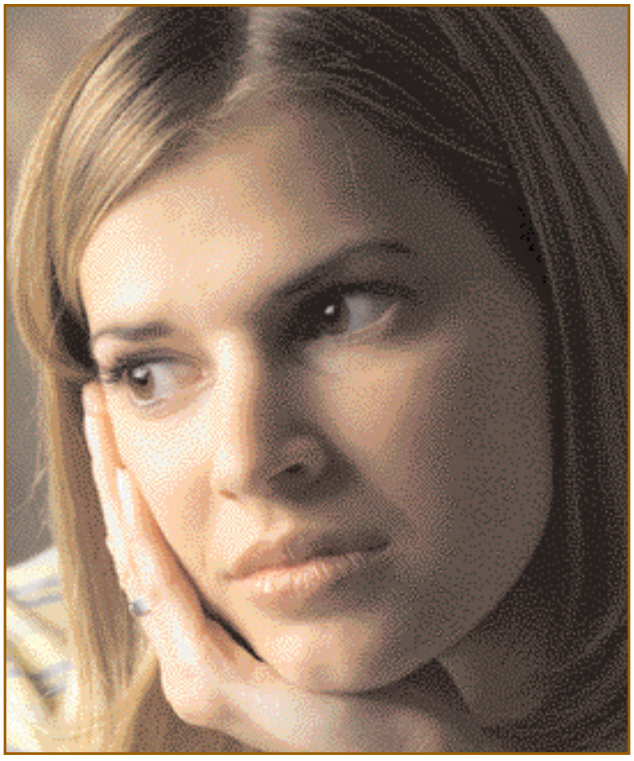
Savoir affronter la **dépendance pathologique** sans y rester accroché...



L'usage populaire reconnaît depuis longtemps que certaines personnes souffrent de dépendance pathologique en utilisant les expressions « être dans les jupes de sa mère », « être toujours pendu aux basques de quelqu'un » ou encore « coller à quelqu'un ». De fait, le mot « dépendance » provient du latin *de pendere,* qui veut dire « se pendre », « s'accrocher ». Les médecins ressentent parfois que certains patients s'accrochent à eux... Cet article tente d'expliquer le pourquoi et le comment des patients dépendants.

Par Suzane Renaud, M.D., FRCPP, FAPA

L'attachement est un sentiment qui nous unit aux personnes ou aux choses affectionnées. Dans le vocabulaire psychologique, l'attachement fait référence à des relations privilégiées dont l'être humain a besoin pour son développement psychique. Il comporte cinq dimensions : la peur de perdre un objet d'attachement, le besoin d'affection, le besoin de proximité, le sentiment de sécurité avec la présence physique de l'objet d'attachement et la protestation à la séparation. Le bébé est l'image même de l'attachement et de la dépendance lorsqu'il tète le mamelon maternel. Une séparation lente et progressive devrait amenuiser cette dépendance et mener à l'autonomie de l'enfant. John Bowlby, un psychanalyste ayant porté un regard éthologique sur cette question, suggère que la qualité des expériences de l'enfant avec sa mère détermine des schèmes cognitifs qui filtrent les expériences et influencent les réponses comportementales futures.[1] Par exemple,

Dre Renaud est professeure adjointe de psychiatrie, Université de Montréal, et psychiatre, Centre de santé mentale communautaire, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc.

l'expérience répétée d'être relevé par un parent après une chute amène l'enfant à s'attendre que toute détresse apportera rassurance et consolation. Il ajoute : « La dépendance est à son maximum à la naissance et diminue plus ou moins graduellement jusqu'à ce que la maturité soit acquise ». On retrouve dans les antécédents phylogénétiques des humains les mêmes comportements de dépendance que ceux des autres primates et mammifères, car l'attachement renforce le lien essentiel entre la mère et l'enfant, lien qui permet la croissance physique et sociale.

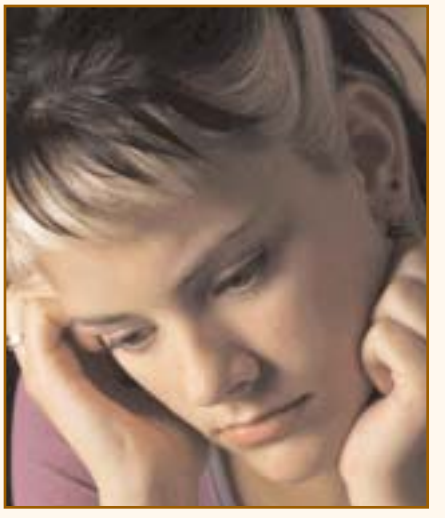
Des ratés dans la nature des relations primordiales peuvent transformer un attachement lié par la sécurité en attachement lié par l'insécurité. La dépendance pourrait donc être définie par le rapport d'une

En bref :

Savoir affronter la dépendance pathologique sans y rester accroché...

Qu'est-ce que la dépendance pathologique?

La dépendance pathologique est définie comme un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement de soumission et à une peur de la séparation, qui se traduisent par exemple par une incapacité à prendre des décisions dans la vie courante sans être conseillé de manière excessive par autrui, un besoin que d'autres assument les responsabilités dans des domaines importants de sa propre vie, une difficulté à exprimer son désaccord, des efforts excessifs pour s'assurer du soutien d'autrui, un sentiment d'impuissance en réponse à la solitude, la recherche urgente d'une autre relation à la fin d'une relation intime et la crainte d'être obligé de se débrouiller seul. Les personnes dépendantes adaptent leur comportement en fonction des autres et évitent de s'affirmer de peur d'être perçues comme étant agressives. Elles se montrent si agréables qu'on ne peut les abandonner. L'estime personnelle des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité dépendante est typiquement pauvre; elles ont besoin d'être rassurées, conseillées, approuvées et soutenues.



Comment poser le diagnostic?

Le clinicien devrait soupçonner la dépendance pathologique chez une personne qui manifeste peu d'estime personnelle et une confiance en soi déficiente et/ou un besoin important d'être rassurée. Selon une perspective psychiatrique, la dépendance pathologique découle de paramètres cognitifs; la personne se considère impuissante et inefficace et craint l'abandon. Ces pensées et affects entraînent des comportements soumis et « collants » par besoin excessif d'être pris en charge. Une telle situation aura tendance à provoquer de l'anxiété de séparation.

Il est possible d'évaluer cette dépendance en considérant l'histoire des relations interpersonnelles du patient, en l'interrogeant sur sa réponse aux ruptures, sur sa perception des autres à son égard, sur la façon dont les désaccords sont gérés et les décisions prises et sur la façon dont il vit la solitude sur de longues périodes.

personne tributaire à une autre avec un attachement lié par l'insécurité. La dépendance comprend la recherche d'attention, d'approbation et d'aide, la déférence et l'humiliation.[2] Il s'agit d'une expérience complexe de pensées, de sentiments, de convictions et de comportements qui consiste en un besoin de s'associer étroitement, d'interagir et de se fier à une personne valorisée, telle un parent ou un médecin. Les personnes dépendantes recherchent d'ailleurs rapidement un soutien médical pour des soins physiques ou psychologiques.

Ce manque d'autonomie en irrite plus d'un, mais peut convenir à d'autres qui se plaisent dans un rapport d'autorité ou de domination. D'où la nécessité pour les médecins en position sociale d'autorité de comprendre l'interaction avec les patients dépendants et de savoir comment la gérer.

Nous vous proposons de définir la dépendance pathologique, de l'expliquer et de l'objectiver, puis nous suggérons comment l'aborder.

Mise en garde : toute dépendance n'est pas nécessairement pathologique…

La notion de dépendance est péjorative dans notre société qui a érigé l'indépendance en culte. La culture patriarcale a placé une valeur exagérée dans la recherche d'autonomie et d'indépendance, et la dépendance perçue comme typiquement féminine s'en est trouvée dévalorisée. La dépendance implique la coopération, la fidélité, la suggestibilité, la sensibilité interpersonnelle et le compromis. Effectivement, l'interdépendance, le sens de la communauté et la coopération sont des valeurs qui peuvent être plus développées ou exacerbées chez les femmes que chez les hommes.[3] Gilligan a démontré la place importante que les femmes donnent au maintien de la continuité des relations et décrit les grands compromis qu'elles sont prêtes à faire pour les maintenir.[4] L'empathie qui découle de cette attitude est une habileté complexe, autant affective que cognitive, impliquant la réciprocité de l'empathie, de l'engagement et de la mise en pouvoir. Dans un contexte social, les femmes jouent ce rôle pour maintenir l'homéostasie du système. Rubin croit que beaucoup de problèmes maritaux surgissent du fait que les hommes nient les besoins affectifs des femmes, tandis que celles-ci accomplissent les tâches domestiques et remplissent les besoins affectifs pour lesquels les hommes sont dépendants et passifs sans qu'ils aient à le demander.[5] Par contre, elles sont plus dépendantes économiquement, dépendance qui devient aussi émotionnelle.[5] Kaplan s'est insurgée contre certaines distorsions de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* (DSM-III) selon lesquelles une indépendance est décrite comme un trouble relationnel significatif, mais en contrepartie l'indépendance excessive ne l'est pas.[6] Il s'agit là de données culturelles très variables qui doivent être interprétées dans leur contexte.

Quand on traite de la dépendance, il faut donc prendre en considération le contexte, l'âge, la situation sociale et culturelle ou l'invalidité. Une maladie chronique peut engendrer une dépendance chez des enfants ou des adolescents. Une maladie aiguë entraîne souvent une dépendance momentanée; par contre, une maladie terminale peut engendrer une dépendance irréversible.

Pour le médecin, il peut être tentant d'émettre des recommandations qui seront suivies à la lettre par un patient docile plutôt que d'établir une

relation égale de partenariat où le traitement est remis en question ou n'est pas nécessairement suivi. Bornstein constate que la dépendance facilite la promotion de la santé. Cependant, la personne dépendante utilise parfois les services de santé de façon excessive, soit deux fois plus de visites pour un niveau de santé comparable.[7,8] On observe aussi que les séjours hospitaliers des patients atteints d'un trouble de la personnalité dépendante (TPD) sont plus longs.[9,10]

Ainsi, quand le traitement est complété et que le patient formule une nouvelle plainte pour demeurer dans la relation, le médecin est confronté à un autre genre de problème…

Le diagnostic du trouble de la personnalité dépendante

Le clinicien devrait soupçonner la dépendance pathologique chez une personne qui manifeste peu d'estime personnelle et une confiance en soi déficiente et/ou un besoin important d'être rassurée. Selon une perspective psychiatrique, la dépendance pathologique découle de paramètres cognitifs; la personne se considère impuissante et inefficace et craint l'abandon. Ces pensées et affects entraînent des comportements soumis et « collants » par besoin excessif d'être pris en charge. Une telle situation aura tendance à provoquer de l'anxiété lors de séparations.

Il est possible d'évaluer cette dépendance en considérant l'histoire des relations interpersonnelles du patient, en l'interrogeant sur sa réponse aux ruptures, sur sa perception des autres à son égard, sur la façon dont les désaccords sont gérés et les décisions prises et sur la façon dont il vit la solitude sur de longues périodes.

Un tel mode de fonctionnement généralisé et rigide implique un TPD. Dans la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* (DSM-IV) (tableau 1), la dépendance pathologique est définie comme un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement de soumission et à une peur de la séparation, qui se traduisent par exemple par une incapacité à prendre des décisions dans la vie courante sans être conseillé de manière excessive par autrui, un besoin que d'autres assument les responsabilités dans des domaines importants de sa propre vie, une difficulté à exprimer son désaccord, des efforts excessifs pour s'assurer du soutien d'autrui, un sentiment d'impuissance en réponse à la solitude, la recherche urgente d'une autre relation à la fin d'une relation intime et la crainte d'être obligé de se débrouiller seul.[11] Les personnes dépendantes adaptent leur comportement en fonction des autres et évitent de s'affirmer de peur d'être perçues comme étant agressives. Elles se montrent si agréables qu'on ne peut les

Tableau 1

Les critères diagnostiques du trouble de la personnalité dépendante selon la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*

Besoin excessif et envahissant d'être pris en charge qui entraîne une soumission et de l'anxiété de séparation dès l'âge adulte dans plusieurs contextes avec au moins cinq des critères suivants :

- Difficulté à prendre des décisions quotidiennes avec besoin excessif de rassurance et de consultation auprès des autres
- Besoin de laisser les autres assumer la responsabilité des décisions majeures de sa vie
- Incapacité à exprimer adéquatement les désagréments par crainte de perdre le soutien ou l'approbation d'autrui, sauf si un facteur de châtiment réel entre en jeu
- Manque d'initiative pour entreprendre des projets ou des activités seul par manque de confiance en son jugement ou ses habiletés plutôt que par manque de motivation ou d'énergie
- Efforts inhabituels pour obtenir le soutien et le réconfort des autres au point de se porter volontaire pour des tâches déplaisantes
- Sentiment d'inconfort et d'impuissance dans les moments de solitude par crainte exagérée de ne pas être capable de s'occuper de soi
- Remplacement rapide d'une relation intime qui prend fin pour obtenir soin et soutien
- Crainte excessive et peu réaliste d'avoir à s'occuper de soi-même

Adapté de la référence 11.

abandonner. L'estime personnelle des personnes atteintes d'un TPD est typiquement pauvre; elles ont besoin d'être rassurées, conseillées, approuvées et soutenues.

De tels critères évoqueront sans doute quelques patients rencontrés pour de fréquentes plaintes somatiques. Mais jusqu'à quel point ces personnalités problématiques sont-elles fréquentes? L'incidence du TPD varie de 0,3 % à 7 % dans la population générale.[12] Loranger a constaté que les personnes dépendantes sont plus âgées que celles atteintes d'autres troubles de la personnalité (51,2 % ont 40 ans ou plus), mais sans avoir atteint l'âge où les maladies physiques peuvent entraîner plus de dépendance.[13] Selon sa cohorte de patients, ce sont plus souvent les femmes qui sont atteintes d'un TPD. Reich a remarqué que les personnes atteintes d'un TPD ont un statut socio-économique inférieur et un fonctionnement familial plus perturbé que celles atteintes d'autres troubles de la personnalité.[14] Cette dernière observation peut sembler surprenante si on présume que ces personnes dépendent de façon excessive de leurs conjoints ou de leurs proches. La dépendance peut être irritante et provoquer l'exaspération ou des abus chez l'autre qui est en position de pouvoir dans des dyades pathologiques.

Comment distinguer le trouble de la personnalité dépendante des autres troubles de la personnalité?

Il peut être utile pour le clinicien de distinguer le TPD des autres troubles de la personnalité. Historiquement, le concept de la personnalité dépendante était dérivé d'un sous-type de la personnalité passive-dépendante, soit de la personnalité passive-agressive.[15] Ce type de personnalité n'a pas été retenu dans le DSM-IV, faute de critères objectifs valables.

La personnalité limite possède typiquement une susceptibilité à réagir aux abandons réels ou imaginés par un sentiment de vide, de rage et par des demandes accrues et exprimées de façon manipulatrice. En contrepartie, la personnalité dépendante recherche un apaisement, une soumission ou un remplacement rapide lorsqu'il y a rupture de la relation. La personnalité dépendante peut ressembler à une structure caractérielle limite quand elle décompense lors d'une crise quelconque, car elle utilise des défenses primitives (identification introjective et clivage) similaires à celles retrouvées chez la personnalité limite.

La personnalité histrionique croit pouvoir obtenir l'approbation et la rassurance qu'elle recherche en attirant l'attention de façon flamboyante, tandis que la personnalité dépendante les recherchera de façon soumise et effacée.

La personnalité évitante est sensible au rejet et aux critiques et a le sentiment d'être inadéquate; elle évite les situations sociales perçues comme dangereuses par le retrait, tandis que la personnalité dépendante, aussi sensible à de tels contextes, tente de maintenir le contact à tout prix avec des personnes admirées et protectrices. Un fort degré de masochisme transformerait la personnalité dépendante en personnalité défaitiste (DSM-III), un trouble qui rappelle la personnalité passive-agressive.

La notion de dépendance est péjorative dans notre société qui a érigé l'indépendance en culte. La culture patriarcale a placé une valeur exagérée dans la recherche d'autonomie et d'indépendance, et la dépendance perçue comme typiquement féminine s'en est trouvée dévalorisée.

La personnalité paranoïde. À l'opposé, la personnalité paranoïde a une ligne de pensée rigide et se défend d'une implication avec les autres en ayant peu d'empathie, tandis que la personnalité dépendante a trop d'empathie pour les autres et ne met pas assez de distance entre elle-même et autrui.

En général, une personnalité mal adaptée peut prédisposer à un trouble psychiatrique ou modifier de façon aiguë ou chronique un tel trouble. Skodol et ses collègues ont examiné le diagnostic psychiatrique de l'axe I du DSM III-R chez 55 sujets atteints d'un TPD et ont trouvé en comorbidité 24 % de dépressions majeures, 38 % de troubles affectifs bipolaires, 33 % de troubles paniques (surtout des phobies sociales), 32 % de troubles boulimiques, 38 % de troubles psychotiques, 20 % de troubles d'abus d'alcool et 6 % d'abus de substances.[16] Reich a aussi prouvé l'incidence plus élevée d'anxiété généralisée et de phobie sociale chez les patients atteints d'un TPD.[14]

Le diagnostic de TPD sera beaucoup moins évident si l'évaluation est faite durant un épisode de dépression ou d'anxiété, car les symptômes ont tendance à se confondre avec les critères diagnostiques respectifs de ces troubles. De plus, dans un contexte de stress ou de rupture interpersonnelle, il peut y avoir une augmentation temporaire de l'expression des besoins de dépendance qui devrait être perçue comme un ajustement à la perte.[8] Il faut se rappeler que pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité, les modes affectif, cognitif et relationnel doivent influencer les rapports interpersonnels dans plusieurs sphères de la vie, et non pas seulement à la suite d'un épisode psychopathologique ou d'une crise.

Dépendance, dépression ou anxiété?

Plusieurs psychiatres ont émis l'hypothèse que la dépendance pathologique prédispose à la dépression. Qu'en est-il? Pilkonis soutient que le TPD serait un facteur de risque pour la dépression, car il augmente la vulnérabilité de la personne atteinte et contribue au maintien de l'état dépressif par des traits de dépendance qui peuvent objectivement faciliter le rejet social.[17] Overholser et Hammen ont montré que les sujets dépendants sont plus enclins à la dépression et plus sensibles aux pertes de relations interpersonnelles.[18,19] De fait, comme elles ont de la difficulté à établir et à maintenir des relations interpersonnelles adéquates et intimes, les personnes atteintes de TPD sont exposées à la dépression; elles sont vulnérables si elles ne trouvent pas un complice pour jouer le rôle de protecteur et de dominateur.

Les traits de dépendance sont exacerbés lorsqu'un état dépressif survient, mais persistent après l'amélioration de la dépression chez les personnes dépendantes.[20,21] Plus la résolution symptomatique de la dépression est avancée et complète, plus ces traits s'estompent, à moins qu'ils n'aient été présents antérieurement.

Le trouble panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles psychotiques peuvent aussi entraîner une dépendance secondaire. Les troubles anxieux ont probablement une continuité dimensionnelle entre le trait de personnalité dépendante et évitante et la psychopathologie anxieuse de l'axe I. Dans une étude multicentrique sur les troubles anxieux traités en clinique externe, Reich et ses collègues ont trouvé une forte proportion de troubles de la personnalité (40 % à 60 %), et spécifiquement des personnalités dépendantes et évitantes.[22] Comme dans la dépression, le TPD accompagnant les cas de phobie sociale persiste après la résolution du trouble social d'estime personnelle et dans les relations interpersonnelles. L'hypochondrie, la somatisation et la conversion seraient aussi plus fréquents chez les personnes dépendantes. Leur susceptibilité à l'obésité serait aussi plus marquée.[23,24] L'incidence accrue d'abus d'alcool est cependant controversée.[13]

Deux études longitudinales ont montré un risque accru de cancer, de tumeurs bénignes, d'hypertension, de troubles digestifs et de troubles musculosquelettiques chez des hommes présentant des traits de dépendance.[25,26] L'hypothèse posée pour expliquer cette observation est que la sensibilité aux pertes ou aux stress interpersonnels affaiblit le système immunitaire. En contrepartie, les gens dépendants ont une meilleure opinion de leur médecin et consultent plus rapidement lors de l'apparition des symptômes.

Tableau 2

L'approche thérapeutique du patient dépendant dans le contexte médical

1. Construire une relation de confiance sans exigence
2. Encourager la participation active du patient dans la prise de décisions
3. Examiner le rôle du patient en tant que personne malade
4. Anticiper l'ambivalence et le manque d'enthousiasme avec l'amélioration du trouble

Une explication psychodynamique du trouble de la personnalité dépendante

D'où vient cette perception d'être incapable de fonctionner adéquatement sans l'aide des autres, cette dépendance excessive et invariable au détriment de son bien-être et des relations avec autrui?

La dépendance est un trait de caractère acquis, mais on lui associe le trait de névrotisme, un trait de tempérament, donc inné, plus prononcé chez les femmes et induisant une tendance à l'anxiété chronique, à la somatisation, à la cognition teintée de pessimisme et d'inquiétudes.[27] Un tempérament extrêmement anxieux pourrait également jouer un rôle dans la formation de cet attachement lié à l'anxiété. Des traits d'altruisme ou des facteurs environnementaux non partagés par la fratrie peuvent aussi contribuer au développement du trouble.

Selon Benjamin, une thérapeute spécialisée en thérapie interpersonnelle, les patients atteints d'un TPD ont souvent eu une enfance dorée pendant laquelle ils étaient trop protégés, surveillés ou même blâmés.[28] Cette protection excessive ne leur a pas permis de développer leur autonomie et leur sentiment de compétence sociale. Leur manque d'estime personnelle est amplifié par la moquerie de leurs pairs devant leur manque de pratique sociale. La dépendance est alors comprise comme un défaut de maturation, une difficulté de séparation, une incapacité à tolérer l'absence.[29] Dans l'attachement anxieux, l'enfant doute de la disponibilité maternelle, il ne veut pas s'en éloigner et devient inquiet lorsqu'elle est absente.[1] On peut aussi retrouver dans cette dynamique des parents trop protecteurs ou autoritaires envers leur enfant. Si la mère refuse la séparation à cause de son propre besoin de symbiose, elle peut décourager l'autonomie de l'enfant en le privant de son amour ou en maintenant une prison de tendresse quand l'enfant tente de se séparer. Dans une étude sur la surprotection maternelle, Levy a observé que l'indulgence excessive des parents entraîne le développement de traits de dépendance chez les enfants, traits caractérisés par un manque d'initiative, de l'impuissance et de la revendication.

La théorie de l'attachement de Bowlby soutient que la qualité du lien mère-enfant détermine le sentiment de sécurité lié à l'attachement.[1] Les recherches sur l'attachement ont montré que la qualité du lien de la mère avec ses propres parents peut prédire

Tableau 3

L'algorithme du plan de traitement

Établir un diagnostic clinique et dynamique
Clarifier le diagnostic différentiel avec les autres troubles de la personnalité
Traiter le trouble affectif ou anxieux
Déterminer la capacité du sujet à entreprendre une thérapie donnée
Reconnaître les déficits de développement et le manque d'autonomie
Se méfier d'un transfert positif et idéalisé
Travailler la fin du lien médecin-patient par étapes afin que la nouvelle autonomie soit perçue comme non menaçante

les sentiments de celle-ci avec l'enfant qu'elle porte durant la grossesse et le comportement d'attachement du bébé envers sa mère par la suite.

La dépendance implique une identité déficiente. Normalement, la mère ou la famille encourage l'enfant à faire des choix et à développer des intérêts personnels. À l'opposé, elle peut insister pour que l'enfant soit comme elle et lui dicter ce qu'il faut faire, inhibant ainsi l'émergence d'une identité personnelle. Une identité lacunaire, sans goûts ni opinions personnels, avec suggestibilité et crédulité, amène l'enfant dépendant à copier les autres, à errer dans la vie sans but précis, sans avoir d'initiative ou sans vivre pour lui-même. On dit qu'il ne s'est jamais « écouté ».

La personne dépendante évite d'apprendre par peur d'échouer ou d'être ridiculisée, mais s'empêche par le fait même de développer sa compétence et sa confiance en elle, ce qui lui permettrait éventuellement d'acquérir plus d'autonomie. Chaque fois qu'une personne dépendante reconnaît ses manques, elle se convainc elle-même et son entourage de son incompétence, de la futilité de tenter de se débrouiller seule et de dépasser ses limites.

La dépendance peut aussi être le signe d'une carence affective

La personne dépendante pourrait avoir souffert de l'indifférence de ses parents; elle est ainsi convaincue d'être peu aimable et peut se blâmer d'en être la cause. Elle demande inlassablement à être aimée tout en étant certaine que c'est impossible.

Bemporad croit que la personne dépendante a trouvé une solution digne de Faust : abandonner tout plaisir ou gratification autonome pour obtenir l'approbation et l'admiration de l'autre.[30] Elle évite de dire quoi que ce soit qui offenserait l'autre. De là, découle ainsi la succorance, le coté réceptif du dépendant, le cri pour l'amour, la recherche d'attention et la conviction de n'avoir rien à offrir en retour. Il s'agit d'un altruisme déformé, car la personne dépendante a l'impression de se donner à travers sa dépendance. Kaplan suggère que la dépendance mal adaptée exprime surtout une rage envers des besoins non rencontrés.[6] La dépendance provoque une certaine culpabilité qui est refoulée avec rage contre l'objet frustrant. À l'émergence de cette dépendance en analyse ou après un changement de vie majeure (mort ou mariage), la rage se manifeste.

En évaluant des paires de sujets dépendants et non dépendants, Bornstein a constaté que les sujets dépendants expriment leur opinion en fonction de celle de l'expérimentateur et qu'ils peuvent défendre leurs opinions avec force et même devenir concurrentiels envers leurs pairs s'ils pensent s'attirer les bonnes grâces de la figure d'autorité.[9] Les personnes dépendantes sont affirmatives et actives pour établir leur dépendance, sinon elles s'abstiennent de répondre.

L'approche thérapeutique

Dans une relation médecin-patient, une attitude de fidélité, de conformité et de coopération au traitement est souhaitable. Les bons patients consultent et suivent bien les traitements avec une passivité qu'on peut qualifier d'inconditionnelle. Cette coopération de la personne dépendante est toutefois une source de problèmes. Lorsque vient le temps de se séparer, la personne dépendante formule d'autres plaintes pour maintenir le contact avec le médecin ou elle sabote tout simplement un résultat positif pour demeurer malade. Les patients dépendants sont souvent anxieux par rapport à leur corps et ne savent pas interpréter les signes physiologiques que celui-ci leur envoie. Ils cherchent alors à être rassurés.

Le médecin doit construire une relation de confiance sans exigence particulière au début (tableau 2). On peut présumer que cela se produira de toute façon avant que le médecin ne constate la dynamique de dépendance. Pour contrer la soumission passive du patient, on doit cependant encourager sa participation active et même lui donner un certain rôle dans la prise de décisions relatives au traitement. Ceci peut exiger de la patience et de la fermeté, car le patient voudra d'abord s'en remettre à l'autorité médicale. Il faut formuler le plan de traitement envisagé par la personne dépendante différemment : plutôt que de la laisser exprimer son besoin, il faut solliciter ses ressources, éviter la soumission et encourager la séparation et l'autonomie. La dépendance peut être utilisée comme un levier pour encourager la prise de décision (pour faire plaisir à la figure d'autorité) tout en palliant aux déceptions inévitables provoquées par le protecteur. Le médecin aura à considérer le rôle du patient en tant que personne malade devant les échecs thérapeutiques, lui permettre de se remettre en question ou le confronter. Il doit également anticiper l'ambivalence et le manque d'enthousiasme du patient devant l'amélioration des symptômes et la possibilité d'une nouvelle plainte. Même si le traitement se déroule sans anicroche, le problème s'exprimera parfois dans la rupture du lien médecin-patient. Il faut donc structurer la fin du traitement, annoncer celle-ci et travailler à maintenir des relations de soutien gratifiantes en dehors de la relation médecin-patient. L'espacement progressif des rencontres devrait atténuer l'anxiété de séparation et mettre en évidence l'autonomie de la personnalité dépendante entre les rencontres.

Dans un contexte de thérapie de soutien, le médecin devrait identifier les aspects non adaptatifs de la dépendance, évaluer les composantes familiales qui la promulguent, encourager l'affirmation de soi pour développer des habiletés sociales différentes, porter attention lorsque la personne est autonome et non pas impuissante et faciliter l'apprentissage des capacités parfois lacunaires. Le médecin doit situer les objectifs à atteindre par le patient, par exemple, changer son attitude de « je ne peux pas » à « je vais essayer ». Diminuer graduellement le soutien, le remplacer par l'encouragement à prendre des décisions et l'acceptation des erreurs.[31] Cette attitude permet au patient d'acquérir une meilleure estime de soi.

Conclusion

Comme dans toute problématique relationnelle, l'intervention thérapeutique commence par une évaluation adéquate du problème. Après avoir posé un diagnostic clinique et dynamique, le médecin devra utiliser ses compétences pour traiter le patient dépendant en évitant de tomber dans une relation de dépendance qui ne mène nulle part (tableau 3). Il

s'agit d'un contexte particulier et le médecin doit s'attendre à être perçu de façon trop positive et idéalisée. Dans certaines circonstances, il pourra avoir à déterminer l'aptitude du sujet à poursuivre une thérapie, soit-elle interpersonnelle, cognitive, psychodynamique ou psychanalytique.

Le médecin aura aussi avantage à bien reconnaître les déficits de développement et le manque d'autonomie du patient dépendant qui le laissent souvent sans les ressources dont jouissent d'autres patients. Il pourra prévenir l'anxiété de séparation en espaçant graduellement les rendez-vous; la nouvelle autonomie devrait être perçue comme non menaçante et même gratifiante pour le patient. *Clin*

Références

1. Bowlby, J : The making and breaking of affectional bonds 1. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. Br J Psychiatry 130:201, 1977.
2. Zuckerman, M : The validity of the Edwards personal preference schedule in the measurement of dependency-rebelliousness. J Clin Psychology 14:379, 1958.
3. Stiver, IP : The role of gender in dependency: An invited commentary. Am J Orthopsychiatry 64(4):636, 1994.
4. Gilligan, C : *In a different voice.* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1982, 184 p.
5. Rubin, LB : *Intimate strangers.* Fontana/Collins, London, 1985, 222 p.
6. Kaplan, M : A woman's view of DSM-III. Am Psychol 38:786, 1983.
7. Bornstein, RF : Adaptative and maladaptative aspects of dependency: An integrative view. Am J Orthopsychiatry 64(4):622, 1994.
8. Bornstein, R, Rossner, SC, Hill, EL : Retest reliability of scores on objective and projective measures of dependency: Relationship to life events and intertest interval. Journal of Personality Assesment 62(3):398, 1994.
9. Bornstein, RF : Active dependency. J Nerv Ment Dis 183(2):64, 1995.
10. Greenberg, RP, Bornstein, RF : Lenght of hospitalisation and oral dependency. J Pers Disord 3:199, 1989.
11. American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Quatrième édition. American Psychiatric Press inc., Washington, 1994, 886 p.
12. de Girolamo, G, Reich, JH : *Personality disorders.* WHO, Geneva, 1993, 66 p.
13. Loranger, AW : Dependent personality disorder: Age, sex, axis I comorbidity. J Nerv Ment Dis 184(1):17, 1996.
14. Reich, J : The morbidity of DSM III-R dependent personality disorder. J Nerv Ment Dis 184(1):22, 1996.
15. Hirschfeld, RMA, Shea, MT, Weise, R : Dependent personality disorder: Perspectives for DSM-IV. J Pers Disord 5(2):135, 1991.
16. Skodol, AE, Gallaher, PE, Oldham, JM : Excessive dependency and depression: Is the relationship specific? J Nerv Ment Dis 184(3):165, 1996.
17. Pilkonis, PA : Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. J Pers Disord 2(2):144, 1988.
18. Overholser, JC : Emotional reliance and social loss: Effects on depressive symptomatolog. J Pers Asses 55:618, 1990.
19. Hammen, C, Marks, T, Mayol, A : Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. J Abnorm Psychol 308:308, 1985.
20. Klein, DN, Harding, K, Taylor, EB : Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. J Abnorm Psychol 97:399, 1988.
21. Bagby, RM, Schuller, DR, Parker, JD : Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. Am J Psychiatry 151(4):597, 1994.
22. Reich, J, Perry, JC, Shera, D : Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: Panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. Ann Clin Psychiatry 6(2):125, 1994.
23. Greenberg, RP, Bornstein, RF : The dependent personality: I Risk for physical disorders. J Pers Disord 2:126, 1988.
24. Greenberg, RP, Bornstein, RF : The dependent personality: I Risk for psychological disorders. J Pers Disord 2:136, 1988.
25. Greenberg, RP, Dattore, JP : *The relationship between dependency and the development of cancer.* Psychosom Med 43:35, 1981.
26. Vaillant, GE : Natural history of male psychological health, IV: What kinds of men do not get psychosomatic illness? Psychosom Med 40:420, 1978.
27. Nigg, J, Goldsmith, HH : Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. Psychol Bull 115(3):346, 1994.
28. Benjamin, LS : *Dependent personality disorder.* Dans : *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* Deuxième édition. Guilford Press, New York, London, 1996, 431 p.
29. Birtchnell, J : Defining dependence. Br J Med Psychol 61:111, 1988.
30. Arieti, S : *Psychotherapy of severe depression.* Dans : Arieti, S, Bemporad, J : *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach.* London, Tavistock, 1980, 453 p.
31. Beck, AT, Freeman, A, et coll. : *Dependent personality disorder.* Dans : *Cognitive therapy of personality disorders.* Guilford Press, New York, London, 1990, 396 p.