachement de ce dernier. Par la suite, ces enfants seraient plus susceptibles d'éprouver des angoisses d'abandon et de présenter des difficultés de régulation émotionnelle que l'on

peut ensuite retrouver chez ces sujets une fois adultes sous la forme d'un TPL [21].

Il semblerait donc que les voies menant aux TPL impliquent un certain nombre de facteurs et supposent l'interaction entre des prédispositions génétiques à l'impulsivité, l'affect négatif et peut-être même l'agressivité chez l'enfant avec un environnement insuffisamment sécurisant. Le développement de MIO multiples, contradictoires et non intégrés qui en résulte est ensuite susceptible d'aggraver la vulnérabilité de ces enfants face aux facteurs de stress rencontrés ultérieurement [19]. L'intérêt porté au développement de ces MIO chez de futurs sujets TPL permet notamment d'affiner notre compréhension face à la diversité des styles d'attachement qui les caractérisent.

C'est ce dont témoignent les travaux de Lévy [19] qui postule l'existence d'une gamme de fonctionnements dans chacun des modèles d'attachement. Il suggère ainsi que les attachements précocement établis et évitants se déclinent en formes plus ou moins adaptées en fonction du degré de différenciation et d'intégration des MIO qui sous-tendent leur configuration, selon un continuum dont l'extrémité correspond aux TPL, ce qui se traduirait par des niveaux plus extrêmes d'activation du système d'attachement.

3.2. Traumatismes et attachement chez les TPL

Comment peut-on dès lors comprendre et expliquer chez les TPL la multiplicité et la fragmentation des MIO, dont le niveau de différenciation varie toutefois d'un individu à l'autre ? Nous faisons l'hypothèse que l'étude de la dissociation structurelle, propre aux traumatismes dont souffrent généralement ces sujets, est susceptible d'apporter des pistes de compréhension à ce niveau. Notons au préalable qu'un certain nombre d'études ont déjà tenté d'établir un lien de causalité entre la survenue de traumatismes au cours de l'enfance – qu'il s'agisse de négligence physique, émotionnelle ou d'abus – et le développement ultérieur d'un TPL.

Ainsi, en faveur d'un rapprochement entre TPL et traumatismes, il est essentiellement question dans la littérature de l'influence de négligences et d'abus survenant au cours du développement de l'enfant puis de l'adolescent et de la prévalence d'antécédents de violence physique [8]. Tentant de comprendre ce rapport de causalité, certains auteurs [14] postulent l'existence d'un spectre psychopathologique qui relierait, d'une part, les traumatismes aigus ainsi que les états de stress post-traumatique (ESPT), de l'autre, le trouble dissociatif de l'identité et au milieu duquel se situeraient les TPL. Cette conception repose sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSPD) qui suppose que la personnalité peut se diviser en deux ou plusieurs sous-systèmes ou parties dissociatives [28] suite à un événement traumatique, y compris un « trauma d'attachement ».

Van Der Hart et al. [28], reprenant les conceptions de Myers, supposent ainsi l'apparition d'une dissociation structurelle de la personnalité entre une « partie émotionnelle » (PE) et une « partie apparemment normale » (PAN) face à la violence du choc. Rappelons que la dissociation consiste en « une rupture des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement » [2]. La PE reste ainsi bloquée au niveau de l'expérience traumatique, ce qui empêche la construction d'un récit du trauma, tandis que la PAN s'apparie avec l'évitement des souvenirs traumatiques, le détachement, l'anesthésie et une amnésie partielle ou totale.

Ceci évoque d'emblée certains aspects symptomatiques des TPL tels que le mode de relations interpersonnelles instables et intenses, les perturbations de l'identité, l'instabilité affective, les sentiments chroniques de vide et la survenue transitoire dans des situations de stress de symptômes dissociatifs sévères [3]. Cette dissociation, en tant que « manque d'intégration parmi deux ou

plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité » [28], nous rappelle la fragmentation des MIO qui s'origine dans les interactions précoces entre l'enfant et sa figure d'attachement, ce qui nous amène à suggérer l'existence d'un lien de causalité entre ces fragmentations représentationnelles observées chez certains TPL et la dissociation structurelle émotionnelle caractéristique des traumas.

Rappelons toutefois que les désorganisations de l'attachement et la prévalence des traumatismes pris isolément constituent en soi une vulnérabilité observée couramment chez les TPL mais ne présupposent pas pour autant leur développement et ne leur sont pas spécifiques. Bien que l'étiologie précise des TPL reste à définir, il semblerait donc que le tableau symptomatique des individus concernés résulte de la combinaison entre un certain nombre de fragilités (biologiques, de tempérament, d'attachement) et la confrontation avec des traumatismes précoces, répétés, voire chroniques et de nature variée [14,20,28].

On pourrait toutefois objecter à ce modèle le défaut d'observation systématique de traumatismes dans le parcours de vie des TPL. Il faudrait alors s'entendre sur ce que l'on conçoit sous le terme « traumatisme » – qui ne regroupe pas seulement les actes de maltraitance ou d'abus – et s'enquérir des « loupés » dans les liens d'attachement précoce susceptibles de laisser des traces durables chez le sujet. En effet, ces « loupés » ne sont pas systématiquement investigués dans la littérature et quand bien même un intérêt leur est consacré, ils ne sont pas toujours repérables au premier abord : le risque consiste à se préoccuper uniquement des PAN qui se laissent entrevoir et de ne pas prendre en compte la dissociation décrite précédemment.

À partir de ces conceptions étiologiques, nous allons maintenant tenter de mettre en exergue les mécanismes sous-jacents aux comportements caractéristiques des TPL et comprendre comment ils s'articulent avec les *stratégies d'attachement* mises en place durant l'enfance.

4. Symptomatologie des TPL à la lumière de l'attachement

4.1. Activation du système d'attachement et échec de mentalisation

Reprenant la théorie de l'attachement, Bateman et Fonagy [13] ont développé un modèle de compréhension des manifestations du TPL qui repose sur le concept de « mentalisation ». Telle qu'ils la définissent, la mentalisation est la capacité à concevoir nos états mentaux et ceux des autres, consciemment et inconsciemment. Si ces états mentaux (c.-à-d. les convictions, les désirs, les sentiments, les pensées, les émotions) déterminent nos actions, ils nous permettent aussi d'établir des hypothèses explicatives quant aux comportements voire aux états mentaux d'autrui et favorisent ainsi le maintien de la sécurité d'attachement.

À partir de ces conceptions, Bateman et Fonagy [13] supposent que la phénoménologie des TPL repose sur trois phénomènes : l'inhibition de la mentalisation associée à l'activation de l'attachement, la réémergence de modes de pré-mentalisation et la réexternalisation du « soi étranger autodestructeur » formé suite à un trauma d'attachement infantile et se caractérisant par l'internalisation de la FA dans la représentation de soi de l'enfant. En ce qui concerne le premier phénomène, un certain nombre d'auteurs [13,18,27] considèrent que l'impulsivité, la labilité affective, les passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs propres aux TPL sont précipités par des événements réels ou imaginaires qui s'inscrivent dans les relations interpersonnelles du sujet et particulièrement celles établies avec ses FA. La perception de l'indisponibilité de la FA le confronte au sentiment d'insécurité qui trouve ses racines dans son histoire infantile d'attachement ; elle devient donc synonyme de nouveaux abandons, de nouveaux rejets. Dans ce

contexte spécifique de stress lié à une relation d'attachement, l'activation du système d'attachement va être corrélée à une inhibition de la mentalisation qui va se traduire par une difficulté à percevoir précisément ses états mentaux et ceux d'autrui.

Cette inhibition va favoriser l'émergence de modes d'organisation de la subjectivité ayant précédé la mentalisation au cours du développement. Ainsi, le « mode d'équivalence psychique », caractérisé par la pensée concrète, est marqué par la conviction décuplée et inadaptée d'avoir raison, qui implique notamment une compréhension irréfutable des états mentaux d'autrui. Le « mode semblant » est ponctué par une rupture entre les réalités psychique et physique et suppose l'absence d'une compréhension réelle du monde interne qui est généralement construit en copiant le plus fidèlement possible la réalité externe. En cas de remise en question par autrui de ce fonctionnement en « pseudo-mentalisation », la confrontation au vide générée risque de causer des réactions extrêmes chez les sujets concernés. Le mode « téléologique » quant à lui ne permet pas au sujet de comprendre l'attitude implicite sous-tendant une action et donc de réagir de manière adéquate. La compréhension du monde repose alors uniquement sur des signes tangibles, concrets, visibles et l'attention se focalise sur ce qui est perçu physiquement. Cette propension à percevoir de manière erronée des événements subtils de l'environnement vécus comme des rejets est donc souvent susceptible de nous éclairer sur le caractère violent des comportements réactionnels agressifs, impulsifs ou autodestructeurs observés dans les TPL.

4.2. Activation du système d'attachement et dysrégulation émotionnelle

Conjointement à l'émergence de ces modes de pré-mentalisation, l'activation du système d'attachement suite à une situation menaçante pour le sujet va être susceptible de générer une dysrégulation émotionnelle, c'est-à-dire une incapacité à répondre avec souplesse et à gérer ses émotions [9]. Notons que de nombreux auteurs [9,14,18,20,29] situent cette dysrégulation au cœur même des caractéristiques observées dans le trouble de personnalité limite. Par souci de précision, Carpenter et Trull [9] en distinguent quatre composantes interactives chez ces personnes : la sensibilité émotionnelle, l'amplification des affects négatifs, le déficit de stratégies appropriées de régulation émotionnelle et un excédent de stratégies de régulation émotionnelle inappropriées.

Notons d'emblée que l'amplification des affects négatifs rejoint directement plusieurs des caractéristiques principales retenues par le DSM-5 [3] où figurent « une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur » et « des colères intenses et inappropriées ou une difficulté à contrôler sa colère ». Les études évoquées par les auteurs [9] montrent toutefois que la labilité affective définirait davantage les TPL que l'intensité des affects éprouvés. Ainsi, des événements subtils seraient susceptibles d'entraîner des changements rapides de l'humeur d'un moment à l'autre, ce qui traduit un haut niveau de réactivité aux stimuli chez ces personnes et donc par une certaine sensibilité émotionnelle.

Cette sensibilité émotionnelle serait une composante biologique se caractérisant par une réactivité émotionnelle accrue face aux stimuli environnementaux et notamment les émotions des autres. Il semblerait qu'elle soit ensuite renforcée au cours du développement par une (trop grande) discordance ou une absence de réflexion par la FA des états mentaux que l'enfant est susceptible de ressentir ou percevoir, ce qui expliquerait les difficultés ultérieures du sujet à comprendre et contrôler ses émotions quand il les rencontre et les vit.

La mise en défaut de cette capacité d'auto-régulation émotionnelle suppose à la fois le déficit de stratégies appropriées et l'excédent de stratégies inadéquates. D'après Carpenter et Trull [9], le déficit en stratégies appropriées se traduit chez les TPL par la

difficulté à identifier, différencier et étiqueter les émotions d'autrui à partir des stimuli faciaux, comme cela a été décrit précédemment en termes d'échec de mentalisation. Les stratégies inadéquates dites « secondaires » peuvent quant à elles être comprises comme des tentatives éperdues de satisfaire ses besoins d'attachement. Comme le rappelle Rahioui [27], l'hyperactivation anxieuse (corrélée à la peur d'abandon) et la désactivation évitante (corrélée à la crainte de perte d'intimité) constituent en effet des défenses contre la frustration et la douleur causées par l'indisponibilité de la FA (c.-à-d. son manque de fiabilité ou de réactivité en cas de besoin). La régulation émotionnelle serait donc tributaire de l'action des stratégies d'attachement, le tout évoluant sur un continuum allant de la tendance à minimiser ses besoins d'attachement à la tendance à les maximiser.

4.3. Les tentatives inadéquates de régulation émotionnelle

Remarquons que la présence effective de stratégies émotionnelles inadéquates ne préjuge pas d'un quelconque caractère pathologique. Chez les TPL, c'est le caractère excessif et impulsif de ces stratégies qui laisse place aux manifestations que l'on connaît. En effet, la plupart des comportements suicidaires, auto-nuisibles, impulsifs peut être compris comme des tentatives de régulation des affects tentant de pallier dans un second temps l'insuffisance des stratégies émotionnelles d'attachement (du fait de vulnérabilité individuelles, d'expériences traumatiques précoces, etc.) et du niveau bas de tolérance au stress que l'on retrouve chez les sujets concernés.

D'autre part, nous présumons que l'inclination d'un sujet pour certains comportements spécifiques, qui fondent la diversité des tableaux cliniques au sein de ce trouble, reposerait sur la stratégie d'attachement adoptée par le sujet et le niveau de complexité de la dissociation structurelle de sa personnalité. Levy et al. [18] montrent par exemple que les réactions comportementales au critère d'abandon réel ou imaginé, la prégnance de relations intenses et instables ainsi que les perturbations d'identité sont davantage corrélées au style préoccupé, tandis que l'on retrouve plus spécifiquement des colères inappropriées chez les sujets présentant un style évitant. Cette diversité de comportements observés chez les TPL ne pourrait dès lors être comprise qu'à l'aune de l'étude des éléments biopsychosociaux qui s'y rattachent.

5. Les possibilités thérapeutiques recourant à la théorie de l'attachement

5.1. La thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

S'appuyant sur la théorie de l'attachement, la TBM développée par Bateman et Fonagy [13] a su faire ses preuves et prendre en compte ce trouble dans sa globalité. Comme le rappelle De Oliveira [11], cette thérapie consiste en un processus thérapeutique en trois phases qui cible l'esprit du patient afin qu'il puisse s'approprier sa manière propre de penser et ressentir, mais également appréhender celle d'autrui. L'analyse de ses « erreurs » de compréhension et la restauration de la mentalisation viennent ainsi intercepter la réémergence des modes de pré-mentalisation et la ré-externalisation du « soi étranger autodestructeur » décrits précédemment. Elles sont alors susceptibles d'atténuer un certain nombre de réactions propres aux TPL ordinairement précipités, rappelons-le, par des événements s'inscrivant dans un contexte interpersonnel.

En offrant au patient une expérience d'attachement correctrice avec une FA suffisamment sécurisante, le thérapeute lui permet aussi d'explorer ses expériences passées et actuelles encore chargées émotionnellement et l'aider à envisager ses attentes, ses besoins concernant ses relations actuelles. Cette exploration

visé notamment la relation thérapeutique, susceptible de révéler au patient ses perceptions et ses constructions envers ses FA.

5.2. La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement

La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement, développée par Rahioui et al. [6,27], vise à fournir au patient une base de sécurité susceptible de lui permettre de revisiter les aspects douloureux passés et actuels de sa vie et d'explorer la façon dont il s'engage dans les relations avec ses FA actuelles. Le patient peut alors comprendre comment ses MIO s'enracinent dans les expériences infantiles avec ses FA précoces – conditionnant par la suite son mode communicationnel et ses attentes en termes d'attachement – et comment les stratégies ainsi développées sont passibles de constituer un facteur de vulnérabilité à la survenue de troubles psychiatriques. Il s'agit ensuite de relier les instabilités d'humeur et les passages à l'acte aux situations interpersonnelles, de générer des perspectives alternatives pour gérer ces situations et de développer des soutiens sociaux de qualité.

Dans la dernière décennie, de nouvelles perspectives se sont ouvertes quant à la possibilité d'adapter cette thérapie aux troubles de personnalité. Markowitz et al. [23] ont notamment mis en place un essai ouvert adaptant la TIP à des patients auxquels un TPL a été diagnostiqué et souffrant d'une crise interpersonnelle. Prenant en compte la chronicité du trouble, les difficultés dans la formation et le maintien de l'alliance thérapeutique ainsi que les risques de passage à l'acte, le traitement est conçu en deux phases de 18 séances chacune. La première se focalise sur le développement d'une alliance thérapeutique forte et l'introduction des concepts de la TIP. Elle peut être complétée par une seconde phase plus approfondie en fonction de l'indication.

5.3. La thérapie des schémas

Cette thérapie intégrative en trois phases a été développée par Kellogg et Young [17] au cours de ces 20 dernières années dans le cadre du traitement des troubles de personnalité et des troubles chroniques de l'Axe I. La méthode qu'ils proposent associe la théorie de l'attachement, les apports des neurosciences et les modèles proposés par les thérapies cognitivo-comportementales, psychodynamiques et plus particulièrement celles qui se centrent sur les émotions. En ce qui concerne spécifiquement le TPL, les auteurs considèrent que les patients se trouvent sous l'emprise de cinq modes du « self » qui interagissent de manière destructrice : le mode de l'enfant abusé ou abandonné, le mode de l'enfant impulsif et en colère, le mode détaché protecteur, le mode du parent punitif et le mode de l'adulte sain. La thérapie va alors chercher à réorganiser la structure intérieure et aider le patient à atteindre le mode de « l'adulte sain », c'est-à-dire acquérir une certaine stabilité émotionnelle, un comportement orienté vers un but, des relations mutuellement affirmées et un bien-être général en développant un sentiment d'identité.

6. Conclusion

Il a été constaté par de nombreux chercheurs et cliniciens que la plupart des caractéristiques propres aux troubles de personnalité limite survenaient dans un contexte interpersonnel. À partir de là, il n'y a qu'un pas à faire pour considérer que les mécanismes sous-jacents à ces manifestations trouvent leurs racines dans l'histoire d'attachement du sujet. De nombreuses études ont ainsi mis en évidence la prévalence d'une désorganisation d'attachement qui constitue une vulnérabilité substantielle des TPL. En confrontant cette théorie avec l'étude des traumatismes et des données biologiques du sujet, on peut dès lors

conceptualiser le développement et le maintien des difficultés interpersonnelles ainsi que les perturbations de l'identité observées, mais aussi comprendre et donner un sens aux différentes manifestations qui en découlent, telles que la labilité affective, les colères intenses, les actions néfastes sur soi-même.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR[®]). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®]). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [4] Barone L, Fossati A, Guiducci V. Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the adult attachment interview. *Attach Hum Dev* 2011;13:451–69.
- [5] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226–44.
- [6] Bay M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby. *Ann Med Psychol* 2015;173:547–52.
- [7] Bowlby J. Attachment and loss. Attachment, Vol. 1. New York: Basic Books; 1969.
- [8] Bungert M, Liebke L, Thome J, Haeussler K, Bohus M, Lis S. Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline Pers Disord Emotion Dysregul* 2015;2:4.
- [9] Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:335.
- [10] Crowell S, Beauchaine T, Linehan M. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull* 2009;135:495–510.
- [11] De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite. *Encephale* 2016;43:340–5.
- [12] Dozier M, Tyrrell C. The role of attachment in therapeutic relationships. Attachment theory and close relationships. New York: The Guilford Press; 1998. p. 221–48.
- [13] Fonagy P. Mentalisation et trouble de personnalité limite. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2015.
- [14] Gonzalez AM, Leeds A, Mosquera D. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Pers Disord Emotion Dysregul* 2014;1:15.
- [15] Hobson RP, Patrick MPH, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry* 2009;195:325–30.
- [16] Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2006;62:445–58.
- [17] Levy K, Meehan K, Weber M, Reynoso J, Clarkin J. Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology* 2005;38:64–74.
- [18] Levy K. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005;17:959–86.
- [19] Levy K, Beeney J, Temes C. Attachment and its Vicissitudes in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:50–9.
- [20] Levy K, Johnson B, Clouthier T, Wesley Scala J, Temes C. An attachment theoretical framework for personality disorders. *Can Psychol* 2015;56:197–207.
- [21] Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Yogman M, Brazelton TB, editors. Affective development in infancy. Norwood, NJ: Ablex; 1986. p. 95–124.
- [22] Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006;62:431–44.
- [23] Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv Emotion* 2003;27:77–102.
- [24] Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Dev Psychopathol* 1994;6:375–88.
- [25] Rahioui H. La Thérapie Interpersonnelle. Paris: PUF; 2016.
- [26] Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton; 2006.
- [27] Van Duijke A, Ford J. Adult attachment and emotion dysregulation in borderline personality and somatoform disorders. *Borderline Pers Disord Emotion Dysregul* 2015;2:6.