
***Trouble de personnalité borderline**

***Co-morbidité avec autres troubles psychiatriques/
trouble distinct / actualités**

Cycle de conférences GEM - BIPOLE31

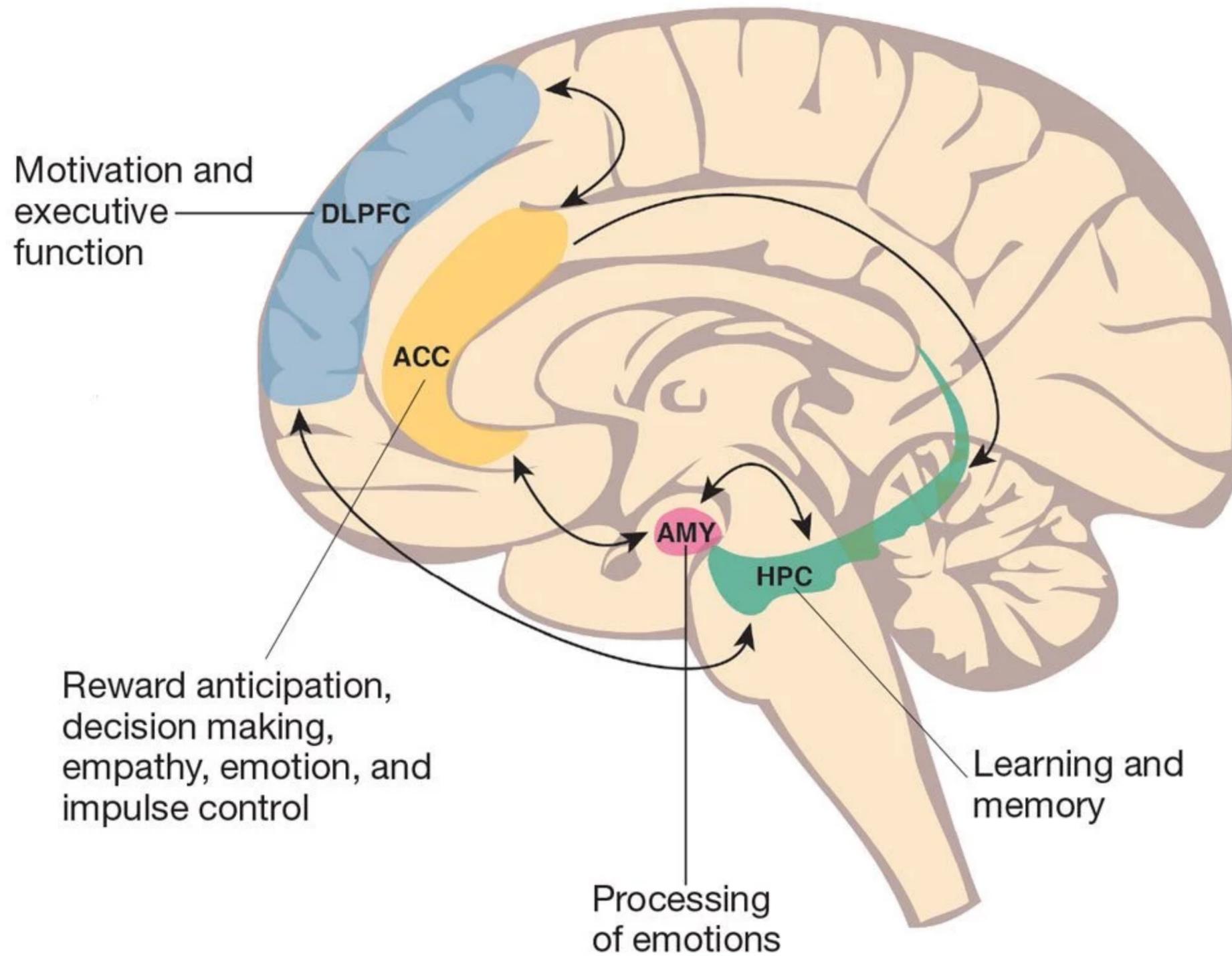
*Trouble de personnalité limite : Borderline //DSM-V

- Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects
- Avec instabilité marquée
- Présent au début de l'âge adulte



- * Modalité durable de l'expérience vécue (Incapacité à développer un sentiment d'identité)
- * et des conduites (adaptation)
- * qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu (contextuel)
- * Altérant au moins deux des champs suivants:
 - * Cognition,
 - * Affectivité,
 - * fonctionnement interpersonnel,
 - * contrôle de l'impulsivité

Figure 1. Corticolimbic system



DLPFC, dorsolateral prefrontal cortex; ACC, anterior cingulate cortex; AMY, amygdala; HPC, hippocampus.

Physiopathologie

- Facteurs génétiques et biologiques

- RR majoré si antécédents familiaux, fonctionnement du système limbique
- Genetic risk factor for borderline personality disorder: a meta-analysis 2021)
- Neurobiological underpinnings of borderline personality disorder, current psychiatry reports 2021

- Dysrégulation émotionnelle

- Implication de dysfonctionnements de neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine)
- Emotional dysregulation and borderline personality disorder: a systematic review 2023
- Neurotransmitters systems in borderline personality disorder: a review 2023

- Facteurs environnementaux

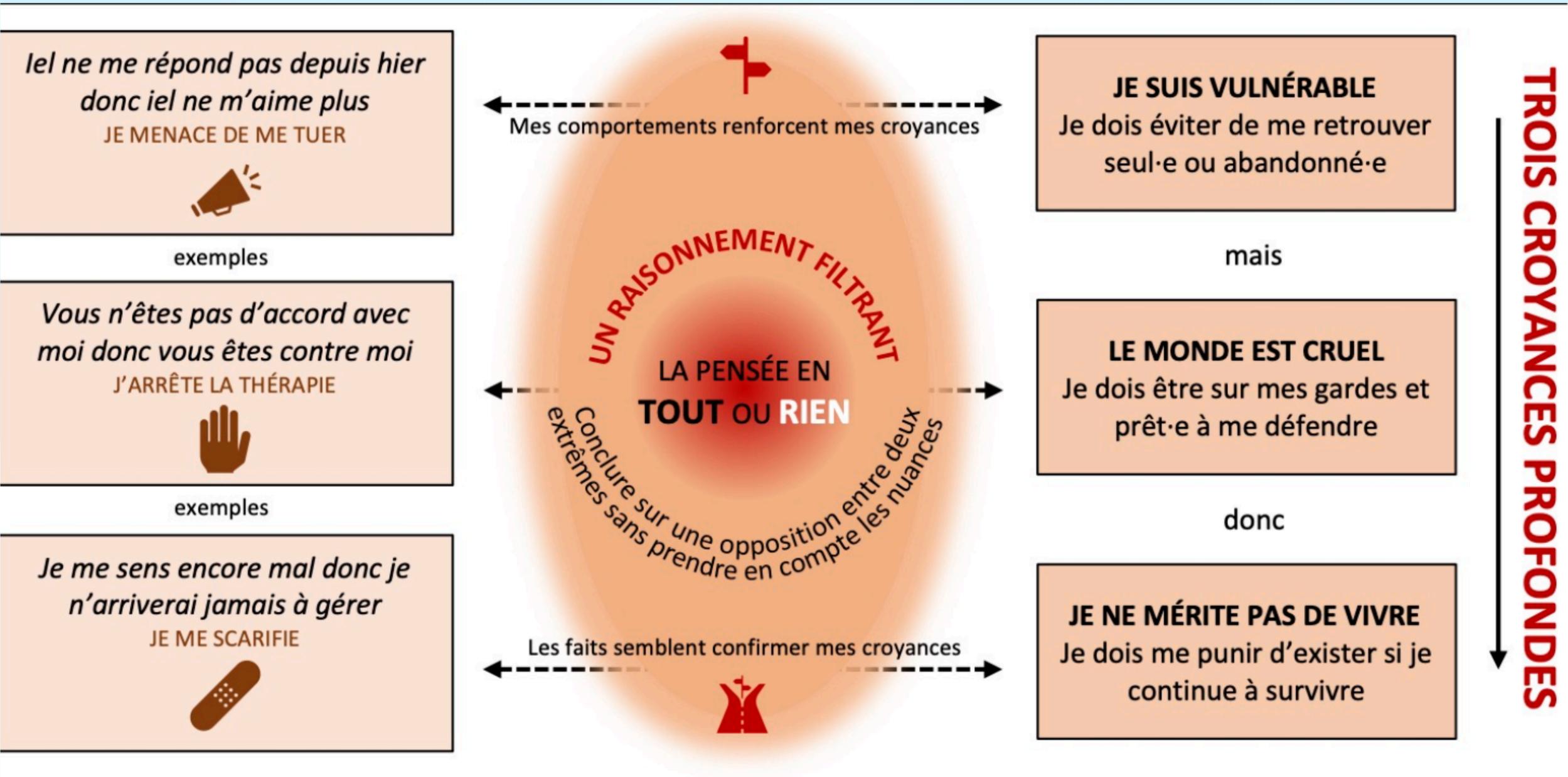
- Traumas précoces et expériences émotionnelles interviennent dans le développement du BPD
- Childhood trauma and its impact on borderline personality disorder 2022
- The role of parenting interactions in the development of borderline personality disorder 2023

- Modèles cognitifs

- Schémas de pensées et croyances dysfonctionnelles
- CBT for BPD: a review of effectiveness, 2021
- Self-image dysregulation in BPD: current perspectives, 2023

- Interactions relationnelles

- Attachement inséure
- Attachment styles and BPD: revisiting the relationship, 2022
- Interpersonal aspects of BPD: the role of relationships, 2023



Instabilité émotionnelle

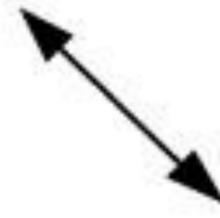
- Instabilité de l'humeur
- Émotions fluctuantes
- Instabilité affective
- Colères intenses
- Sentiments chroniques de vide

Instabilité cognitive

- Capacité d'anticipation réduite
- Instabilité de l'image de soi
- Idéalisation / Dévalorisation
- Idéations persécutives
- Symptômes dissociatifs
- Crainte massive des abandons

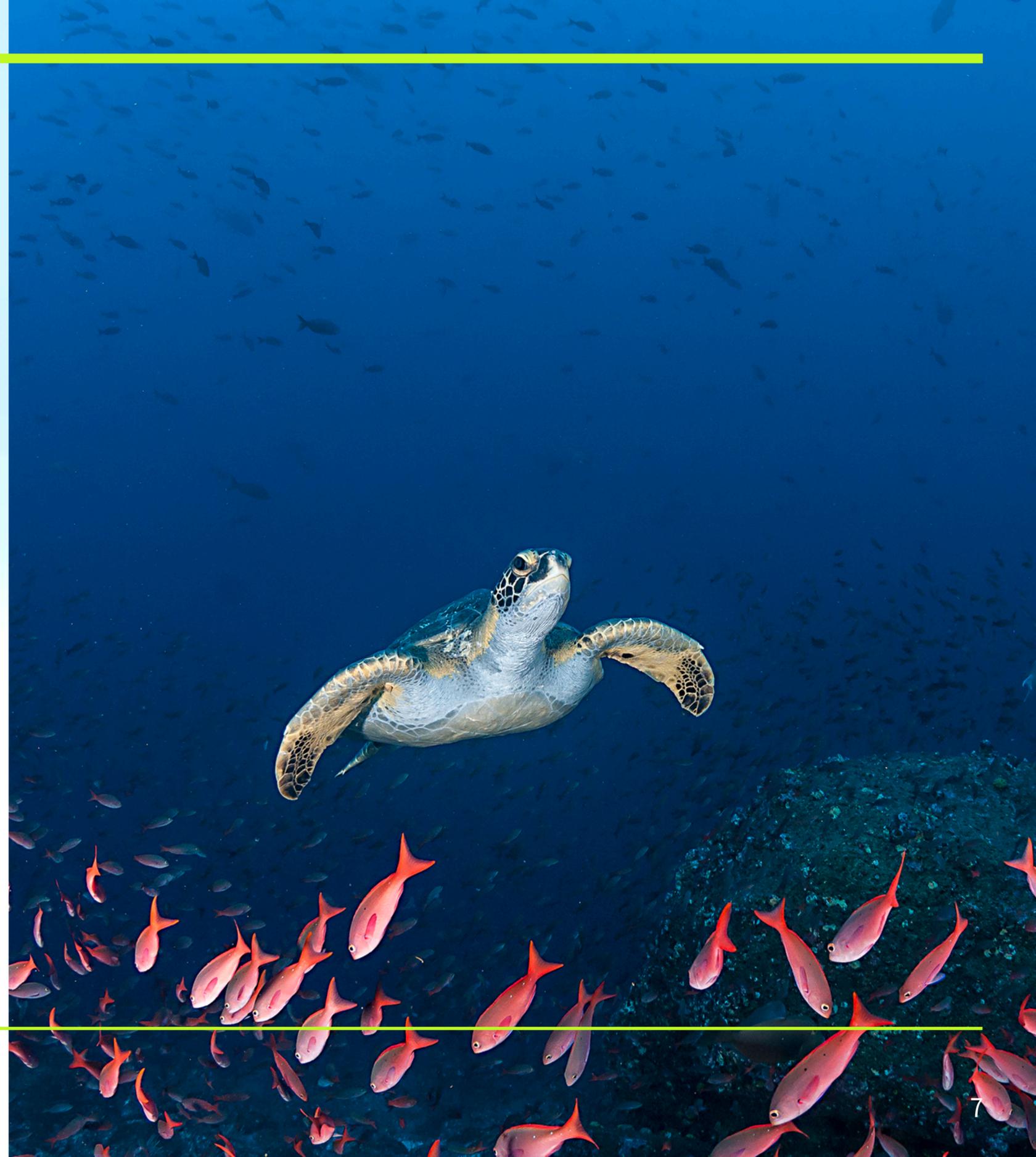
Instabilité comportementale

- Relations instables
- Mode général d'impulsivité
- Conduites suicidaires
- Difficultés à contrôler la colère
- Accès de violence



Points cliniques

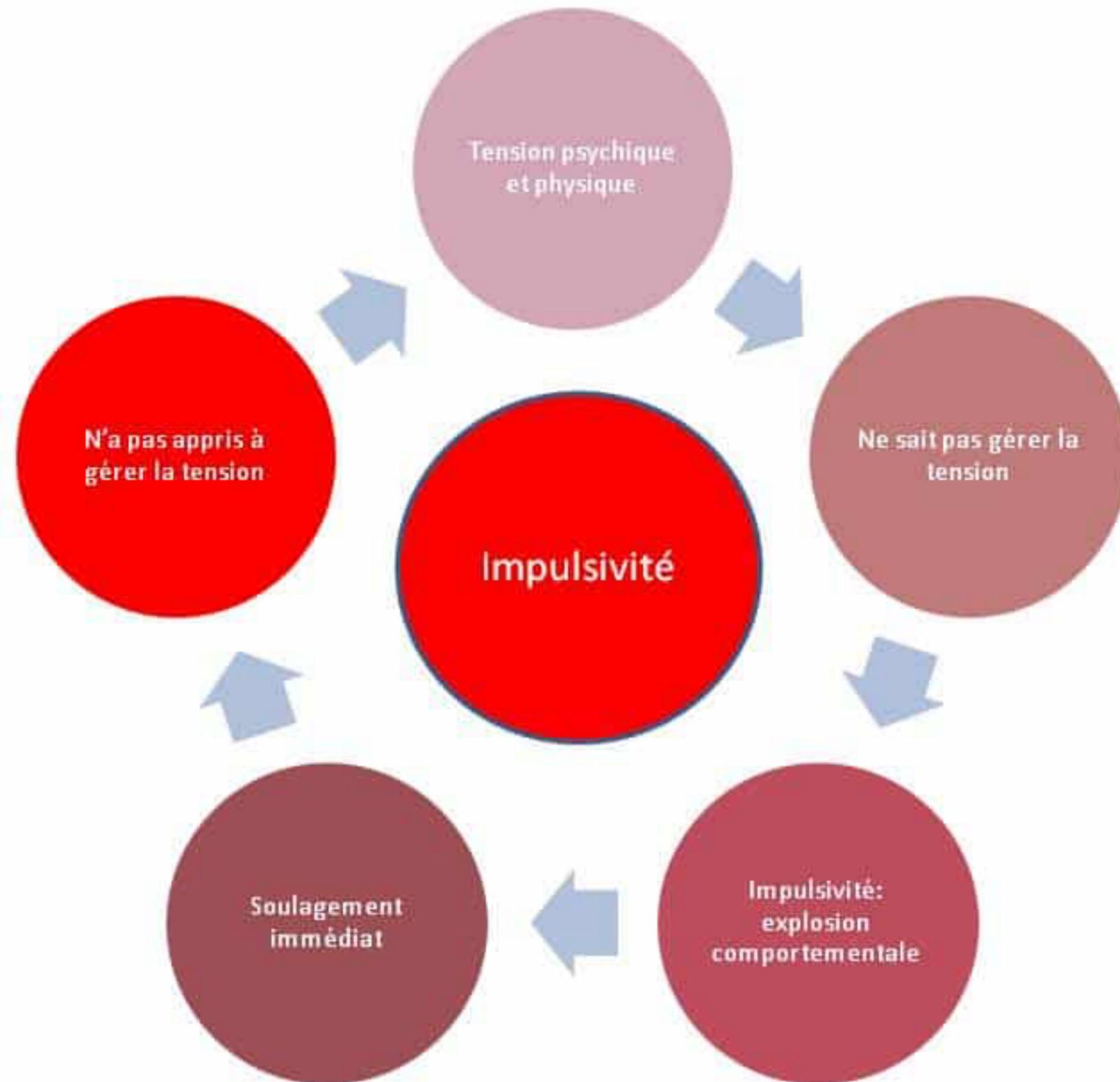
DR JOB NICOLAS 26/02/2025



*Impulsivité

- Trouble de l'inhibition
- dimension commune à plusieurs troubles dont BD, TDA, TPL
- plus intense et constante du trouble TPL
 - gestes suicidaires et automutilation.
- Chez les bipolaires l'impulsivité serait plus volontiers épisodique et corrélée à l'altération de l'humeur.
- Association au déficit attentionnel dans le TDA+H

Ruocco, A. C., & McKinney, A. G. (2023). "Impulsivity as a core feature of borderline personality disorder: A meta-analytic review." *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(2), 155-166.



*instabilité émotionnelle

- Changement entre tristesse et exaltation-joie,
- Oscillation plus rapide et à « l'emporte-pièce » pour TPB
- Changement entre les pôles D & (hypo)M ou spécification irritable d'une phase pour BD

Choi, K. H., & Coyle, J. (2024). "Emotional instability in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Affective Disorders*, 341, 327-335

- Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder, Reich and al; *Comprehensive Psychiatry* 2011, 05 30)
- Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients and control; Nilsson AKK & al, *Comprehensive psychiatry*, (2010)51, 486-491
- D Giacomo E & al, distinguishing between borderline personality disorder and bipolar disorder. *J.Clin Psychiatry*. 2018; 79(2): 17r11919

*oscillation de l'humeur

- Bascules rapides
- Critères de durée non remplis pour BD
- Pb de la cyclothymie
- Pb des cycles rapides
- La dimension hyperthymique

* Intérêt des référentiels pour l'identification

* Outils (diagramme de l'humeur)

- * De la Rosa I & al. Determining il borderline personality disorder and bipolar disorder are alternative expressions of the same disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J. Clin Psycchiatry. 2017;78(8):e994-999
- * Ghaemi SN & al. Confusing borderline personality with severe bipolar illness. Acta Psychiatr Scand.2015;132(4):281-282
- * Mackinnon DF & al. Affective instability as rapid cycling: theorical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. Bipolar Disorder.2006;8(1):1-14



Distinguer Ou associer

- Trouver le ou les problèmes associés pour une PEC adaptée

*BD1//DSM-V



- Critères temporel
 - 1 semaine
- et d'intensité
 - H
 - >3 critères B /7
 - C: altération marquée du fonctionnement

- * Trouble bipolaire de type I
- * caractérisé par l'alternance entre des épisodes de manie et de dépression majeure
- * un seul épisode maniaque (ou plus) est nécessaire.
- * Induction d'un épisode maniaque par un traitement (AD ou ECT) qui perdure au-delà de l'effet attendu pour ce traitement est reconnu comme une évidence suffisante

*BD2 // DSM-V



- Trouble bipolaire de type 2:
 - Épisodes Hypomaniaque ET dépressif caractérisés
 - Jamais de manie
 - Mixte? >caractéristique possible manie comme dépression
- * Hypomanie:
 - * 4 jours minimum
 - * EDC:
 - * Au moins deux semaines
 - * 5 critères sur 9

*Cyclothymie //DSM-V

- Pendant au moins 2 ans
- Critères BD1 ou 2 non atteints
- Pas deux mois consécutifs sans symptomatologie thymique, 50% du temps symptomatique
- Association au TDA(H)+++
 - Formes compensées non diagnostiquées enfant le plus souvent
 - Femmes

** Goupil
ou face*



TDA+-H

- Triade inattention/impulsivité/hyperactivité motrice décrite dès le 17eme
- TDA avec ou sans hyperactivité DSM5, 5%des jeunes et 2% environ des adultes
- Diagnostic clinique, difficultés des formes compensées/ non diagnostiquées dans l'enfance, avec co-morbidités plus élevées (F>H)
- >trouble de l'inhibition et des fonctions exécutives et cérébrales supérieures, avec démarrage précoce (avant 12ans)
- >importance de l'apport de tiers pouvant témoigner du fonctionnement enfant
- >>association est fréquente, avec majoration de l'inadaptation aux exigences du travail, plus de conflits, moins d'autonomie (planification, résolution de pb etc), plus de troubles du sommeil, d'addictions etc
- >>50 à 75% des TDA-H ont 1 TP dont 38 à 68% cluster B (BPD et AS)
- >>zones cérébrales dysfonctionnelles préfrontales (hyperfonctionnement CCingA, hyperfonctionnement CCingP etc), striatum, dysrégulation des catécholamines dont dopamine et noradrenaline
- Attention deficit /hyperactivity disorder in adults with BPD: a controlled study of the relationship, 2020
- The relationship between AD/HD and BPD: a meta-analysis, 2019
- The relationship between personality psychopathology and neurodevelopmental disorders: implication for personality assesment, 2021
- Neurodevelopmental disorders and trait dysregulation: understanding continuous dimensions in personality disorders, 2019

Troubles du comportement alimentaire

- Association élevée entre TCA et TPL, et entre TPL et TCA
- Boulimie à poids conservé et anorexie-boulimie > binge eating disorder ou comportement restrictif seul
- Facteurs de risques communs (traumas++), complication/cicatrice l'un de l'autre
- Intrication (spectre) et pathoplastie (étiologies propres mais interactions qui ont une incidence sur pr »sensation et devenir de chaque trouble)
- Recherche d'auto-apaisement ou de soulagement Vs comportements auto-agressifs/destructeurs, dimension de régulation émotionnelle > hiérarchisation des symptômes cibles
- Cf thèse du Dr Pham-Scottez (maison de Solenn paris6)

Des comorbidités nombreuses

- PTSD
- Troubles anxieux
- TDA(H)
- TCA
- Troubles du sommeil
- Conduites addictives
- EPB
- EDC...
- Et des modalités de fonctionnement complexifiant l'inscription dans le soin: ambivalence, pensée dichotomique, modalités du fonctionnement interpersonnel et faible estime de soi etc

Biskin, R. S. (2021). "The interplay of borderline personality disorder and mood disorders." *Journal of Personality Disorders*, 35(6), 907-921.

Duarte, D., et al. (2022). "Co-occurring substance use disorders in patients with borderline personality disorder: A review." *Substance Use & Misuse*, 57(1), 1-8.

Schmidt, U., et al. (2023). "Understanding the links between borderline personality disorder and anxiety disorders: A systematic review." *BMC Psychiatry*, 23, Article 19.

Zanarini, M. C., et al. (2018). "The Role of Comorbid Disorders in the Psychopathology of Borderline Personality Disorder." *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 563-573

Lee, R. S., et al. (2020). "Comorbidity and its impact on the functioning of individuals with borderline personality disorder." *Psychological Medicine*, 50(3), 381-390.

*Si association?

- {4-20%}... 10% TPB avec BD
 - BD2: 20% TPB comorbidité
 - BD1: 10% TBP comorbidité
- TDA (H): de 20 à 30% du TDAH chez les patients souffrant de TPB.
 - Kernberg et al. (2021), qui mentionnent des taux pouvant aller jusqu'à 50% de co-morbidité
 - Bhar et al. (2019)
- Majoration du risque de recours à l'acte
- Majoration du risque d'hospitalisation
- Majoration des traitements médicamenteux

Baldessarini, R. J., et al. (2019). "Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Current evidence and future directions." *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(1), 71-85

Steinberg, K., et al. (2020). "Effectiveness of pharmacological treatments in comorbid borderline personality disorder and depression: A systematic review." *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), 20r13294.

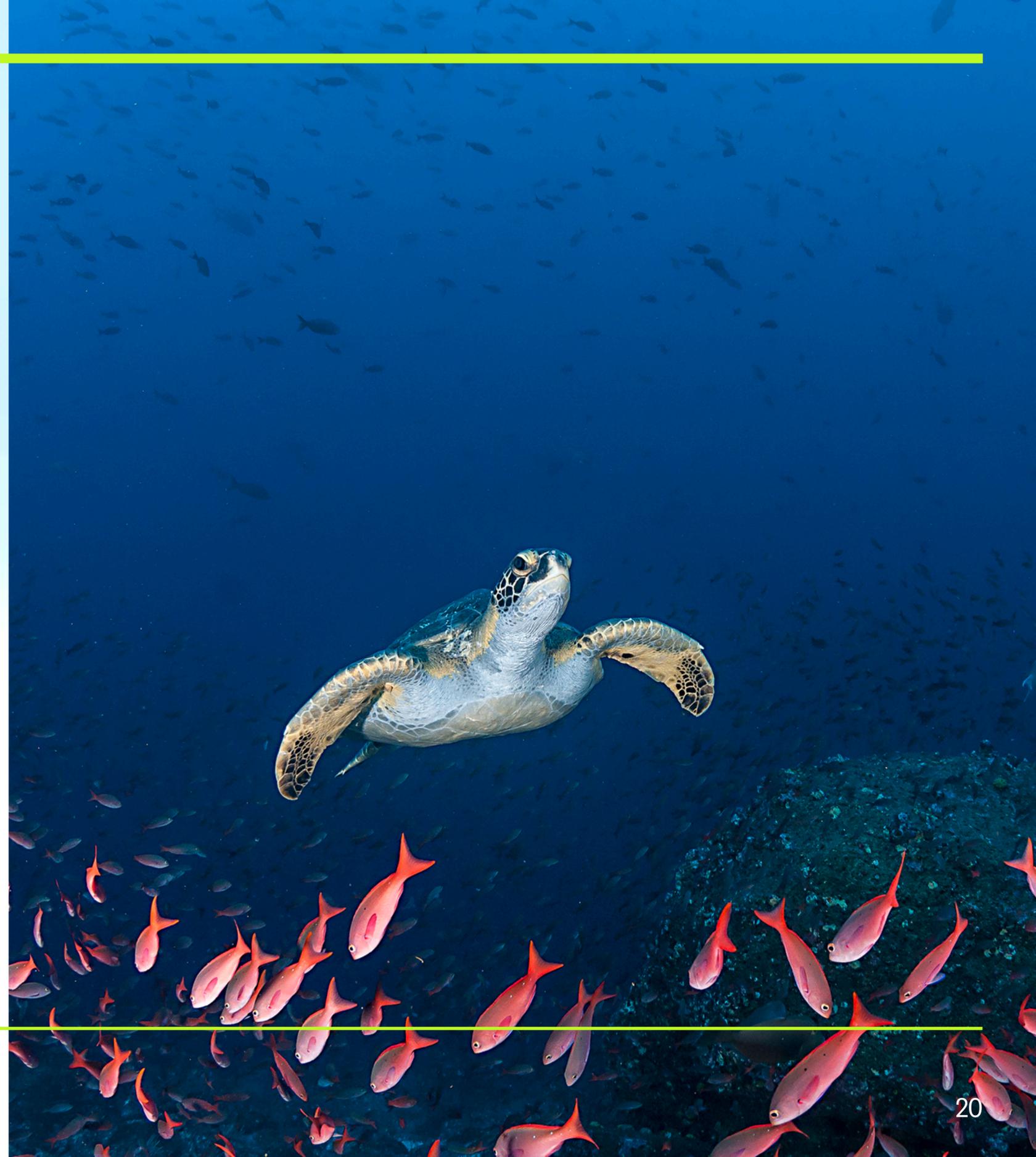
Davison, K., et al. (2022). "Pharmacological strategies for treating borderline personality disorder: A narrative review of current evidence." *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 831368

Regan, T., & Wray, T. (2021). "Medications for individuals with borderline personality disorder: A comprehensive review." *Psychological Medicine*, 51(2), 233-242.

Soler, J., et al. (2023). "The impact of medication on impulsivity and emotional dysregulation in comorbid borderline personality disorder." *Journal of Affective Disorders*, 317, 249-256.

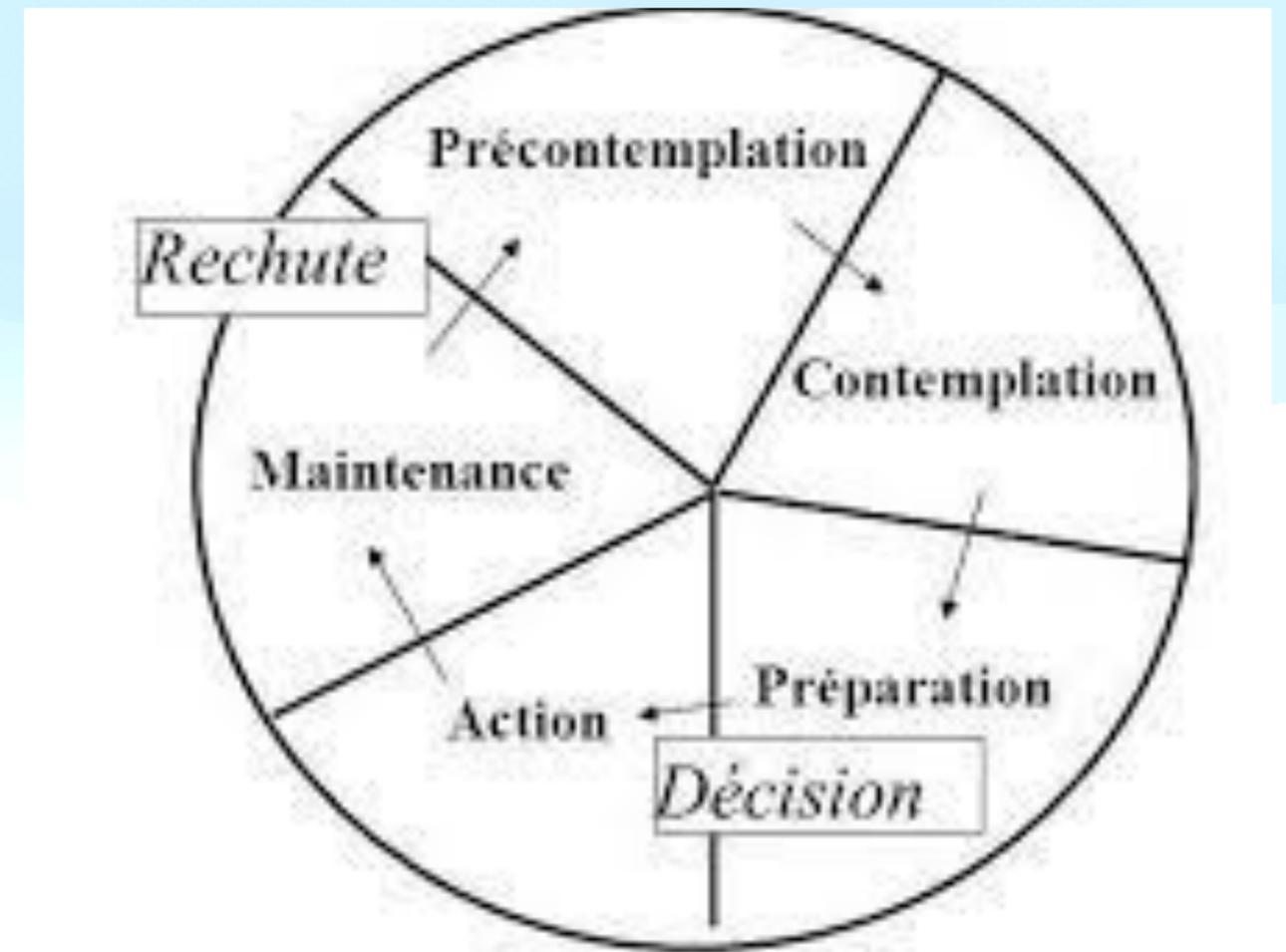
PEC

DR JOB NICOLAS 26/06/2025



Le lent processus du changement...

- Attentes modestes et accessibles
- Travail sur l'environnement relationnel (calme, planning et routine, temps pour soi)
- Gestion des crises: apprentissage, construction de modèles/plans
- Aborder les problèmes, coopération
- Fixer ses limites/ le cadre clair sans être rigide



MacLean Screening Instrument for BPD

1. Have any of your closest relationships been troubled by a lot of arguments or repeated breakups? Yes___No___
2. Have you deliberately hurt yourself physically (e.g., punched yourself, cut yourself, burned yourself)? How about made a suicide attempt? Yes___No___
3. Have you had at least two other problems with impulsivity (e.g., eating binges and spending sprees, drinking too much and verbal outbursts)? Yes___No___
4. Have you been extremely moody? Yes___No___
5. Have you felt very angry a lot of the time? How about often acted in an angry or sarcastic manner? Yes___No___
6. Have you often been distrustful of other people? Yes___No___
7. Have you frequently felt unreal or as if things around you were unreal? Yes___No___
8. Have you chronically felt empty? Yes___No___
9. Have you often felt that you had no idea of who you are or that you have no identity? Yes___No___
10. Have you made desperate efforts to avoid feeling abandoned or being abandoned (e.g., repeatedly called someone to reassure yourself that he or she still cared, begged them not to leave you, clung to them physically)? Yes___No___

Sécuriser mon milieu, mon environnement:

Repérer les signes précurseurs de crise, identifier les facteurs précipitants:

Qu'est ce qui marche d'habitude pour apaiser (même un tout petit peu):

-
-
-

Mes soutiens personnels: (noms et numéros) +/- dispos

-ami.e.s

-membres de la famille:

-autre.s: 3114

Professionnels:

Psychothérapeute

Psychiatre

Généraliste

Centre de crise et d'urgence:

Urgences psychiatriques

Clinique

*Thérapeutiques du trouble de personnalité limite

- Psychothérapie (DBT, ACT, schema based thérapy, centrée sur les troubles de l'attachement...)
 - Plateforme borderlink Purpan
- Thérapeutiques:
 - pas de traitement réduisant l'intensité du trouble démontré, méta-analyse Cochrane 2022
 - À l'étude: médicaments modulateurs du glutamate, en particulier le sous-type N-méthyl-D-aspartate (NMDA), kétamine/esketamine, Nacetylcystéine, D cycloserine etc
 - traitement symptomatique et des comorbidités, limitation par la balance bénéfice-risque, évitement tant que possible des BZP et somnifères (effets paradoxaux plus fréquents) (benzodiazepine use in patients with BPD, 2020)
 - ISRS (Furukawa, lancet 2021)
 - AP2 (the role of atypical antipsychotics in the treatment of BPD, curent psychiatry reports 2021)
 - thymorégulateurs (pharmacological treatment of BPD: an evidence based review, journal of clinical psychiatry, 2022)
 - O3FA
 - Methylphenidate si TDA associé



Thérapie dialectique et comportementale

DBT : approche thérapeutique développée par la psychologue Marsha Linehan, spécifiquement pour TPL

combine des éléments de thérapie comportementale, de thérapie cognitive et de concepts de pleine conscience, nécessite un travail institutionnel/ en équipe

Objectifs de la DBT:

1. **Régulation émotionnelle** : mieux comprendre et gérer ses émotions intenses. Passer du vide au ressenti émotionnel identifié dans l'instant.
2. **Interpersonnel/reasons** : Enseigner des compétences pour communiquer efficacement et établir des relations saines.
3. **Sensibilité/intensité émotionnelle**: apprentissage d'une tolérance à la détresse : Fournir des techniques pour faire face à la souffrance émotionnelle sans recourir à des comportements autodestructeurs. Passer l'absence de contrôle au contrôle de son / ses comportements.
4. **Confiance en soi** : Aider le patient à développer une image de soi plus positive et à renforcer son estime de soi. Quitter l'incomplétude pour une vie saine et structurée.

En individuel (hebdo)

En groupes de compétences : acquérir des compétence de communication et de savoir faire et savoir être en groupe /interaction

- Mindfulness : Techniques pour améliorer la conscience de soi et la présence dans l'instant.
- Régulation émotionnelle : Stratégies pour identifier et gérer ses émotions.
- Tolérance à la détresse : Outils pour faire face à des situations douloureuses sans agir de manière impulsive.
- Efficacité interpersonnelle : Compétences pour mieux communiquer, exprimer ses besoins et établir des limites saines.

Bilans réguliers en équipe et supervision

Validation, technique de renforcement positif sans jugement et sécurisant

Détection précoce et outils standardisés

Bozzatello,P.;Garbarini,C.; Rocca, P.; Bellino, S. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics* 2021, 11,2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>

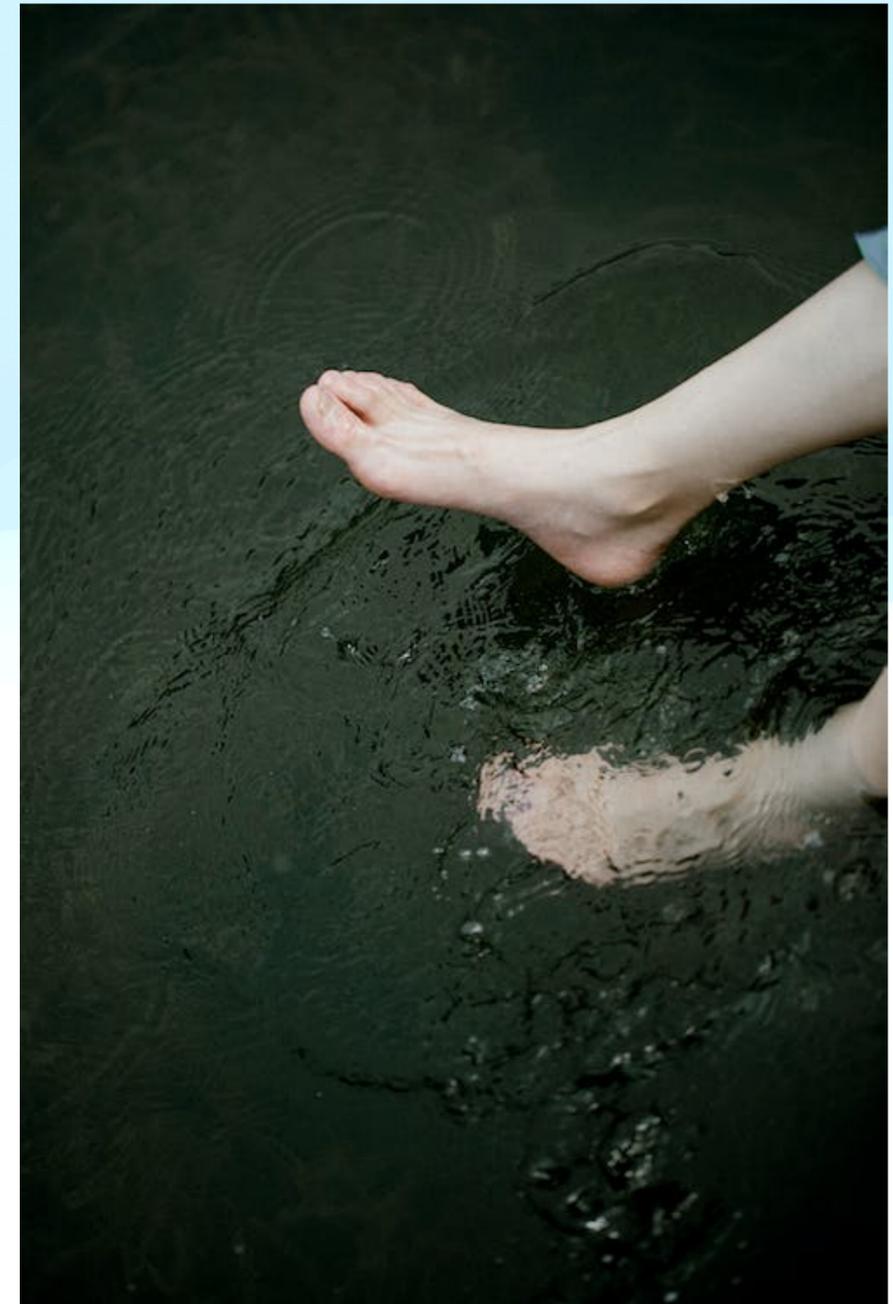
- De l'intérêt de la détection précoce (facteurs environnementaux, familiaux, traumatiques, génétiques et neuro biologiques), de la prise en charge dans l'enfance et l'adolescence de manifestations dites à haut risque
- De l'intérêt des tests psychométriques (ZAN BPD, BPD SI IV) ou d'échelles d'auto évaluation associées, en aide au diagnostic comme pour le suivi et l'évolution (accentuer les points clés, l'impulsivité, le sentiment chronique de vide, les problématiques interpersonnelles etc)
- Élaborer des plans de sécurité (p/risque suicidaire) ou de crise: [eMentalHeath.ca](https://www.eMentalHeath.ca)
- Groupes de soutien (pairs, pour la famille et les proches) cf expériences suisses *connexions familiales*, chu Toulouse borderlink sept. 2024
- Formation des aidants (pros et proches)

Complicqué n'est pas impossible

- Considération
 - personnes uniques, qui ont objectifs, qui sont libres de faire des choix, qui méritent respect
 - Que les trajectoires sont individuelles et non reproductibles, et dynamiques
 - Que le plan de traitement doit être personnalisé,
 - que la rechute est à différencier d'un échec
 - De la légitimité de l'espoir
- Des représentations et préjugés qui enferment et renforcent négativement
- Que les proches souffrent aussi, et sont à intégrer dans la boucle (programmes de formation et soutien, sessions de DBT avec proches, mindfulness et gestion du stress etc)
- >UNAFAM, connexions familiales <https://proches-borderline.org/>, AFORPEL

*Ce qui aide

- *Méditation de pleine conscience
 - *Pratique d'une activité physique régulière (aérobie)
 - *Planning avec temps de pause et de socialisation
 - *Gestion des émotions (chant, théâtre d'improvisation, arts martiaux) avec alternance décharge puis retour au calme
 - *Préserver les liens affectifs et travail de réassurance
 - *Nutrition (O3, vitD)
- *éviction de ce qui n'aide pas:
toxiques, excitants, décalage des rythmes veille/
sommeil (écrans), certaines relations...



Pour ceux qui accompagnent

- Éduquer sur le TPB
- re-connaissance et gestion de ses propres émotions
- Fiabilité et disponibilité
- Manifestation empathie
- Accepter la remise en question, clarification des positions/décisions
- Travail de la nuance, de la distance et rationalité
- Outils simples (respiration; relax)
- Crise et désescalade
- Dédramatisation avec humour et espoir
- Conserver l'inscription dans le temps, jalons, jamais « rien »
- <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/troubles-de-la-personnalite>

Désescalade

- La bonne distance
- Comportement pacifiant
- Contact verbal et reformulation
- Synthétique, clair, précis
- Reconnaissance du besoin, des émotions
- Écoute active et reformulerions
- Positionnement -accord ou accepter le désaccord-
- Cadre souple et ferme (loi, limites etc)
- Donner des pistes, des choix
- Coordination (bilan avec le patient en équipe/tiers etc)

***merci**

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

Écoute professionnelle
et confidentielle
24h/24 · 7j/7
Appel gratuit

www.3114.fr





B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
2. Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
5. Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).



- A. Au moins 5 des 9 symptômes suivants doivent avoir été présents pour une durée d'au moins deux semaines; au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédent 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B.: Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.



Critères diagnostic du TPL (DSM-V)

Mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- ◆ Instabilité et excès dans le mode des relations interpersonnelles (idéalisation et de dévalorisation)
- ◆ Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour la personne
- ◆ Instabilité affective caractérisée par des changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur de base à la dépression, à l'irritabilité ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours
- ◆ Colères intenses et non appropriées ou manque de contrôle de la colère
- ◆ Menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportements répétés d'automutilation
- ◆ Perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins deux secteurs suivants: image de soi-même, orientation sexuelle, objectifs à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix de valeurs
- ◆ Sentiments permanents de vide et d'ennui
- ◆ Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- ◆ Idées paranoïdes transitoires reliées au stress ou symptômes sévères de dissociations



Dilemmes dialectiques : description

Vulnérabilité émotionnelle

Crise aiguë

- Crise chronique, réactivité, épuisement
- Geste extrême, crise suicidaire
- Difficulté à tolérer et ↓ stress

- Hypersensibilité, difficulté à gérer l'expérience émotionnelle
- Sentiment de non-contrôle de soi, non-prédiction de soi
- Insécurité, peur des attentes, peur des compliments

Passivité active

- Recherche le soulagement par l'autre
- Dépendance, impuissance et désespoir
- Gestion centrée sur les émotions, évitement

Biologique
Social

Inhibition du chagrin

- Inhiber et surcontrôler les affects négatifs
- Évitement de la douleur, inhibition de l'engagement
- Processus de deuil entravé (perdure)

Compétence apparente

- Capacités influencées par les émotions
- Capacités influencées par le contexte relationnel
- Incohérence entre le verbal et le non-verbal

Auto-invalidation

- Invalide ses expériences affectives
- Invalide ses capacités à identifier et comprendre ses émotions
- Simplifie la résolution de problème; attentes irréalistes
- ↑ haine de soi, ↓ estime de soi, auto-punition

Attitude dialectique

helene.busque@hotmail.com

Centration inébranlable

- calme au milieu du chaos
- Vision à long terme
- Capacité à tolérer la douleur du client

Soutien

- Compassion et sensibilité
- Aide au renforcement des compétences
- Transcende tous les modes de traitement

Orienter vers le changement

- Encourage et stimule le changement
- Modification et remplacement des composantes non adaptées
- Approche comportementale
- Confrontation, résolution de problèmes

Demande bienveillante

- Équilibre entre donner l'aide nécessaire et ne pas donner l'aide non nécessaire
- Reconnaît et renforce les capacités
- Responsabilise

Flexibilité bienveillante

- Capacité d'adaptation, de créativité
- Gestion du temps et des stratégies utilisées
- Redéfinition du problème

Orienter vers l'acceptation

- Acceptation de la « réalité »
- Met en valeur les éléments de sagesse en évitant de juger
- Approche humaniste et centrée sur le client
- Validation