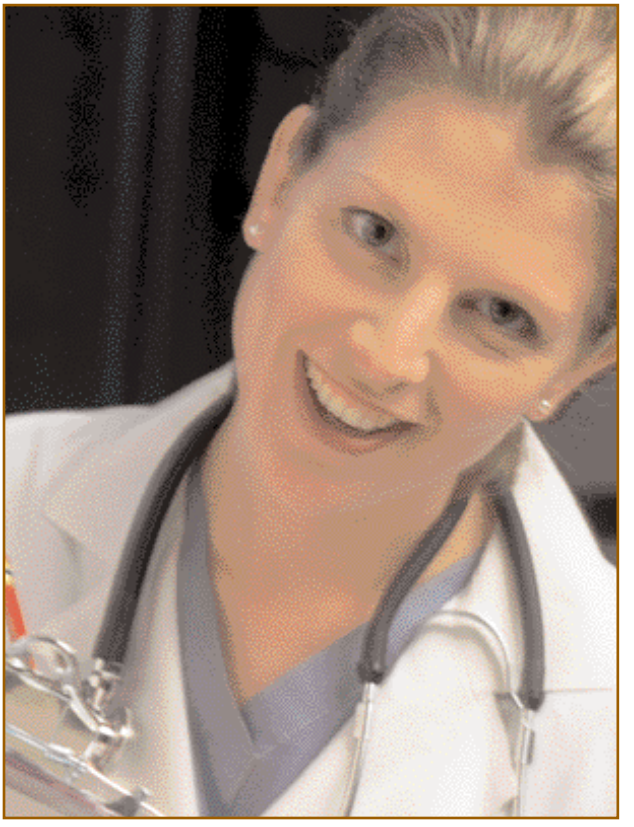
Le trouble de la personnalité limite : guide de survie pour l'omnipraticien



Première partie

Les patients présentant un trouble de la personnalité limite font partie d'une clientèle susceptible de nous faire sentir dépassés par la situation. 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. Voilà tout un défi!

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

Comme médecins nous sommes tous confrontés un jour ou l'autre à des situations cliniques impliquant des patients qui nous amènent à vivre diverses émotions, à nous faire sentir impuissants ou encore dépassés par la situation. Les patients présentant un trouble de la personnalité limite (TPL) font partie de cette clientèle susceptible de nous faire vivre de tels états. Le présent article fait un survol de notre compréhension actuelle du TPL et des balises à ne pas perdre de vue lorsque nous recevons ces patients en consultation, que ce soit par choix ou par dépit.

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.

En bref :
Le trouble de la personnalité limite :
guide de survie pour l'omnipraticien : première partie

Quelle est l'ampleur de la problématique?

On estime que 2 % à 3 % de la population générale souffre d'un trouble de la personnalité limite (TPL). En psychiatrie, environ 15 % des patients hospitalisés et 20 % des patients suivis en clinique externe souffrent d'un TPL. Ils visitent fréquemment les urgences des hôpitaux en situation de crise, ils sont de grands consommateurs de médicaments et utilisent les soins de santé physique à outrance. Le taux de suicide chez ces patients est de 10 %.

Quelle est la présentation clinique?

La symptomatologie est caractérisée par une instabilité au niveau émotionnel, identitaire, comportemental (impulsivité), relationnel et cognitif. Les patients atteints d'un TPL sont souvent dysfonctionnels et leurs habiletés organisationnelles et parentales sont fréquemment limitées.

Quelle est la psychopathogenèse du trouble de la personnalité limite?

Le TPL résulterait de l'interaction de facteurs constitutionnels et environnementaux qui, dans une perspective développementale, entraveraient les processus d'attachement et de séparation-individuation. Ceci aurait pour conséquence d'amener une carence de mentalisation et un dysfonctionnement du système de régulation des émotions. Ces deux éléments contribueront à leur tour à l'émergence de *patterns* comportementaux problématiques qui renforceront les problèmes de mentalisation et l'instabilité affective, et qui maintiendront l'environnement dans un rôle invalidant pour la personne atteinte du TPL.

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 cas de Nathalie

Le docteur Vadeboncœur 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 Vadeboncœur apprend que Nathalie a récemment eu plusieurs relations sexuelles non protégées. Avec le docteur Vadeboncœur, 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 Vadeboncœur. 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 Vadeboncœur, lui aussi inquiet, fait plusieurs démarches pour que Nathalie soit évaluée de façon urgente en psychiatrie.

Un bref historique

Le TPL n'est reconnu comme diagnostic psychiatrique que depuis le début des années 80. Depuis ce temps, des recherches multiples faisant foi de l'importance de la problématique permettent de mieux en connaître les aspects étiologiques, d'en préciser les différentes facettes cliniques et aussi de connaître son évolution. De nouveaux modèles de compréhension ont vu le jour et des approches thérapeutiques adaptées et prometteuses sont maintenant proposées. Cependant, dans la pratique courante, les défis et les difficultés restent de taille!

L'ampleur de la problématique

On estime que 2 % à 3 % de la population générale souffre d'un TPL. En psychiatrie, environ 15 % des patients hospitalisés et 20 % des patients suivis en clinique externe présenteraient ce diagnostic. Soixante-quinze pour cent des patients sont des femmes. Ils visitent fréquemment les urgences des hôpitaux, les centres de gestion de crise et les ressources communautaires lorsqu'ils sont en situation de crise. Ils sont aussi de grands consommateurs de soins de santé physique et de médicaments. Le taux de suicide chez ces patients est de 10 %.[1]

Les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite sont souvent dysfonctionnels et leurs habiletés organisationnelles et parentales sont fréquemment limitées. Ils identifient et gèrent mal les stresseurs, font des demandes peu appropriées et tolèrent mal les frustrations, dont l'attente. Peu d'entre eux réussissent à maintenir un travail rémunérateur.

Tableau 1

Les critères de la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*

Instabilité émotionnelle	1. Instabilité affective causée par une réactivité marquée 2. Colère intense et inappropriée ou difficulté à maîtriser sa colère
Instabilité interpersonnelle	3. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés 4. Relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
Instabilité comportementale	5. Impulsivité dans au moins deux domaines (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, crises de boulimie, conduite automobile dangereuse) et potentiellement dommageable pour le sujet 6. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation
Instabilité identitaire	7. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi 8. Sentiment chronique de vide
Instabilité cognitive	9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs importants

Adapté de la référence 15.

La présentation clinique et la symptomatologie

Bien qu'hétérogène, le TPL se définit principalement par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée associée. Selon la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* (DSM-IV), le diagnostic nécessite la présence de 5 critères sur 9 (tableau 1), ce qui engendre une grande variété de présentations cliniques.[2,3] Bien qu'il n'y ait aucun symptôme pathognomonique, on note souvent la présence de gestes d'automutilation, de gestes suicidaires, d'impulsivité dans un domaine particulier, de modes relationnels instables et d'une instabilité affective avec dysphorie et colère d'apparition soudaine et peu prévisible.

De plus, les patients atteints d'un TPL sont souvent dysfonctionnels et leurs habiletés organisationnelles et parentales sont fréquemment limitées. Ils identifient et gèrent mal les stresseurs, font des demandes peu appropriées et tolèrent mal les frustrations, dont l'attente. Peu d'entre eux réussissent à maintenir un travail rémunérateur.

Les comorbidités

Le tableau 2 précise les taux de comorbidité très élevés avec plusieurs maladies psychiatriques. On

reconnaît ainsi particulièrement les troubles affectifs, les troubles de la personnalité du sous-groupe dramatique (B) et des troubles de la maîtrise pulsionnelle. Des problèmes de jeu pathologique sont souvent notés lors de l'évaluation des patients atteints d'un TPL, mais peu de données précises sont disponibles à ce jour.

Poser des questions ciblées pour établir le bon diagnostic

Tout patient difficile n'est pas atteint d'un TPL. De plus, un patient qui souffre d'un TPL n'aborde spontanément que très rarement ses problématiques en lien avec les critères décrits par le DSM-IV. Il se plaint habituellement de ses difficultés à vivre avec un stresseur particulier, par exemple, une dysphorie réactionnelle à une rupture amoureuse. Un interrogatoire incomplet est souvent la raison principale d'un mauvais diagnostic. Il importe donc d'interroger adéquatement le patient sur les domaines reliés à l'instabilité affective, à l'impulsivité, au fonctionnement au long cours, à l'organisation de sa vie en général et aux relations interpersonnelles.

La psychopathogenèse

La diversité des présentations cliniques qu'on retrouve chez les patients atteints d'un TPL nous a amené à concevoir l'origine de ce trouble comme la résultante de facteurs constitutionnels (vulnérabilité émotionnelle) et environnementaux (environnement invalidant). Ces facteurs ont comme conséquence d'entraver le processus développemental de la personne au sein des enjeux fondamentaux du processus d'attachement et de séparation-individuation.[2]

Tableau 2

Les comorbidités

Diagnostic	Taux de comorbidité
Dépression	50 %
Dysthymie	70 %
Anorexie	5 %
Stress post-traumatique	30 %
Abus de drogues	35 %
Personnalité narcissique	25 %
Personnalité antisociale	25 %
Jeu pathologique	?

Les facteurs constitutionnels et la vulnérabilité émotionnelle

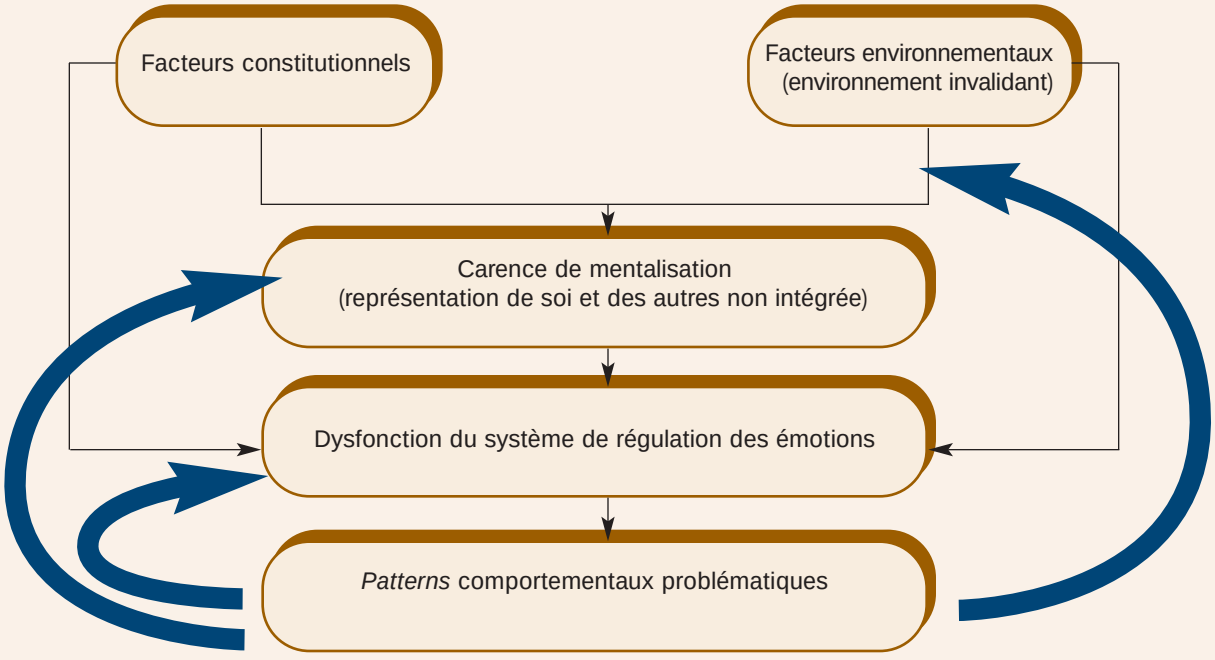
Les patients atteints d'un TPL auraient une grande vulnérabilité émotionnelle qui se manifesterait par une tendance à réagir plus rapidement et plus intensément que la plupart des gens à des stimuli internes et aux événements de la vie courante.[2] Par exemple, ils ressentiront de l'humiliation au lieu d'une simple gêne et de la rage au lieu de la colère. De plus, lorsque l'éveil émotionnel a été déclenché, le retour au niveau de base se fait plus lentement. Pour rendre compte de cette vulnérabilité émotionnelle, diverses hypothèses étiologiques ont été avancées, notamment au point de vue génétique et neurobiologique.

Les facteurs génétiques

Des recherches auraient démontré que certaines dimensions de la personnalité avaient une variance génétique (labilité affective, *insecure attachment*, trouble de l'identité).[4] On croit que ces dimensions de la personnalité seraient déterminées par une influence polygénique mutuellement liée à

Tableau 3

Le modèle intégratif



l'environnement. Étant donné que les difficultés des patients atteints d'un TPL se manifestent essentiellement dans la sphère interpersonnelle, il est peu probable que la composante génétique soit la seule responsable de la maladie.

Les facteurs neurobiologiques

Il a été démontré qu'une exposition chronique au stress entraînait une élévation des taux de cortisol, avec pour conséquence une atteinte cérébrale amenant une réaction émotive variable au stress (hypo- ou hyper-réactivité). D'autres études ont établi une corrélation entre l'impulsivité\agressivité, les états suicidaires et le système sérotoninergique.[5]

Les facteurs environnementaux

Le milieu familial dysfonctionnel

Les études ayant porté sur l'influence du milieu familial et les expériences de l'enfance ont révélé que les facteurs suivants prédisposaient au trouble de la personnalité limite :[6]

a. Maladie parentale
   i. Trouble de la personnalité antisociale
   ii. Abus de substances

b. Relation perturbée avec les deux parents
   i. Soins inconstants de la mère (rejet c. surprotection)
   ii. Absence ou faible participation du père
c. Sévices physiques et/ou sexuels
   i. Sévices sexuels importants
   ii. Environnement d'abus et de négligence biparentaux
d. Séparation prolongée durant l'enfance (par exemple, hospitalisation prolongée d'un parent ou perte d'un parent à la suite d'un décès ou d'un divorce)

L'interaction parent-enfant mésadaptée

Même si l'environnement social et familial de l'enfant est relativement adéquat, l'interaction parent-enfant peut être mésadaptée. Par exemple, un parent et son enfant n'arrivent pas à établir une relation assez satisfaisante pour que le développement de l'enfant soit optimal. Dans un tel contexte, si l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle constitutionnelle, un TPL pourrait se manifester.

Les facteurs socioculturels

Au cours des dernières années, il est devenu de plus en plus évident que la psychopathogenèse du TPL avait une composante psychosociale importante. Des auteurs comme Millon ont suggéré que les changements rapides survenus au sein de nos sociétés ont provoqué une instabilité à la base de nos institutions (familiales, sociales et économiques) et entraîné la perte de nos points de repère.[7] Ceci ferait en sorte que nos sociétés actuelles ont non seulement perdu leur fonction réparatrice auprès des relations parent-enfant perturbées, mais pourraient même contribuer à favoriser l'apparition de TPL.

Les enjeux développementaux : le processus d'attachement et de séparation-individuation

L'attachement

Dans les théories du développement, on considère le processus d'attachement comme un enjeu fondamental.[8] Il s'agit d'une série de comportements interactifs entre le nourrisson et le parent qui permettront, entre autres choses, la maturation du système neurobiologique. Le processus d'attachement permettra d'acquérir :

1. un système de régulation de l'expérience émotionnelle;
2. l'expérience de sécurité (*secure attachment*);
3. le développement de la capacité réflexive (mentalisation).

La capacité réflexive

L'être humain tente de comprendre les autres par les états du processus mentaux que sont la pensée, les sentiments, les désirs et les croyances, afin de donner du sens et d'anticiper le comportement ou la réaction des autres. Ceci correspond à ce que l'on nomme « capacité réflexive » ou « mentalisation ».

Lorsque le processus d'attachement a été entravé, on observerait une carence de cette capacité réflexive.[8] Les patients atteints d'un TPL présenteraient à des degrés divers une atteinte de leur capacité réflexive. Ils ont donc beaucoup de difficulté à se représenter et même à tenir compte des états mentaux des autres. De plus, lorsqu'ils sont confrontés aux événements stressants de la vie

La construction de notre identité personnelle et la manière dont nous percevons les autres sont en grande partie déterminées par le type de relation établie durant l'enfance et influenceront notre façon d'entrer en relation avec les autres tout au long de notre vie.

courante, ils ont tendance à réagir impulsivement et ont beaucoup de difficulté à réfléchir à ce qui leur arrive. Cette problématique combinée à leur instabilité affective contribue à la mise en place de leurs difficultés interpersonnelles.

La représentation de soi et de l'autre

La construction de notre identité personnelle et la manière dont nous percevons les autres sont en grande partie déterminées par le type de relation établie durant l'enfance et influenceront notre façon d'entrer en relation avec les autres tout au long de notre vie.

Les patients présentant un TPL ont une vision d'eux-mêmes et des autres qui n'est pas intégrée. Ils ont tendance à percevoir les gens comme bon (idéalisation) ou mauvais (dévaluation), c'est ce que l'on nomme le clivage. De plus, leur registre de représentations est très limité et rigide contrairement à celui d'un individu ayant une personnalité saine qui possède un registre de représentations de soi et des autres étendu et flexible.[9]

À cet égard, il est très utile d'utiliser le concept des schémas (modes) de Young.[10] Ce concept correspond essentiellement à la manière dont on se représente en relation avec les autres. Young a identifié quatre principaux modes retrouvés chez les patients atteints d'un TPL :

- les enfants abandonnés;
- les parents punitifs;
- les adultes détachés;
- les enfants en colère.

Ces schémas (modes) peuvent coexister et alterner très rapidement. Nous verrons comment ce concept pourra nous aider à orienter nos visées thérapeutiques dans la deuxième partie de cet article.

La séparation-individuation

Le processus de séparation-individuation a été décrit par Mahler et a cours pendant les premières années de vie.[11] Les parents auront pour tâche d'encourager et de rassurer l'enfant dans l'exploration de son environnement et de le reconnaître dans son identité naissante. Lorsqu'il y a entrave de ce processus, la personne pourra avoir des difficultés à :

- reconnaître ses besoins et ceux des autres;
- reconnaître ses capacités;
- s'affirmer et se mobiliser;
- se rassurer elle-même.

Le modèle intégratif

À notre avis, il est nécessaire d'intégrer les diverses notions précédentes afin de rendre compte de la complexité du TPL et pour proposer un plan de soins qui soit cohérent (tableau 3).

L'interaction de facteurs constitutionnels et environnementaux entravera le processus développemental du patient avec pour conséquence une carence de mentalisation et un dysfonctionnement du système de régulation des émotions. Ces deux éléments contribueront à l'émergence de *patterns* comportementaux problématiques qui en retour renforceront les troubles de mentalisation et l'instabilité affective, et qui maintiendront l'environnement dans un rôle invalidant pour la personnes atteinte du TPL (rejet du patient, attitude punitive ou surprotectrice, etc.).

L'aspect systémique

Dans les familles dysfonctionnelles, l'environnement est souvent inconstant. On peut ainsi retrouver un proche parent encourageant par moment l'autonomie et recherchant ensuite un lien fusionnel ou un lien de dépendance. L'environnement devient alors invalidant. Quelques auteurs ont décrit la possibilité d'interventions « thérapeutiques » iatrogènes amenant les patients atteints d'un TPL à présenter des régressions comportementales avec désorganisation, escalade de menace ou passages à l'acte répétés.[12-14] Le réseau des soins peut ainsi contribuer à maintenir et à aggraver la problématique en agissant de façon polarisée et sans nuance, souvent par des conduites excessives de rejet, des attitudes punitives (le cas de Madame B.) et de maternage, le tout contribuant à établir un environnement inconstant et incompréhensible pour le patient (environnement invalidant). *Clin*

Références

1. Stone, MH : *Long-term follow-up study of borderline patients: The fate of borderlines.* New York, Guilford Press, 1990, 357 p.
2. Linehan, MM : *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
3. Gunderson, JG : Borderline personnality disorder, a clinical guide. American Psychiatric Publishing inc., Washington, 2001, 329 p.
4. Livesley, WJ : A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am 23(1):211, 2000.
5. Gurvits, IG, Koenigsberg, HW, Siever, LJ : Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am 23(1):1, 2000.
6. Zanarini, MC : Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am 23(1):89, 2000.
7. Million, T : Sociocultural conceptions of the bordeline personality. Psychiatr Clin North Am 23(1):123, 2000.
8. Fonagy, P, Target, M, Gergely, G : Attachment and borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am 23(1):103, 2000.
9. Delisle, G : *La relation d'objet en Gestalt thérapie.* Les Éditions du Reflet, Montréal,1998, 390 p.
10. 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.
11. Mahler, M, Pine, F, Bergman, A : The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York, 1975, p. 308.
12. Denis, JF : Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. Revue canadienne de psychiatrie 35:208, 1990.
13. Dawson, D, Macmillan, HL : *Relationship management of the Borderline Patient*. New York, Brunner/Mazel, 1993, 212 p.
14. Gabbard, GO : Psychodynamic Psychiatry in clinical practice. Troisième édition. Washington, DC, American psychiatric press, 2000.
15. 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
2. www.bpdcentral.com

Dans la deuxième partie de cet article, les auteurs traiteront des nouveaux modèles thérapeutiques et des principes généraux de traitement.