**Le rôle des parents dans le développement du trouble de la personnalité borderline**

****

**Introduction**

Les troubles de la personnalité sont des maladies mentales à facettes multiples caractérisées par "un modèle envahissant et inflexible d'expérience intérieure et de comportement qui s'écarte de façon marquée des attentes des normes culturelles de l'individu", entraînant une déficience fonctionnelle et une détresse. Dans le monde, les troubles de la personnalité touchent 6,1% de la population générale. Le trouble de la personnalité le plus fréquemment signalé dans les établissements de soins primaires et de santé mentale est le trouble de la personnalité limite (TPL), qui se caractérise par un schéma persistant de dysrégulation émotionnelle, d'impulsivité, d'automutilation, de sentiment d'identité instable et de relations interpersonnelles difficiles. Il est considéré comme l'un des troubles mentaux les plus complexes, avec ses défis uniques en matière de gestion. L'amélioration progressive de la compréhension du trouble de la personnalité borderline a conduit à un intérêt accru pour une meilleure clarification du rôle intégré des facteurs biologiques et psychosociaux dans la pathophysiologie sous-jacente de cette condition. On ne soulignera jamais assez l'influence des interactions de la petite enfance et de l'exposition au stress dans le façonnement de notre personnalité à l'âge adulte. Dans cette revue, les auteurs discutent du rôle critique des facteurs liés à la parentalité, y compris la parentalité inadaptée, les styles parentaux et la psychopathologie parentale, en tant qu'influences de la petite enfance dans la psychopathologie du développement du TPL. Les facteurs de protection qui peuvent avoir un impact sur le développement de ce trouble et les interventions préventives possibles sont également brièvement examinés.

**Le trouble de la personnalité borderline**

On pense que le trouble de la personnalité limite se produit de manière égale chez les hommes et les femmes dans la population générale, bien que les femmes soient surreprésentées de manière disproportionnée dans les milieux cliniques. La prévalence varie de 1 à 3 % dans la population générale, de 10 % dans les services de consultation externe, de 20 % dans les services d'hospitalisation et de 9 à 27 % dans les services d'urgence. L'étiologie exacte du trouble borderline n'est pas claire ; cependant, les modèles contemporains indiquent que le trouble émerge d'un amalgame de voies génétiques, neurales, comportementales, familiales et sociales. Environ 30 à 90% des patients qui répondent aux critères du TPL ont des antécédents d'événements traumatiques dans l'enfance traumatiques de l'enfance. Le TPL apparaît généralement comme un syndrome identifiable à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les facteurs de risque de TPL sont le faible statut socio-économique, les événements stressants de la vie et l'adversité familiale dans le domaine social ; la psychopathologie maternelle et la dimension affective du parentage (faible chaleur, hostilité, punitions sévères) dans le domaine familial ; l'exposition à l'abus physique ou sexuel ou à la négligence dans le domaine de la maltraitance ; et le faible QI, les niveaux élevés d'affectivité négative et d'impulsivité, et la psychopathologie d'internalisation et d'externalisation dans le domaine de l'enfant. L’étude actuelle se concentre sur les facteurs de risque liés aux parents.

**Facteurs liés à la parentalité dans le TPL**

**Parentalité maladaptée**

La maltraitance parentale, y compris la maltraitance, les abus et la négligence durant l'enfance, l'exposition à la violence domestique et les conflits parentaux sont des facteurs de risque psychosociaux prévalents pour le développement du TPL chez les enfants et les adolescents. Les facteurs de parentage sous-optimal, qui ont été liés de manière prospective aux troubles de la personnalité et aux caractéristiques du BPD, comprenaient l'hostilité, le ressentiment et les coups/les cris. L'analyse statistique a conclu que les enfants issus de milieux familiaux défavorables, qui connaissent une éducation parentale sous-optimale et davantage de conflits entre les parents, présentent un risque accru de symptômes de TPL à 11 ans. Les résultats ont fourni des preuves indiquant que le comportement parental aversif, le fonctionnement familial inadapté (y compris la faible cohésion familiale), le manque d'affection ou de soins parentaux, et les niveaux élevés de discorde mère-enfant pendant les années d'éducation de l'enfant peuvent être associés à un risque élevé de troubles de la personnalité chez la progéniture, y compris les troubles de la personnalité antisociale, borderline et passive-agressive à l'âge adulte. Une étude a examiné comment les influences réciproques entre le comportement parental sévère, la maîtrise de soi et l'émotivité négative entre les âges de 5 et 14 ans prédisaient le développement des symptômes du trouble borderline chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans et a trouvé une corrélation positive entre eux. La dysrégulation émotionnelle et les comportements autodestructeurs font partie des principaux symptômes du TPL. On constate qu'une parentalité mal adaptée est associée à des déficits de régulation émotionnelle et de cognition sociale. Des études montrent que les dysfonctionnements fronto-limbiques constituent le substrat neuronal prédominant qui sous-tend le TPL. En outre, des études basées sur des entretiens et des rapports personnels ont révélé des liens étroits entre les caractéristiques du TPL et les styles d'attachement insécurisés. Les résultats suggèrent que le traumatisme de l'enfance prédit un attachement insécurisant et des déficits dans l'organisation de la personnalité. L'invalidation parentale, telle que proposée par Linehan, est un autre facteur important pour le développement du TPL. Selon ce concept, le TPL résulte du fait de grandir dans un environnement invalidant l'expression des émotions. . L'invalidation peut aller de la violence ou de la négligence persistantes à une famille "parfaite" qui minimise ou punit les expressions émotionnelles négatives, ou simplement à une famille relativement normative dans laquelle il y a une mauvaise adéquation entre les besoins de l'enfant et les réponses des parents. Des niveaux élevés de soutien puissent renforcer par inadvertance une réactivité émotionnelle élevée et supprimer la régulation émotionnelle autonome des enfants. L'hypersensibilité interpersonnelle est un autre symptôme associé au TPL et est définie comme une disposition psychobiologique à une réactivité interpersonnelle excessive, avec des rôles significatifs joués par la peur de l'abandon, la sensibilité au rejet et l'intolérance à la solitude.

**Styles parentaux**

Le style parental est un déterminant essentiel des styles d'adaptation des enfants, et le comportement d'un enfant varie en fonction des différents styles parentaux. Baumrind a défini trois styles parentaux spécifiques : autoritaire, démocratique et permissif. Le style parental autoritaire (contrôle élevé, chaleur faible) est défini par des pratiques parentales dures, notamment les punitions physiques, les cris et les ordres. Le parent démocratique (chaleur élevée, contrôle élevé) fixe des limites fermes, mais fait preuve de compassion et de chaleur, et ces ménages ont une communication bidirectionnelle. Le parent permissif (chaleur élevée, contrôle faible) donne peu ou pas d'ordres ou de limites au comportement. Une étude a examiné la relation entre les styles parentaux et les problèmes de comportement de l'enfant chez 108 enfants afro-américains d'âge préscolaire et a constaté que le style parental démocratique était associé à des résultats positifs pour l'enfant.

Un autre concept visant à expliquer une perspective évolutive du TPL est l'écologie comportementale. Ce concept suggère que les approches parentales dans le BPD influencées par des attachements relationnels instables/insécures ou des adversités de l'enfance peuvent être significatives et complètes, parfois même logiques, lorsqu'on imagine un monde dangereux et imprévisible, où un style de vie "rapide et furieux"

**Psychopathologie parentale**

Les études familiales montrent que les taux de diagnostic/traits du TPL sont 4 à 20 fois plus élevés chez les parents au premier degré de patients atteints de TPL que dans la population générale [4], tandis que les études de jumeaux indiquent des estimations d'héritabilité allant de 42 % (traits du TPL) à 69 % (critères complets du TPL), ce qui signifie une forte prédisposition biologique. Aucune variante génétique spécifique ni aucun mécanisme biologique n'a été exclusivement associé au TPL ; cependant, selon le modèle classique stress-diathèse, il a été suggéré que son apparition dépend de la combinaison d'un bagage génétique vulnérable et de facteurs environnementaux défavorables pendant l'enfance. Les anomalies de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, les différents mécanismes de neurotransmission, le système opioïde endogène et la neuroplasticité sont parmi les systèmes biologiques impliqués dans la pathogenèse du TPL qui semblent particulièrement affectés par le stress chronique dans l'enfance.

La dépression maternelle et les antécédents maternels de traumatisme sont des facteurs indépendants fortement associés à des taux accrus d'attachement insécure chez les enfants, les enfants de mères dépressives étant plus à risque de souffrir de troubles d'internalisation.

Des études soulignent l'impact de la psychopathologie des parents dans leurs approches parentales. Trois études longitudinales avec de grands échantillons communautaires ont souligné le rôle important de la psychopathologie des parents, en particulier le TPL maternel, comme précurseur du TPL chez les enfants et les adolescents. toutes les formes de psychopathologie maternelle, y compris le trouble dépressif majeur, l'anxiété, le BPD, et des formes particulières de psychopathologie paternelle, y compris l'anxiété, les troubles liés à la consommation de substances et le trouble de la personnalité antisociale, étaient associées à des niveaux plus élevés de symptômes de BPD du proband. Les parents souffrant de troubles de la personnalité peuvent avoir des difficultés à exprimer des réponses empathiques appropriées, des difficultés à maintenir un environnement stable, à gérer les conflits interpersonnels, et à s'engager dans des compétences parentales [38]. En particulier, le TPL chez les mères a été associé à une sensibilité, une reconnaissance des émotions et une satisfaction parentale plus faibles, ainsi qu'à des niveaux plus élevés d'intrusion, de surprotection, d'hostilité et de détresse parentale, en comparaison avec des mères souffrant de troubles dépressifs, d'autres troubles de la personnalité et de témoins sains.

**Facteurs de protection**

Les caractéristiques individuelles, notamment une intelligence supérieure, de meilleures capacités d'autorégulation, une haute estime de soi et des compétences prosociales adéquates, ainsi que les influences familiales, telles que le soutien familial et la chaleur parentale, sont associées à de meilleurs résultats face à l'adversité. Les relations positives, y compris les relations avec les parents, les frères et sœurs et les amis ; (2) la réussite, y compris la compétence à l'école, au travail et dans les sports ; et (3) les facteurs de protection des parents, y compris leur relation étroite avec la famille et les amis et leur dossier professionnel. Les résultats ont montré que, comparés aux adolescents atteints de TPL, les adolescents en bonne santé psychiatrique étaient significativement plus susceptibles d'approuver seulement 4 des 18 facteurs de protection, à savoir la pratique d'un sport, la participation à un rôle de leader, la participation aux responsabilités ménagères et le fait d'avoir un parent qui a des activités de loisirs. Le deuxième résultat principal est que, par rapport aux adultes atteints de TPL, les adolescents atteints de TPL étaient significativement plus susceptibles d'approuver seulement 5 des 18 facteurs de protection. Il s'agissait de facteurs liés à la compétence individuelle (c'est-à-dire avoir de bons résultats scolaires, participer aux responsabilités ménagères) et aux relations (c'est-à-dire avoir une relation positive avec un parent).

**Interventions précoces/préventives probables**

Étant donné les études longitudinales convaincantes qui montrent que l'attachement insécurisant du nourrisson et de l'enfant est associé à une psychopathologie ultérieure, les interventions qui favorisent l'attachement sécurisant des enfants à leurs fournisseurs de soins, connues sous le nom d'interventions basées sur l'attachement, peuvent potentiellement contribuer à la prévention de la psychopathologie. Les interventions basées sur l'attachement proposent de prévenir la transmission d'un attachement insécurisant et/ou désorganisé du parent à l'enfant de l'une des deux manières suivantes : par une psychothérapie individuelle avec la mère ou par une psychothérapie avec la dyade mère-nourrisson (ou petit enfant). Les interventions conçues avec le parent comme patient principal visent à fournir des expériences d'attachement " correctives " par le biais d'interactions et d'expériences avec le thérapeute. Il existe plusieurs exemples de ce type de psychothérapie de la relation parent-enfant, notamment Watch, Wait and Wonder, Preschooler-Parent Psychotherapy et Circle of Security.

La thérapie basée sur la mentalisation est une autre thérapie fondée sur des données probantes qui a été développée à partir du modèle basé sur l'attachement, le principe sous-jacent étant qu'un attachement déficient est lié à une déficience de la mentalisation. Cependant, l'utilité de ces interventions, lorsqu'elles sont proposées seules aux mères atteintes de TPL et à leurs enfants, sans psychoéducation ni formation aux compétences parentales, est limitée.

Plusieurs des principes directeurs de la psychoéducation familiale, y compris la formation de réseaux de soutien avec d'autres personnes dans le groupe ainsi que l'apprentissage de la personne ciblée (étapes du développement de l'enfant), seront pertinents pour une intervention parent-enfant pour les mères ayant un TPL.

Une autre approche empirique est l'entraînement des compétences familiales en multigroupe dans le cadre d'une thérapie comportementale dialectique pour les adolescents. Les autres cibles importantes de l'intervention pour cette population seront d'aider les mères à établir des routines pour elles-mêmes et leur enfant, de faciliter les compétences pour promouvoir la cohérence dans la chaleur et la nurturance et les compétences parentales basées sur la pleine conscience. Le renforcement des facteurs de protection des enfants avant et pendant le traitement de la maltraitance peut réduire la détresse liée au traumatisme après l'exposition à l'adversité. L'application de la résilience reste un autre domaine potentiel qui nécessite des recherches supplémentaires.

**Conclusions**

Avec l'augmentation du nombre de publications décrivant l'impact de l'adversité de l'enfance sur les conditions physiques et psychopathologiques à long terme, y compris le TPL, la demande d'identification et d'intervention précoces a augmenté plus que jamais. Cette revue met en évidence les prédispositions biologiques et psychosociales qui peuvent conduire au développement du TPL, en mettant l'accent sur le rôle des parents. Avec une meilleure compréhension des mécanismes de causalité et des progrès dans la compréhension des facteurs de protection, un changement d'orientation vers des interventions précoces semble être la direction qui nécessite plus d'attention.

**Dr Hicham Laaraj**

**Service de psychiatrie**

**CHU Souss Massa**

**Juillet 2022**