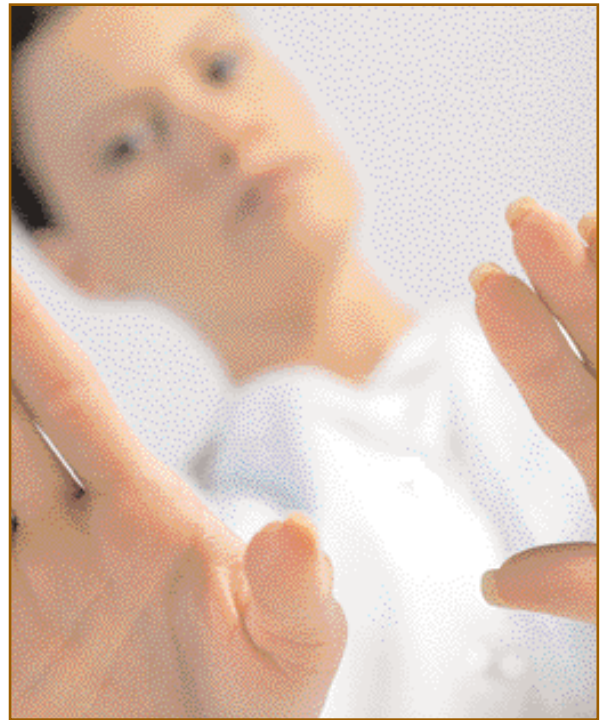


# Le trouble de la personnalité limite :

## guide de survie pour l'omnipraticien

### Deuxième partie



Comme médecin, nous sommes tous susceptibles, un jour ou l'autre, de nous sentir dépassés vis-à-vis la clientèle présentant un trouble de personnalité limite. Comment rester en relation d'aide avec ces patients qui nous en font voir de toutes les couleurs? Comment maintenir une attitude thérapeutique lorsque nous sommes envahis par la colère, l'impuissance, l'envie de les rejeter ou au contraire de les surprotéger. Dans cette deuxième partie, les auteurs traitent des nouveaux modèles thérapeutiques et des principes généraux de traitement.

Par Joanne Cyr, M.D., CSPQ, et Pierre David, M.D., CSPQ

Dans la première partie de cet article, nous vous avons exposé la psychopathogénèse du trouble de personnalité limite (TPL) dans une perspective développementale (entrave des processus d'attachement et de séparation-individuation). Nous avons mentionné que le TPL résultait de l'inter-

action de facteurs environnementaux et constitutionnels (vulnérabilité émotionnelle) ayant pour conséquence un dysfonctionnement du système de régulation des émotions, une atteinte de la capacité réflexive (mentalisation) et des *patterns* comportementaux mésadaptés. Nous verrons

**Dre Cyr** est responsable de formation clinique, Université de Montréal, et psychiatre, Hôpital L.-H. Lafontaine. Elle a une formation de psychothérapeute dans une approche existentielle-humaniste et s'intéresse particulièrement au traitement des divers troubles de la personnalité.

**Dr David** est responsable de formation clinique, Université de Montréal, et psychiatre, Hôpital L.-H. Lafontaine. Il est chef du service de l'hôpital de jour et responsable d'une équipe de soins pour les troubles de la personnalité du sous-groupe B.

# Le trouble de la personnalité limite

*En bref :*

## Le trouble de la personnalité limite : guide de survie pour l'omnipraticien : deuxième partie

### Quels sont les principes généraux de traitement?

Les principaux éléments seront l'établissement d'une alliance avec le patient et d'un cadre thérapeutique explicite. Un travail de rééducation au niveau des émotions et des cognitions nous aidera à sortir du cycle des « agirs » pour augmenter la capacité réflexive. Ainsi, le patient pourra reconnaître plus facilement ses difficultés de fonctionnement et modifier ses patrons comportementaux.

### Qu'en est-il du traitement pharmacologique?

Il n'existe pas de médication spécifique au traitement du trouble de la personnalité limite. Le plus souvent, une médication est prescrite lorsque le patient présente des symptômes graves, ou encore pour traiter des maladies associées (comorbidités). Le médecin cible alors les symptômes visés et s'assure de la collaboration et de la compréhension des attentes du patient. Par la suite, il réévalue régulièrement l'évolution clinique en poursuivant une médication seulement s'il y a une amélioration notée :

- troubles cognitifs ou perceptuels : neuroleptique à faible dose;
- impulsivité/irritabilité : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou neuroleptique à faible dose;
- instabilité affective/hostilité : ISRS ou neuroleptique à faible dose.

La prescription de benzodiazépines est généralement déconseillée en raison de la dépendance fréquemment observée chez cette clientèle vulnérable.



maintenant quelles stratégies thérapeutiques adopter envers cette clientèle afin de les aider à présenter des attitudes et des comportements mieux adaptés.

### Le cas de Madame B.

À la salle d'urgence, le docteur Sansregret reçoit

Madame B. pour la troisième fois ce mois-ci. Madame B. s'est à nouveau lacéré le poignet après une dispute avec son ami. Le docteur Sansregret, excédé par le comportement de Madame B., décide de réparer sa plaie sans anesthésie locale. De toute façon, n'avait-elle pas l'idée de se faire souffrir en s'infligeant sa blessure?

# Le trouble de la personnalité limite

## Le cas de Nathalie

Le docteur Vadeboncoeur reçoit Nathalie, une jeune femme en difficulté, pour un suivi post-partum. Il la rencontre une fois par mois. Nathalie a deux enfants en bas âge, reçoit des prestations d'aide sociale et vient de retourner vivre chez sa mère à la suite du départ de son ami. Ces derniers mois, elle sort souvent dans les bars et sa consommation d'alcool a augmenté. À l'interrogatoire, le docteur Vadeboncoeur apprend que Nathalie a récemment eu plusieurs relations sexuelles non protégées. Avec le docteur Vadeboncoeur, Nathalie se sent en confiance et comprise et lui demande à le voir plus souvent puisqu'elle se sent moins bien. Sa mère, inquiète de son état, contacte le docteur Vadeboncoeur. Elle lui apprend que Nathalie a toujours eu un caractère difficile avec de nombreuses sautes d'humeur, mais trouve que dernièrement ses crises de colère et de pleurs sont plus intenses que d'ordinaire et constate que celle-ci néglige ses enfants. Ce qui l'inquiète le plus, ce sont les propos suicidaires qu'elle tient lors de ses crises. Depuis quelques temps, elle aurait fait de vagues allusions selon lesquelles elle amènerait avec elle son dernier-né. Le docteur Vadeboncoeur, lui aussi inquiet, fait plusieurs démarches pour que Nathalie soit évaluée de façon urgente en psychiatrie.

## Les nouveaux modèles thérapeutiques

Depuis une dizaine d'années, différents modèles de traitements prometteurs sont expérimentés. On a pu mettre en évidence l'amélioration clinique de l'état de plusieurs patients gravement atteints qui ont participé à certains types de thérapies. Le groupe de Linehan à Seattle a ainsi démontré



Le patient doit arriver à percevoir son thérapeute comme une personne aidante et accepter qu'il a besoin d'aide. Il est bien important de préciser au patient que c'est un travail de collaboration que nous ferons avec lui.

qu'après un an de suivi dans un programme spécifique intégrant diverses modalités thérapeutiques (comprenant entre autres une thérapie individuelle et la participation à des groupes d'entraînement aux habiletés sociales), les comportements suicidaires et la durée moyenne des hospitalisations des patients avaient diminué.<sup>1</sup> Quelques équipes de soins spécialisés ont aussi vu le jour au Québec et

---

# Le trouble de la personnalité limite

les perspectives d'avenir sont intéressantes. Grâce à ces études et à l'expérience acquise au cours des dernières années, les principes généraux de traitement se précisent.<sup>2</sup>

## Les principes généraux de traitement

### 1. Créer une alliance avec le patient

Cette étape est fondamentale puisqu'elle fait appel à l'essence même des difficultés du patient atteint d'un TPL c'est-à-dire, l'établissement des relations interpersonnelles. Le patient doit arriver à percevoir son thérapeute comme une personne aidante et accepter qu'il a besoin d'aide. Il est bien important de préciser au patient que c'est un travail de collaboration que nous ferons avec lui.

### 2. Établir le cadre thérapeutique

En raison des difficultés des patients atteints d'un TPL à établir des relations interpersonnelles stables dont les frontières et les rôles sont souvent mal définis, il est très important que la relation thérapeutique se déroule dans un cadre bien établi. Le contrat thérapeutique doit être explicite, c'est-à-dire qu'il doit spécifier quels seront les objectifs du suivi, les outils thérapeutiques utilisés, les responsabilités de chacun et les limites de l'entente. Plusieurs personnes utilisent un contrat écrit.

Le cadre thérapeutique permettra la mise en place d'un espace de travail et aidera le clinicien à gérer son contre-transfert. Il aura aussi une fonction structurante en limitant la régression et les gains secondaires, et permettra de mettre l'accent sur la problématique du patient. Différents types de contrat pourront être établis en fonction

du lieu où se situeront les interventions cliniques. Par exemple, il est possible de rencontrer régulièrement un patient atteint d'un TPL dans une clinique externe pour des périodes fixes de temps (par exemple, 30 minutes aux 2 semaines) pour l'aider à identifier et à gérer ses stressors si celui-ci s'engage à ne pas proférer de menaces et à consulter à l'urgence en cas de crise.

### 3. Valider l'expérience

Souvent les besoins fondamentaux (reconnaissance de leurs émotions, de leurs idées ou encore de leur droit d'exister tout court) des patients atteints d'un TPL n'ont pas été reconnus. Ils mettent en doute continuellement ce qu'ils ont vécu ou ce qu'ils vivent. La validation consiste à reconnaître la légitimité de leur expérience.

### 4. Responsabiliser le patient

Un des pièges dans le traitement des patients atteints d'un TPL consiste à adopter une attitude surprotectrice à leur endroit, soit en raison de leur passé traumatique, soit à cause de leurs conditions de vie difficiles. Bien qu'il soit fondamental de valider leur expérience, il est tout aussi essentiel de les amener à se concentrer sur le moment présent et de regarder avec eux quels comportements peuvent être modifiés afin de faciliter leur adaptation.

### 5. Reconnaître le contre-transfert

Le contre-transfert est l'ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes du médecin éprouvées envers un patient. Le contre-transfert existe pour tous les patients, mais chez ceux atteints d'un TPL, il devient incontournable. La reconnaissance d'un sentiment de

# Le trouble de la personnalité limite

Tableau 1

## Les schémas de Young

Mode relationnel	Fonction	Symptômes	Stratégies
<b>Enfant abandonné</b>	Est incapable de satisfaire ses besoins ou de se protéger	Victimisation, indigence, sentiment d'être sans valeur, sans espoir et non aimé, effort considérable pour ne pas être abandonné, idéalisation des soignants	Aider à reconnaître, accepter et satisfaire ses besoins de base (prendre soin de soi et besoin de sécurité)
<b>Parent punitif</b>	Punit l'enfant lorsqu'il exprime ses besoins et ses sentiments ou lorsqu'il commet des fautes	Déni de soi, critique et haine de soi, auto-mutilation, colère envers soi du fait d'avoir des besoins	Aider à reconstruire l'estime de soi et rejeter les messages parentaux punitifs et de déni/haine de soi
<b>Adulte détaché</b>	Se détache de ses besoins et de ses sentiments, se détache affectivement des autres et rejette leur aide, se soumet pour éviter d'être puni	Dépersonnalisation, sentiment de vide, abus de substances, ennui, plaintes somatiques, auto-mutilation, soumission	Aider à ressentir les émotions, rétablir le contact avec les autres, reconnaître ses besoins
<b>Enfant en colère</b>	Agit impulsivement pour satisfaire ses besoins ou exprime de manière inadéquate ses sentiments	Rage, impulsion, demandes nombreuses, abus, manipulation, menaces suicidaires, besoin de contrôle, tendance à se dénigrer, besoin de promiscuité	Mettre des limites, Enseigner des moyens plus adaptés pour exprimer la colère et satisfaire ses besoins

colère ou d'exaspération ne doit pas être associée à de la culpabilité ou à une impression d'être « inhumain ». Cette information est précieuse puisqu'elle nous renseigne sur les émotions que le patient n'arrive pas à gérer correctement. En reconnaissant cette lacune, nous pouvons les aider à ce niveau, nous serons moins susceptible de réagir sans discernement (le cas de Madame B.) et serons plus en mesure de maintenir une relation thérapeutique.

## 6. Faire de la psychoéducation

Il faut renseigner les patients atteints d'un TPL sur leurs difficultés de fonctionnement, comme on le ferait avec n'importe quel autre patient présentant un problème de santé. On l'informe de l'origine de ses troubles et des causes possibles. On l'aide à prendre conscience de ses comportements mésadaptés et on lui propose des stratégies à mettre en œuvre pour les modifier.

# Le trouble de la personnalité limite



Travailler seul auprès des patients atteints d'un TPL présentant des « agirs » fréquents ou de nombreux états de crises peut s'avérer difficile. Dans ce contexte, travailler en équipe est très utile et comporte des avantages.

## 7. Améliorer la capacité de mentalisation du patient

Il faut sortir du cycle des « agirs » pour amener les patients à réfléchir. D'abord, on doit les amener à tolérer les affects dysphoriques. Il faut en quelque sorte procéder à une rééducation des émotions et des pensées. On doit les amener à ressentir et à bien identifier les différentes émotions qui sont souvent confondues et à réfléchir à ce que les autres pourront penser ou ressentir dans divers contextes. Il faut progressivement les amener en position de témoins, afin qu'ils arrivent à identifier par eux-

mêmes les *patterns* inadaptés qu'ils répètent. Ce travail s'effectuera entre autres à l'aide d'une approche cognitivo-comportementale :

- reconnaissance des problèmes;
- exploration des difficultés;
- proposition d'un autre point de vue de l'expérience;
- reconnaissance et changement des *patterns* et mise en pratique.

Afin de nous guider dans nos interventions, le tableau 1 résume les différents types de modes relationnels chez les patients atteints d'un TPL et les grandes lignes stratégiques à adopter (les schémas de Young).

## La pharmacothérapie

Il n'existe pas de médication spécifique au traitement du trouble de la personnalité limite. Le plus souvent, une médication est prescrite lorsque le patient présente des symptômes graves, ou encore pour traiter des maladies associées (comorbidités).

Le médecin cible alors les symptômes visés et s'assure de la collaboration et de la compréhension des attentes par le patient. Par la suite, il réévalue régulièrement l'évolution clinique en poursuivant une médication seulement s'il y a une amélioration notée :

- troubles cognitifs ou perceptuels : neuroleptique à faible dose;
- impulsivité/irritabilité : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou neuroleptique à faible dose;
- instabilité affective/hostilité : ISRS ou neuroleptique à faible dose.<sup>3</sup>

La prescription de benzodiazépines est généralement déconseillée en raison de la dépendance fréquemment observée chez cette clientèle vulnérable.<sup>3</sup>

---

# Le trouble de la personnalité limite

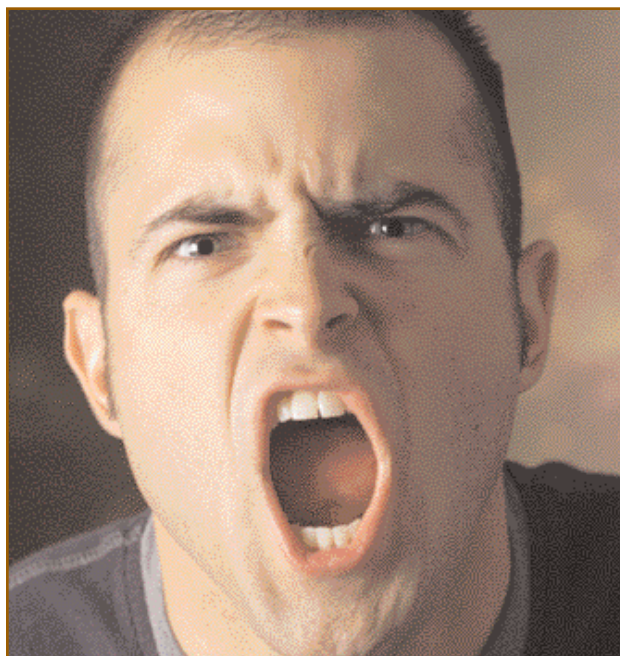
## Le travail d'équipe

Travailler seul auprès des patients atteints d'un TPL présentant des « agirs » fréquents ou de nombreux états de crises peut s'avérer difficile. Dans ce contexte, travailler en équipe est très utile et comporte des avantages. Le travail d'équipe permet de répartir les responsabilités, aide à gérer les éléments contre-transférentiels et permet de considérer les différents aspects de la situation.

Cependant, le travail d'équipe nécessite une collaboration honnête où les intervenants seront ouverts à discuter entre eux des éléments affectifs et contre-transférentiels impliqués. De même, il est important d'établir des balises (cadre) qui seront respectées rigoureusement par tous. Le travail d'équipe demande un effort concerté.

## Gérer la crise et la dangerosité

En situation de crise, la première étape est d'assurer la sécurité du patient, de ses proches et de l'équipe soignante. À ce moment, l'important n'est pas tant de comprendre que de contenir la crise (contenir les débordements affectifs et l'impulsivité). On déterminera quel type d'encadrement sera nécessaire (suivi plus intensif, centre de crise, brève observation à l'hôpital, etc.). Le sentiment d'être entendu et compris dans sa détresse amènera généralement un soulagement et aidera le patient à contenir sa désorganisation comportementale. En crise, les capacités cognitives du patient atteint de TPL sont limitées. Il faut donc comprendre que forcer la réflexion n'amènera que davantage de détresse. Lorsque le niveau d'angoisse est revenu à un niveau tolérable, il devient adéquat d'amorcer un travail de com-




préhension de la situation de crise (identification et gestion des stressors, reconnaissance par le patient de sa vulnérabilité et des mesures alternatives de protection, etc.).

Si le patient profère des menaces ou présente un comportement dangereux, il faut faire preuve d'une prudence « raisonnable ». La réponse du milieu doit être appropriée sans qu'elle ne soit dictée par le contre-transfert des intervenants. Ainsi, dans le cas de Nathalie, il est approprié d'exiger une clarification de la situation et de l'adresser rapidement en psychiatrie. Il serait cependant cliniquement inapproprié pour le docteur Vadeboncoeur de prendre les menaces de Nathalie à la légère ou encore de recommander une mise en contention prolongée dès son arrivée à l'urgence (ce qui serait lié à une réaction contre-transférentielle du médecin).

# Le trouble de la personnalité limite

Même si la dangerosité suicidaire fait partie intégrante du suivi et du traitement du patient atteint d'un TPL, il est nécessaire pour le médecin de se dégager un espace de travail afin que les menaces directes ou voilées ne soient pas constamment en jeu. Ainsi, la présence d'une dangerosité clairement identifiée ou appréhendée nécessite une intervention rapide du médecin ou de l'équipe traitante. Il est alors tout à fait indiqué de diriger le patient vers la salle d'urgence pour limiter la dangerosité immédiate de celui-ci et pour clarifier la situation.

## Conclusion

L'approche des patients présentant un TPL demeure un défi à plusieurs niveaux. Les présentations cliniques sont diverses et se manifestent à des niveaux individuel et systémique. L'intensité des affects exprimés, leurs nombreuses demandes et leur impulsivité sont autant de facteurs qui nous amènent à présenter des réactions négatives à leurs endroit. Au cours des dernières années, des modèles de compréhension intégrant différentes perspectives nous ont amené à avoir une vision plus complexe, mais aussi plus cohérente du TPL. Cette compréhension a entraîné l'élaboration de stratégies thérapeutiques intégrant diverses approches (cognitivo-comportementale/existentielle-humaniste/psychodynamique). Ces prochaines années, des efforts devront être déployés pour valider les nouvelles stratégies thérapeutiques. 

## Références

1. Linehan, MM : *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993, p. 558.
2. Livesley, WJ : A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23(1):211, 2000.
3. Gunderson, JG : *Borderline personality disorder, a clinical guide*. American Psychiatric Publishing inc., Washington, 2001, 329 p.

## Lectures suggérées

1. Borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23(1), 2000.
2. Practice guideline for the treatment of patients with borderline disorder. *Am J Psychiatr* 153(10), 2001.

## (Références de la première partie)

3. Stone, MH : *Long-term follow-up study of borderline patients: The fate of borderlines*. New York, Guilford Press, 1990, 357 p.
4. Gurvits, IG, Koenigsberg, HW, Siever, LJ : Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23(1):1, 2000.
5. Zanarini, MC : Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23(1):89, 2000.
6. Million, T : Sociocultural conceptions of the borderline personality. *Psychiatr Clin North Am* 23(1):123, 2000.
7. Fonagy, P, Target, M, Gergely, G : Attachment and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23(1):103, 2000.
8. Delisle, G : *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Les Éditions du Reflet, Montréal, 1998, 390 p.
9. Cousineau, P, Young, JE : *Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas*. Santé mentale au Québec 22(1):87, 1996.
10. Mahler, M, Pine, F, Bergman, A : The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York, 1975, p. 308.
11. Denis, JF : Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *Revue canadienne de psychiatrie* 35:208, 1990.
12. Dawson, D, Macmillan, HL : *Relationship management of the Borderline Patient*. New York, Brunner/Mazel, 1993, 212 p.
13. Gabbard, GO : *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*. Troisième édition. Washington, DC, American psychiatric press, 2000.
14. American Psychiatric Press (APP) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Quatrième édition. APP, Washington, DC, 1994, p. 886.

## Sites Internet suggérés

1. [www.schematherapy.com](http://www.schematherapy.com)
2. [www.bpdcentral.com](http://www.bpdcentral.com)