

Le TPL... en bref!

Introduction au trouble de la personnalité limite

*Diagnostic, origine, évolution,
et traitement*

par

John G. Gunderson, M.D.

REMERCIEMENTS

Cette révision des éditions précédentes de la version anglaise, *A BPD Brief*, rédigée en collaboration avec Dre Cynthia Berkowitz, fait usage des précieux commentaires des participants au McLean's Borderline Center.

TRADUCTION

Le texte a été traduit par madame Lucie Joyal et a été relu par Robin Turcotte, MD.

ABLE DES MATIÈRES

Verso de la page couverture Remerciements

Page 3 **Diagnostic du trouble de la personnalité limite :
Critères diagnostiques du DSM-IV-TR
Aperçu du diagnostic du trouble de la personnalité limite**

Page 4 **Description des critères du DSM-IV-TR**

1. Peur de l'abandon
2. Relations instables, intenses
3. Perturbation de l'identité

Page 5 4. Impulsivité
5. Comportements suicidaires ou autodestructeurs
6. Instabilité affective
7. Vide
8. Colère
9. Anomalies du sens de la réalité

Page 6 **Origine du trouble de la personnalité limite**

A. Tempérament biogénétique inné

Page 7 B. Facteurs psychologiques
C. Facteurs sociaux et culturels

Page 8 D. État des théories concernant l'origine et la
pathologie du trouble de la personnalité limite

Évolution du trouble de la personnalité limite Suicidalité et comportement autodestructeur

Page 10 **État actuel du traitement**

- A. Hospitalisation
- B. Psychothérapie

Page 11 C. Thérapie comportementale dialectique
D. Thérapie cognitivo comportementale
E. Thérapie familiale
F. Thérapies de groupe

Page 12 **Conclusion**

Page 13 **Ressources**

Page 14 **Organismes de soutien à la publication**

Diagnostic du trouble de la personnalité limite

* Critères diagnostiques du DSM-IV-TR

Une instabilité omniprésente dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects, ainsi qu'une impulsivité marquée commençant à se manifester au début de l'âge adulte dans divers contextes, tel qu'ils se présentent dans au moins cinq critères parmi les suivants :

- (1) Des efforts effrenés afin d'éviter un abandon réel ou imaginé.
Remarque : Ne comprennent pas les comportements suicidaires ou autodestructeurs du 5^e critère.
- (2) Des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par une alternance entre les extrêmes de l'idéalisation et de la dévalorisation.
- (3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi.
- (4) Impulsivité dans au moins deux domaines ayant un potentiel autodestructeur (ex. dépenses, sexe, toxicomanie, conduite auto dangereuse, boulimie).
Remarque : Ne comprennent pas les comportements suicidaires ou autodestructeurs du 5^e critère.
- (5) Comportement, gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilation récurrents.
- (6) Instabilité affective causée par une réactivité marquée de l'humeur (ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété qui dure habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- (7) Sentiments chroniques de vide.
- (8) Colères inappropriées et intenses ou de la difficulté à maîtriser sa colère (p. ex., sautes d'humeur fréquentes, colère constante, batailles récurrentes).
- (9) Idées passagères de persécution ou symptômes dissociatifs graves en situation de stress.

* *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publié par The American Psychiatric Association

Aperçu du diagnostic du trouble de personnalité limite

Chaque personne a sa propre personnalité : des façons de percevoir, de se mettre en rapport avec le milieu et avec soi-même. Cependant, lorsque ces traits sont rigides, mal adaptés et qu'ils mènent à une incapacité fonctionnelle importante ou à une détresse subjective, on parle alors d'un *trouble de la personnalité*.

Onze troubles de la personnalité sont connus et parmi ceux-là, le trouble de la personnalité limite est le plus répandu, le plus complexe et l'un des plus dévastateurs, avec un taux de suicide allant jusqu'à 10 % chez les personnes ayant reçu ce diagnostic. Les patients atteints du trouble de la personnalité limite constituent approximativement de 1 à 2 % de la population générale, jusqu'à 20 % de tous les patients hospitalisés en psychiatrie et 15 % de tous les patients vus en consultations externes. Les trois-quarts des patients ayant reçu ce diagnostic sont des femmes.

Le diagnostic du trouble de la personnalité limite est souvent occulté par d'autres problèmes de santé mentale, tels que la dépression, le trouble bipolaire, la toxicomanie, les troubles anxieux et les troubles alimentaires. Par ailleurs, le trouble peut se manifester de différentes façons puisque seulement cinq des neuf critères du trouble de la personnalité limite (*voir à la page 4*) sont suffisants pour établir le diagnostic. De plus, les symptômes fluctuent souvent.

À la suite d'observations cliniques effectuées depuis les années 1930 et d'études scientifiques menées dans les années 1970, les psychiatres ont établi que les personnes présentant des comportements autodestructeurs, un vécu émotionnel intense et des relations interpersonnelles orageuses constituaient un *trouble de la personnalité*. Le terme « limite » reflétait une croyance selon laquelle ces patients étaient atteints d'une forme atypique (« limite ») d'autres conditions et qu'ils défiaient toutes limites ou contraintes auxquelles on les soumettait. Le diagnostic a été reconnu en 1980. Bien que beaucoup de progrès au niveau des connaissances et du traitement ont été réalisés au cours des 25 dernières années, le terme « limite » a souvent freiné ces progrès à cause de sa connotation négative. Les symptômes de ce trouble sont difficiles à traiter et suscitent souvent des sentiments de colère et de frustration chez les personnes aidantes ce qui fait en sorte que plusieurs professionnels refusent souvent d'établir le diagnostic.

Il est important de reconnaître que le diagnostic du trouble de personnalité limite est un moyen d'expliquer un ensemble de symptômes problématiques dans la vie d'une personne. Étant donné que les symptômes impliquent des façons de se percevoir et d'interagir avec soi-même et avec le monde, on considère qu'ils font partie d'un « trouble de la personnalité ». Il ne s'agit en aucun cas de juger la personne.

Description des critères du DSM-IV TR

Tel que mentionné auparavant, pour recevoir le diagnostic du trouble de la personnalité limite, il faut présenter 5 des 9 critères énoncés dans le DSM-IV TR. Voici une description plus détaillée de ces symptômes :

- 1. Peur de l'abandon.** La perception d'une séparation ou d'un rejet imminent ou la perte de structures externes peut déclencher chez le patient atteint du trouble de la personnalité limite des changements de l'image de soi, de son affect, de ses perceptions et comportements. Ces personnes sont très sensibles au contexte et à l'environnement et peuvent ressentir une peur intense d'abandon, de même qu'une colère inappropriée même lorsqu'elles ne sont placées que devant une séparation de durée limitée ou lorsque qu'elles doivent vivre des changements imprévus dans ce qu'elles avaient planifié. Elles croient parfois que ces séparations surviennent parce qu'elles sont « méchantes ». Cette peur de l'abandon témoigne de leur incapacité à supporter la solitude et de leur besoin d'être entourée de gens. Des efforts effrénés pour éviter l'abandon peuvent se traduire par des actions impulsives telles que des comportements suicidaires ou d'automutilation. On pense que la peur de l'abandon est un symptôme résultant d'un attachement précoce insécurisant et qu'elle pourrait avoir une composante héréditaire. Il faut distinguer cela de l'angoisse de séparation, plus répandue.
- 2. Relations instables et intenses.** Les personnes ayant un trouble de personnalité limite ont souvent de la difficulté à investir les proches (c'est-à-dire, les sources potentielles de soins ou de protection) autrement qu'en les idéalisant (s'il y a gratification) ou en les dévalorisant (s'il n'y a pas de gratification). Ceci fait référence à la pensée dualiste « noir ou blanc » ou à la notion de clivage. Lorsque la colère ressentie envers un proche est menaçante, une perception clivée se produit afin de préserver ce qui est bon chez ce proche. L'instabilité des relations résulte aussi de la difficulté du patient à contrôler ses émotions et à gérer ses impulsions, sa difficulté à tolérer la solitude et sa peur du rejet.
- 3. Perturbation de l'identité.** Ce trouble émane d'une image de soi instable ou indistincte. Les patients ayant un trouble limite tiennent souvent leurs valeurs, leurs habitudes et leurs attitudes de ceux avec qui ils se trouvent. Ces problèmes d'identité sont amplifiés dans le contexte des relations interpersonnelles car ces personnes n'ont pas appris à bien identifier leurs propres émotions et à décoder les motifs et intentions de leurs actions.

4. **Impulsivité.** L'impulsivité de la personne ayant un trouble limite a souvent des effets autodestructeurs ou du moins des intentions. Le comportement impulsif se traduit souvent par l'abus d'alcool ou la toxicomanie, la boulimie, la sexualité à risques et la conduite auto dangereuse. Cela diffère de l'impulsivité que l'on retrouve dans la maniaque-dépression ou le trouble antisocial.
5. **Comportements suicidaires ou autodestructeurs.** Les comportements suicidaires ou auto-agressifs récurrents (tentatives, gestes, menaces) sont caractéristiques du trouble limite. Ce diagnostic vient donc naturellement à l'esprit en présence de comportements autodestructeurs récurrents. Ceux-ci peuvent commencer à se manifester à l'adolescence et sont habituellement déclenchés par des menaces de séparation ou de rejet ou si l'on force le patient à prendre des responsabilités dont il ne veut pas. Ce critère permet d'établir le diagnostic d'un trouble de personnalité limite chez les patients qui présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété.
6. **Instabilité affective.** Dès les débuts, les cliniciens ont remarqué l'intensité, la volatilité et la gamme des émotions exprimées par le patient ayant un trouble limite. Au départ, on a associé cette instabilité émotionnelle à celles des personnes atteintes de troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire). Cependant, ces changements d'humeur (dépression épisodique intense, agitation, colère, panique ou désespoir) ne durent habituellement que quelques heures et l'humeur dysphorique sous-jacente est rarement soulagée par des périodes de bien-être ou de satisfaction. Ces épisodes illustrent la réactivité extrême de la personne au stress, en particulier celui relié aux relations interpersonnelles.
7. **Vide.** Un sentiment chronique de vide, décrit comme un sentiment viscéral intérieur afflige le patient ayant un trouble limite. Il ne s'agit ni d'ennui ni d'angoisse existentielle. Cet état est associé à la solitude et à un grand besoin affectif. Les patients atteints du trouble de personnalité limite utilisent des mots tels que « vide », « manque », « aucun sentiment, aucune pensée, aucun rêve » pour décrire leur vécu.
8. **Colère.** La colère du patient ayant un trouble limite pourrait découler d'un tempérament excessif ou de la réponse du nourrisson à une très grande frustration. Que la cause soit génétique ou environnementale, les patients ressentent de la colère la plupart du temps, même lorsque cette dernière n'est pas exprimée ouvertement. La colère peut être provoquée par leur perception qu'une personne significative pour eux les néglige, les prive, les abandonne ou ne se soucie pas d'eux. L'expression de la colère est souvent suivie de honte et de culpabilité, ce qui contribue à leur sentiment d'être méchants.
9. **Distorsion de la réalité.** Les patients peuvent éprouver des symptômes de dissociation : un sentiment d'être dépersonnalisé ou que le monde est irréel. Ces symptômes sont généralement de courte durée, ne dépassant pas quelques jours et se produisent souvent pendant des situations extrêmement stressantes. Les patients ayant un trouble limite peuvent également avoir une conscience d'eux-mêmes irréaliste, croyant que les gens les jugent ou parlent d'eux. Par ailleurs, ces distorsions de la réalité doivent être distinguées de celles que l'on retrouve dans d'autres pathologies car en général, au moyen de « feedbacks », ces patients sont capables d'apporter des correctifs à leurs distorsions de la réalité.

Les traits caractéristiques du trouble limite sont généralement subdivisés en trois facteurs, un pour chaque tempérament (autre terme : « phénotype ») sous-jacent :

1. Dérèglement de l'affect (critères 6 et 8)
2. Impulsivité (critères 4 et 5)
3. Attachement perturbé (critères 1, 2 et 6)

Origine du trouble de la personnalité limite

Le trouble de la personnalité limite est causé par une combinaison complexe de facteurs génétiques, sociaux et psychologiques. Toutes les théories modernes s'accordent à présent pour affirmer que plusieurs causes doivent interagir pour que le trouble se manifeste et que plusieurs facteurs de risque y sont associés. Les facteurs de risque comprennent ceux qui sont présents à la naissance, qu'on appelle le tempérament, les expériences vécues pendant l'enfance et les influences subies dans l'environnement.

A. Tempérament biogénétique inné

Le pourcentage de facteurs innés, appelé aussi « niveau d'hérédité » à la base du trouble de la personnalité limite, serait de 68% et est à peu près semblable à celui du trouble bipolaire. Ce qu'on croit être héréditaire n'est pas le trouble comme tel, mais les prédispositions biogénétiques, c'est-à-dire le tempérament. En d'autres mots, le trouble de la personnalité limite ne se développe que chez les enfants nés avec un ou plus des trois tempéraments indiqués ci-dessus: le dérèglement de l'affect, l'impulsivité et l'attachement perturbé. Cela les prédispose à éprouver des problèmes liés aux émotions, à l'impulsivité et/ou aux relations interpersonnelles. Chez les enfants possédant ces tempéraments, les facteurs environnementaux peuvent alors limiter ou exacerber de façon importante ces traits de caractère innés.

Plusieurs études ont démontré que les troubles liés à la régulation des émotions ou à l'impulsivité sont proportionnellement plus élevés parmi les autres membres de la famille des patients. Le tempérament caractérisé par une inadaptation de l'affect/des émotions prédispose les personnes à être facilement bouleversées, fâchées, déprimées et anxieuses. Le tempérament relatif à l'impulsivité prédispose les personnes à agir sans penser aux conséquences ou même à rechercher sciemment les activités dangereuses. Le tempérament relatif à l'attachement perturbé repose sur une sensibilité extrême à la séparation ou au rejet. Une autre théorie suggère que les patients ayant un trouble de la personnalité limite naissent avec une agressivité excessive d'origine génétique plutôt qu'environnementale. Un enfant né avec un tempérament placide ou passif aurait peu de risque de présenter un trouble limite.

Un plus grand besoin d'affiliation chez les filles et un comportement plus instrumental chez les garçons expliqueraient en partie pourquoi le diagnostic est plus fréquent chez les femmes (environ 75%). Ce qui tend à démontrer que le trouble est, en tout premier lieu, d'ordre relationnel. À l'inverse, la personnalité antisociale se retrouve surtout chez les hommes (environ 75 % de ce diagnostic) et il pourrait s'agir d'un trouble lié principalement à l'action.

Le contrôle des impulsions, la régulation des émotions et la perception des signaux sociaux sont des tâches complexes nécessitant une fonction neurologique normale. Des recherches sur des patients ayant un trouble de la personnalité limite ont révélé une augmentation de l'incidence des dysfonctions neurologiques, souvent subtiles (exigeant un examen rigoureux). La partie principale du cerveau est l'encéphale, portion supérieure qui interprète l'information provenant des sens et d'où émanent la pensée consciente et les mouvements volontaires. Des recherches préliminaires ont démontré que les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite ont une réaction sérotoninergique réduite lorsque ces zones du cerveau sont stimulées. Ces niveaux plus faibles d'activité cérébrale pourraient favoriser un comportement impulsif. Le système limbique, situé au centre de l'encéphale et considéré comme « le cerveau émotionnel », comprend les amygdales cérébelleuses, l'hippocampe, le thalamus, l'hypothalamus et des parties du tronc cérébral. Le volume des amygdales cérébelleuses et de l'hippocampe, au centre du fonctionnement émotionnel, serait plus petit chez les personnes atteintes du trouble de personnalité limite. Il faudra déterminer si de telles constatations neurologiques sont d'origine génétique ou environnementale.

En résumé, la recherche indique que les personnes qui éprouvent de la difficulté à contrôler leurs impulsions et leur agressivité ont des niveaux d'activité cérébrale réduits dans plusieurs zones concernées par ces phénomènes. D'après une théorie, des réductions d'activités mènent à des « erreurs » dans la cueillette, la dissémination et l'interprétation des données, ce qui rend ces personnes plus susceptibles à réagir selon un mode impulsif ou agressif.

B Facteurs psychologiques

Comme pour la plupart des problèmes de santé mentale, le trouble de la personnalité limite ne semble pas associé à une phase de développement précise, distincte. Des recherches tendent à démontrer que durant leur enfance, les personnes ayant un trouble limite n'arrivaient pas à établir des stratégies efficaces pour reconnaître les sentiments et/ou pour identifier adéquatement les intensions de leurs actions et de celles des autres (problèmes au niveau de la « mentalisation »). Ces enfants n'arrivent pas à développer des habiletés mentales de base qui leur permettent d'acquérir une identité stable, compréhensible et prévisible pour eux-mêmes ou pour les autres. Une autre théorie a souligné le rôle important de l'environnement invalidant; i.e. lorsqu'un enfant en vient à croire que ses sentiments, ses pensées et ses perceptions sont inexacts ou sans importance. Soixante-dix pour cent (70 %) des gens souffrant du trouble de la personnalité limite ont signalé avoir subi des abus physiques et/ou sexuels durant leur enfance. Ces traumatismes peuvent contribuer à l'émergence de symptômes tels l'aliénation, la recherche désespérée de relations protectrices et la présence de sentiments intenses qui caractérisent le trouble de la personnalité limite. Comme il y a peu de gens ayant subi des abus physiques ou sexuels qui développent un trouble limite (ou tout autre trouble psychiatrique), il est essentiel de prendre en considération la prédisposition reliée au tempérament. Étant donné que le trouble de la personnalité limite peut se développer en l'absence de telles expériences, les traumatismes ne sont pas suffisants comme explication en soi. Malgré tout, l'agression sexuelle ou toute autre forme d'agression peut créer l'environnement invalidant « ultime ». En effet, lorsque la personne qui prend soin de l'enfant devient l'agresseur, celui-ci aurait besoin d'un clivage qui permettrait de nier les sentiments de haine et de dégoût à l'endroit de ce dernier et permettrait à l'enfant de préserver l'idée d'être aimé. On estime que 30 % des personnes ayant un trouble limite ont vécu la perte de leurs parents en bas âge ou une séparation prolongée d'avec eux. Ces expériences pourraient contribuer à la peur de l'abandon du patient atteint du trouble limite.

Ces patients ont fréquemment signalé s'être senties négligées pendant leur enfance. Parfois, la source de ce sentiment de négligence pourrait être attribuable au sentiment de ne pas être suffisamment compris. Les patients ont souvent signalé qu'ils se sentaient écartés ou détachés de leurs familles. Ils attribuent souvent ces difficultés de communication à leurs parents. Cependant, leur capacité réduite de décrire leurs sentiments ou leurs besoins et de les communiquer ou la résistance à se confier pourraient contribuer de façon importante aux sentiments de négligence et d'aliénation.

Le thème de l'adoption, réelle ou imaginée, se retrouve souvent chez les personnes ayant un trouble limite. En effet, l'espoir et le fait de croire que si seulement des parents idéalisés et rassurants pouvaient être trouvés, les problèmes de leur vie seraient alors réglés, sont au coeur de ce que les patients atteints du trouble de la personnalité limite (qu'ils soient adoptés ou non) recherchent dans leurs relations avec les autres.

C. Facteurs sociaux et culturels

Les résultats de la recherche démontrent que 1 à 2% de la population présente un trouble de personnalité limite. Des facteurs sociétaux et culturels pourraient contribuer à la fluctuation de ce taux de prévalence. Vivre dans une société où le rythme de vie est rapide et stressant, où il y a une grande mobilité et où les situations familiales ont tendance à être instables à cause du divorce, de facteurs économiques ou d'autres pressions sur les parents/tuteurs, pourrait favoriser le développement de ce trouble.

D. État des théories concernant l'origine et la pathologie du trouble de la personnalité limite

Actuellement, les théoriciens cliniques sont d'avis que des composantes biogénétiques et environnementales doivent toutes deux être présentes pour le développement du trouble. Ces facteurs sont variés et complexes. La plupart des gens pourraient avoir une disposition neurobiologique au trouble. Différents types d'environnement pourraient aussi être propices au développement de ce trouble de santé mentale. Ainsi, les familles qui offrent des soins et une éducation acceptables pourraient constater que le trouble s'est développé chez leur enfant. Par ailleurs, plusieurs enfants subissent des ravages incalculables aux mains de leurs parents/tuteurs et ne manifestent pas de symptômes du trouble de la personnalité limite. La meilleure explication semble être celle de la confluence des facteurs environnementaux avec un enfant sensible, instable sur le plan affectif, qui éprouve de la difficulté à interpréter le monde, y compris la signification des comportements de l'adulte qui s'en occupe.

Évolution du trouble de la personnalité limite

Le trouble de la personnalité limite se manifeste habituellement au début de l'âge adulte, mais il existe une certaine variabilité. Au fur et à mesure que les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite prennent de l'âge, leurs symptômes ou la gravité de la maladie ont tendance à diminuer. En effet, environ 40 à 50 % des patients souffrant du trouble limite se rétablissent au bout de deux ans et ce taux grimpe à 75 % au bout de six ans. Le pronostic du trouble de la personnalité limite est bon car on n'observe habituellement pas de rechute. Des recherches portant sur l'évolution de ce trouble ont démontré que les cinq premières années du traitement sont habituellement celles qui comportent le plus de crises. Une série de relations intenses, instables qui prennent fin de manière abrupte et où s'enchaînent des comportements autodestructeurs ou suicidaires est caractéristique. Bien que de telles crises puissent persister pendant des années, une diminution de la fréquence et de la gravité des comportements autodestructeurs et des idées suicidaires annonce une amélioration; la fréquence et la gravité des crises poursuivent leur diminution graduelle habituellement sur une période de quelques années. Au cours de cette période, une diminution du nombre d'hospitalisations et de visites à l'hôpital se produit également. Alors qu'environ 60 % des patients hospitalisés pour le trouble de la personnalité limite sont réadmis au cours des six premiers mois, ce taux baisse en moyenne à 35 % au cours d'une période de dix-huit mois à deux ans suivant une première hospitalisation. En général, le recours aux soins psychiatriques diminue graduellement et comporte de plus en plus d'interventions plus brèves, moins intensives.

L'amélioration du fonctionnement sociale se produit plus lentement et de façon moins complète que pour la rémission des symptômes. Environ la moitié des patients ayant reçu le diagnostic du trouble de la personnalité limite parvient éventuellement à atteindre une stabilité relative en se constituant un réseau relationnel intime, en s'insérant sur le marché du travail ou en participant à des groupes de soutien ou à un réseau social ou spirituel. Bien qu'une telle stabilisation ne signifie pas que tous les critères correspondant au trouble de la personnalité limite soient en rémission complète, la vie des patients et de leurs proches est grandement améliorée.

Suicidalité et comportement autodestructeur

Les caractéristiques les plus périlleuses et les plus inquiétantes du trouble de la personnalité limite sont l'automutilation et le risque suicidaire. On estime que 10 % des personnes qui en sont atteintes réussissent à s'enlever la vie. Des comportements d'automutilation volontaires appelés aussi actes parasuicidaires constituent une caractéristique répandue du trouble de la personnalité limite puisqu'ils se produisent chez environ 75 % des patients ayant reçu le diagnostic et à un taux encore plus élevé chez ceux qui ont été hospitalisés. Ces comportements entraînent des cicatrices physiques et peuvent même causer un handicap permanent.

L'automutilation prend plusieurs formes. Les patients souffrant du trouble de la personnalité limite vont souvent s'automutiler sans intention de se suicider. La plupart du temps, les blessures qu'ils

s'infligent sont des coupures, mais ils peuvent aussi se brûler, se donner des coups, se frapper la tête et se tirer les cheveux. Certains actes ne sont pas consciemment autodestructeurs ; c'est le cas de la promiscuité sexuelle à risque, des crises de boulimies, des purges et de l'abus d'alcool et de drogues jusqu'à la perte de conscience.

Les personnes ayant un trouble de la personnalité limite s'adonnent parfois à l'automédication avec de l'alcool, des drogues ou des médicaments sous ordonnance, en tentant de se traiter elles-mêmes pour tenter de contenir l'intensité de leurs émotions et pour les contrôler.

Les raisons qui motivent des comportements d'automutilation sont complexes, peuvent varier d'une personne à l'autre et servir à des fins différentes selon le contexte. Environ 40 % des actes d'automutilation commis par des patients ayant un trouble limite se produisent au cours d'expériences dissociatives, résultant de moments d'anxiété extrême avec des sensations d'engourdissement et de vide. Les patients constatent que s'infliger de la douleur physique génère une sensation de détente et de soulagement atténuant temporairement des réactions émotionnelles insupportables. Ces actes peuvent également servir de moyen de communication avec les autres ou de tentative d'appel à l'aide. Sur le plan neurochimique, ces actes pourraient occasionner la libération de substances chimiques pouvant atténuer, du moins temporairement, le bouleversement intérieur. La douleur entraîne la production par le cerveau d'opioïdes naturelles, les endorphines. Parfois, l'automutilation semble être le seul moyen de ressentir quelque chose. Les comportements autodestructeurs peuvent aussi induire une dépendance et l'un des premiers objectifs du traitement sera de briser ce cycle.

Bien que 10 % des personnes souffrant du trouble de la personnalité limite se suicident, les idées suicidaires sont omniprésentes chez cette population.

Parfois, ces personnes font des tentatives de suicide lorsqu'elles se sentent seules ou rejetées ou lorsque vivre leur semble si souffrant que cela devient intolérable. Ces tentatives sont parfois commises sous l'effet de l'alcool ou de drogues, alors que les inhibitions des personnes sont levées. Elles ont parfois un plan plus ou moins élaboré pour être secourues; ce sont des tentatives de contact avec les autres pour soulager l'intolérable sentiment de solitude vécu.

Outre la toxicomanie, la dépression majeure peut augmenter le risque de suicide. Environ 50% des personnes ayant un trouble de la personnalité limite traversent une crise dépressive majeure au moment de recourir à un traitement. Près de 70% des personnes ayant un trouble limite connaîtront un épisode de dépression majeure au cours de leur vie. Lorsque la dépression coexiste avec l'incapacité à tolérer les d'émotions intenses, la tendance aux gestes impulsifs est exacerbée. Il est donc très important d'évaluer soigneusement l'humeur des patients et de traiter la dépression le cas échéant en ayant recours aux médicaments, si nécessaire.

Évidemment, les familles et les proches des patients sont très préoccupés par les menaces ou la survenue d'actes suicidaires. Leurs réactions varient énormément, allant de la volonté de protéger ou de surprotéger le patient jusqu'à la frustration ou la colère lorsque le comportement est perçu comme une trop grande demande d'attention. Le risque de suicide suscite la peur, la colère et l'impuissance. C'est pourquoi il est très important que les membres des familles demandent de l'aide professionnelle pour assurer la sécurité des patients lorsqu'il y a un risque de blessure ou qu'un patient a déjà commencé à s'automutiler.

La personne ayant un trouble limite peut exiger de ses proches de garder le secret sur ses propos ou ses comportements, mais ceux-ci doivent accorder la priorité à la sécurité. Le patient, les personnes chargées du traitement et la famille ne pourront collaborer de façon efficace et avec une volonté sincère si les menaces ou l'exécution d'actes autodestructeurs sont tenues secrètes. Les membres des familles/amis n'ont pas à vivre avec le spectre de ces comportements et les patients n'accompliront aucun progrès thérapeutique tant que ces comportements sont présents.

Une fois réglées les préoccupations d'ordre sécuritaire avec l'aide d'équipe professionnelle, les membres des familles/amis peuvent jouer un rôle important pour prévenir la récurrence des menaces d'autodestruction simplement en étant présents et attentifs à leur proche, sans critiquer, ni rejeter, ni désapprouver.

État actuel du traitement

Au cours des dernières décennies, le traitement du trouble de la personnalité limite a changé radicalement et en retour, le pronostic s'est amélioré de façon importante.

L'une des premières questions qui se pose aux familles et aux proches est de savoir comment et quand s'en remettre aux professionnels. Il est souhaitable que la personne chargée du traitement ait de l'expérience clinique avec les patients atteints du trouble limite. Lorsqu'il s'agit d'une équipe de plusieurs professionnels, il est important que leurs approches soient compatibles et qu'ils communiquent les uns avec les autres. Le soutien des membres de la famille quant au traitement est tout aussi important.

A. Hospitalisation

L'hospitalisation des patients est habituellement limitée à la gestion des crises (y compris les situations où la sécurité de la personne est précaire). Les hôpitaux offrent un endroit sécuritaire où le patient a l'occasion de prendre du recul par rapport à une situation de crise particulière et où les professionnels peuvent évaluer les problèmes psychologiques et sociaux du patient, ainsi que ses ressources. Il n'est pas rare que le traitement médicamenteux soit modifié sous surveillance professionnelle et dans un milieu contrôlé. Les hospitalisations sont habituellement de courte durée.

B. Psychothérapie

La psychothérapie est la pierre angulaire du traitement des patients ayant un trouble limite. Le développement d'un lien d'attachement significatif avec le thérapeute est généralement essentiel afin que la psychothérapie produise des effets bénéfiques. Ceci n'est pas facilement établi étant donné les grands besoins et les peurs à l'égard des relations interpersonnelles de ces patients.

Pour leur part, les thérapeutes sont parfois très inquiets à l'idée de travailler avec des patients atteints du trouble limite car leurs symptômes peuvent être aussi difficiles à gérer pour les professionnels que pour les membres des familles. L'intervenant peut assumer le rôle d'un soignant protecteur, puis ressentir de la colère et de la peur lorsque le patient adopte des comportements dangereux et mal adaptés. Même les thérapeutes les plus compétents et les plus motivés voient parfois leurs patients atteints du trouble limite mettre fin abruptement à la thérapie. Cependant, bien qu'elles aient été vécues comme un échec par les patients, ces brèves thérapies ont souvent été utiles pour aider le patient à traverser une période qui aurait été insurmontable autrement.

On recommande pour la psychothérapie individuelle une à deux visites par semaine chez un clinicien d'expérience pendant une période d'un an à six ans. Les thérapeutes ont intérêt à être actifs et maintenir des objectifs réalistes par rapport au changement et à la participation du patient. Pour que la thérapie d'un patient atteint du trouble limite soit efficace, il est souhaitable que des sentiments de confiance et de rapprochement émergent envers le thérapeute (ce qui peut ne pas avoir fait partie de la vie du patient jusqu'à ce moment-là) dans l'espoir que cela améliorera aussi la capacité du patient à établir des relations de cette nature avec d'autres. La validation est une approche permettant à la personne de s'engager sur le chemin de la reconnaissance et de l'acceptation d'elle-même.

À l'heure actuelle, deux types de thérapies psychodynamiques (autre terme : psychanalytiques) ont fait leurs preuves. La psychothérapie concentrée sur le transfert met l'accent sur l'interprétation de la signification des comportements du patient à l'intérieur de ses relations, en particulier celle qui le lie au thérapeute. Cette psychothérapie met aussi l'accent sur l'importance des expériences liées à la colère. La thérapie fondée sur la mentalisation met l'accent sur l'importance de reconnaître son propre état d'esprit (sentiments/attitudes) et celui des autres en tant que moyen d'expliquer les comportements.

C. Thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique combine des modes de thérapie individuelle et de groupe et vise à enseigner au patient atteint du trouble limite des habiletés pour qu'il puisse réguler ses états émotionnels intenses et minimiser ses comportements autodestructeurs. Le concept du contact avec soi – qui suppose un éveil et une attention par rapport à la situation actuelle, ainsi qu'un équilibre adéquat des états cognitifs et émotionnels menant à un « esprit sage », où les connaissances intuitives sont combinées aux expériences émotionnelles et à l'analyse logique – se situe au cœur de la thérapie comportementale dialectique. En plus du concept de contact avec soi, la thérapie comportementale dialectique aborde la gestion émotionnelle, les habiletés permettant de mieux tolérer la détresse et les habiletés relationnelles. L'approche proactive de cette thérapie, qui vise la résolution de problèmes, obtient rapidement l'adhésion des patients ayant un trouble limite qui sont motivés à changer.

D. Thérapie cognitivo comportementale

La thérapie cognitivo comportementale requiert du patient qu'il examine et remette en question ses croyances de base et la perception qu'il a de lui et de ses façons d'interagir avec le monde. Les patients atteints du trouble limite adoptent souvent des modèles de pensée qui sont difficiles à comprendre et à modifier. La thérapie cognitivo comportementale est plus neutre quant au vécu émotionnel et plus structuré que la thérapie psychodynamique. Au cours des premières phases du traitement, elle pourrait occuper une place de choix parmi les stratégies de réinsertion sociale globales dont plusieurs patients ont besoin.

E. Thérapie familiale

Les parents et les conjoints ont souvent un lourd fardeau à porter. Ils se sentent habituellement jugés et critiqués injustement lorsque les personnes ayant un trouble de la personnalité limite leur jettent le blâme pour leurs souffrances. En réalité, pour le patient atteint du trouble limite, comme pour ceux qui l'aiment, avoir à vivre avec ce trouble représente tout un défi à relever au quotidien. C'est pourquoi, les membres de la famille apprécient d'être renseignés à propos du diagnostic, du pronostic, des attentes réalistes par rapport au traitement et de ce qui est attendu d'eux. De telles interventions améliorent souvent les communications, atténuent l'aliénation et soulagent le fardeau de la famille. On doit habituellement faire un effort considérable pour établir une alliance entre les membres de la famille et le patient avant d'entreprendre la thérapie familiale. Pour commencer une thérapie familiale en consultations externes, le patient ayant un trouble limite doit être motivé à participer et doit avoir acquis la capacité de communiquer avec des mots (plutôt que par des actions) et d'écouter. Il est tout aussi important qu'on évalue la motivation des membres de la famille et leur capacité de participer de manière significative.

F. Thérapies de groupe

Les thérapies de groupe comprennent les groupes de patients sélectionnés, dirigés par des professionnels, et les groupes d'entraide composés de gens qui se réunissent pour discuter de problèmes communs. Ces deux types de thérapie constituent des traitements efficaces.

Les interventions effectuées au moyen de la thérapie comportementale dialectique et de la thérapie cognitivo comportementale prennent la forme d'un cours ou d'un atelier dans lequel l'animateur oriente le travail et donne des devoirs entre les séances. Les patients ayant un trouble limite montrent parfois de la résistance vis-à-vis des groupes interpersonnels ou psychodynamiques où ils doivent exprimer des sentiments intimes ou faire des révélations personnelles. Ces forums peuvent justement s'avérer utiles pour ces mêmes raisons en leur offrant l'occasion d'apprendre de personnes ayant un vécu semblable. Combiné aux autres modalités dont il est question ici, cela peut favoriser grandement l'évolution du traitement.

Plusieurs patients ayant un trouble limite seront plus enclins à faire partie de groupes d'entraide, tels que les AA ou les groupes qui s'occupent de problèmes tels les troubles de l'alimentation ou de groupes de soutien pour victimes d'abus sexuels, par exemple. Ces groupes d'entraide offrent un réseau de pairs soutenant et peuvent s'avérer utiles comme complément de traitement.

Conclusion

Le trouble de la personnalité limite est relativement nouveau dans le système diagnostique de la psychiatrie. Malgré sa prévalence en milieu clinique et son énorme coût pour la santé publique, ce trouble n'a reçu que récemment l'attention qu'il mérite. Cela est visible avec l'émergence de groupes de parents défenseurs/de sensibilisation/de soutien. Aux États-Unis, le trouble de la personnalité limite a été mis en priorité par le *National Institute of Mental Health (NIMH)* et par le *National Alliance on Mental Illness (NAMI)* en 2006.

Notre compréhension du trouble lui-même subit des bouleversements. Alors qu'on a déjà pensé que son étiologie était exclusivement d'ordre environnemental, nous savons à présent qu'elle a un lien avec la génétique. Alors qu'on a déjà pensé qu'il s'agissait d'un trouble chronique et résistant aux changements, nous savons à présent qu'il jouit d'un excellent pronostic. Finalement, alors qu'on a déjà pensé que le traitement du trouble de la personnalité limite nécessitait un engagement héroïque, nous disposons à présent d'une gamme d'interventions adaptées à leurs besoins qui peuvent donner des résultats significatifs.

RESSOURCES

Site Internet : personnalitelimite.org

Ce site se veut être un portail permettant de regrouper et de diffuser de l'information sur ce trouble mental, sur les différentes approches de traitement et recherches en cours, sur les stratégies saines et efficaces pour démystifier et aider à identifier des moyens pour diminuer la souffrance des personnes aux prises avec le trouble de la personnalité limite, ainsi que pour les proches (parents et amis). Il veut aussi être un point de rencontre des divers établissements et organismes communautaires dans le but d'aider les gens (demandeurs de soins et utilisateurs de service) et leurs proches qui sont à la recherche de soutien à repérer les ressources le plus près de chez eux.

www.personnalitelimite.org

Behavioral Tech

Recommandation de services pour le TPL, formation et ressources

4556 University Way NE, Suite 200, Seattle, WA 98105

(206) 675-8588

www.behavioraltech.com

information@behavioraltech.org

Borderline Personality Disorder Resource Center

Recommandation de ressources et de traitements pour le TPL

New York-Presbyterian Hospital-Westchester Division

Macy Villa, 21 Bloomingdale Road,

White Plains, New York, 10605

(888) 694-2273

www.bpdresourcecenter.org

info@bpdresourcecenter.org

Middle Path

Mesures d'encadrement pour TCD et TPL, défense et éducation

PO Box 541 481

Waltham, MA 02454

www.middle-path.org

interest@middle-path.org

National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD)

Conférences sur le TPL, publications, vidéos et éducation

PO Box 974, Rye, NY 10580

(914) 835-9011

www.borderlinepersonalitydisorder.com

neabpd@aol.com

NEA-BPD ©Family Connections

Cours d'une durée de 12 semaines à l'intention des membres des familles : éducation, stratégies d'adaptation et soutien

(914) 835-9011

www.borderlinepersonalitydisorder.com

info@neabpd.org

New England Personality Disorder Association (NEPDA)

Ateliers sur le TPL à l'intention des familles, conférences régionales, éducation, défense et soutien

115 Mill St. Belmont MA 02478

(617) 855-2680

www.nepda.org

info@nepda.org

La publication et la distribution du *Document d'information sur le trouble de la personnalité limite* sont rendues possibles grâce au soutien des organismes suivants :

**The New England Personality
Disorder Association**

(NEPDA)

McLean Hospital

115 Mill Street

Belmont, MA 02478

Téléphone : (617) 855-2680

Courriel : info@nepda.org

Site Web : www.nepda.org

**National Education Alliance for
Borderline Personality Disorder**

(NEA-BPD)

P.O. Box 974

Rye, NY 10580

Téléphone : (914) 835-9011

Courriel : neabpd@aol.com

Site Web : www.borderlinepersonalitydisorder.com

**Borderline Personality Disorder
Resource Center**

New York-Presbyterian Hospital

Westchester Division

Macy Villa, 21 Bloomingdale Road

White Plains, NY 10605

Téléphone : (888) 694-2273

Courriel : info@bpdresourcecenter.org

Site Web : www.bpdresourcecenter.org

Pour obtenir des exemplaires du document *Le TPL... en bref!*, veuillez communiquer avec :
The Borderline Personality Disorder Resource Center