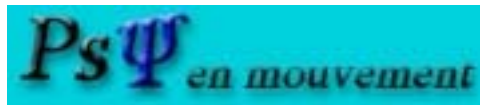


« Tentatives de suicide et automutilation chez les Personnes Borderline »

Par Pierre Nantas

Psychothérapeute

Président de l' AForPEL : Association pour la Formation et Promotion de l'Etat Limite
(trouble borderline)



Trouble Borderline – article n° 06052008

Existe t'il des liens entre automutilations et suicide chez les patients souffrant de du trouble de la personnalité borderline (PB) et quelles sont les approches thérapeutiques les plus adaptées ? *

La Personnalité Borderline (PB) pose un problème important de Santé Publique en termes d'utilisation de ressources médicales et de mortalité. C'est en effet le plus fréquent des troubles de la personnalité observés en Psychiatrie. Les statistiques indiquent que le trouble de la personnalité BL constitue 11 à 15 % des patients suivis en ambulatoire et 15 à 50 % des patients hospitalisés. La personne BL est aussi celle qui est le plus à risque suicidaire : 10 % de suicides, de survenue, le plus souvent tardive.

Le 5ème critère diagnostique de la PB décrit dans le DSM IV-TR englobe « des menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportements automutilatoires répétés». Pourtant ces deux comportements (gestes suicidaires, automutilations) ne sont pas identiques sur le plan de l'intentionnalité suicidaire et différent selon les patients : Alors que pour certains patients, les automutilations constituent des facteurs de protection contre le suicide, pour d'autres, au contraire, l'automutilation constitue un facteur de risque suicidaire qu'il ne faut surtout pas négliger tant il est vrai que les personnes expriment souvent à travers ce geste pulsionnel un réel désespoir en même temps qu'elles en sous-estiment les conséquences.

L'automutilation est une blessure intentionnelle que le sujet inflige à une partie de son propre corps sans intention apparente de mourir alors que le suicide (du latin sut cadere, se tuer soi-même) est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie.

Le comportement automutilateur est souvent associé à de nombreux troubles mentaux (retard mental, schizophrénie, troubles de la personnalité et tout particulièrement la personnalité borderline) ; il n'en est pas de même pour le suicide. Confronté à une TS, le praticien doit être particulièrement attentif aux informations recueillies lors de l'anamnèse. La sortie prématurée d'un service de psychiatrie, des

antécédents d'abus sexuel dans l'enfance sont quelques uns de principaux facteurs de risque de suicide. Des antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide (parents, grands parents) doivent également être considérés comme des facteurs de risque. Il faut aussi prendre en compte des éléments sociodémographiques (niveau d'éducation élevé) ou des caractéristiques cliniques telles qu'une co-morbidité avec un autre trouble de l'axe 1 du DSM IV-R (abus de substance ou troubles de l'humeur) constituent des facteurs de suicide réels.

La tentative de suicide d'une personne borderline multiplie par 40 le risque ultérieur d'un décès par suicide. Avec une fréquence 5% à 10 %, (40 à 85% font au moins une TS) les personnes borderline représentent un risque suicidaire 400 fois plus élevé que la population générale. Ces tentatives de suicide sont d'autant plus préoccupantes pour le thérapeute qu'elles présentent aussi des caractéristiques similaires aux automutilations au vu de leur précocité d'apparition (selon des études récentes, 12 % des TS débutent entre 6 et 12 ans) et de leur caractère répétitif (44 % des patients font plus que 5 TS au cours de leur vie).

Il est important de préciser que malgré la comorbidité importante avec les troubles de l'humeur, beaucoup de comportements suicidaires chez les sujets borderline surviennent en dehors de tout contexte dépressif. Des études ont montré (Gunderson et coll. 2001) que des modifications neurobiologiques (la diminution de la concentration du 5-H1AA dans le liquide cébrospinal est associée avec les comportements suicidaires. Une faible augmentation de prolactine en réponse à la fenfluramine (agent qui stimule la libération de sérotonine et bloque sa recapture) serait corrélée avec une histoire de TS chez ces patients.

La prise en charge des patients borderline avec conduites suicidaires ou automutilantes doit impérativement faire l'objet d'une parfaite coordination entre le médecin traitant, le psychiatre et le psychothérapeute. Le psychothérapeute conduira une psychothérapie de type psychodynamique ou comportementale dialectique (TCD) en pleine concertation avec le psychiatre qui pourra décider et ajuster tout au long de la thérapie un traitement pharmacologique adapté.

* Tous les points évoqués ci-dessus seront abordés au cour du 2ème colloque de l'AFORPEL qui se tiendra le 21 juin prochain à Paris. Programme et formulaires d'inscription sur le site www.aforpel.org, rubrique Colloques.