

# Le trouble de la personnalité limite

## Au-delà du patient difficile?

Pierre David, MD, FRCPC, et David Gaudreault, M.Ps.

Présenté par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de : *La psychiatrie*, septembre 2004

### Le cas de Marie-Ève



Marie-Ève a 24 ans et se présente à l'urgence pour des symptômes d'anxiété et de dépression. Elle se dit désespérée depuis la rupture avec son ami et présente des idées suicidaires intensifiées depuis deux jours.

Le docteur Latendresse évalue sommairement la symptomatologie actuelle, les antécédents médicaux, les habitudes de consommation de cannabis et fait un examen mental sommaire. L'entrevue se déroule à l'urgence, le temps est limité, mais devant la détresse exprimée par la patiente, le docteur Latendresse accorde plus de 40 minutes de soutien et de conseils. Marie-Ève se relie exceptionnellement bien et remercie chaleureusement son médecin.

Elle quitte avec une ordonnance (lorazépam, 1 mg, 3 fois par jour, au besoin et paroxétine, 20 mg, 2 fois par jour). Quatre jours plus tard, Marie-Ève joint par téléphone le Dr Latendresse à sa clinique privée, lui disant qu'elle a perdu ses médicaments. Une prescription téléphonique est faite pour deux semaines. Deux jours plus tard, Marie-Ève fait une tentative de suicide avec les médicaments prescrits. L'équipe médicale se montre irritée et perplexe.

### Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité?

Le trouble de la personnalité se caractérise par un dysfonctionnement au long cours dans les sphères affectives, relationnelles, comportementales et identitaires. Bien que les problématiques relationnelles, les symptômes affectifs ou les remises en question soient des éléments courants de la vie, le trouble de la personnalité se caractérise par la gravité du dysfonctionnement et par sa persistance au fil des ans. Le trouble limite (ou *borderline*) quant à lui se caractérise par une prépondérance de l'instabilité dans l'ensemble de ces sphères et il est le plus susceptible d'entraîner des difficultés relationnelles avec les médecins et les autres spécialistes de la santé. Il est un des dix troubles reconnus par la classification américaine. La présence de cinq critères ou plus sur neuf signe le diagnostic (tableau 1).

### Pourquoi sont-ils des patients difficiles?

#### Le diagnostic difficile à établir

- Le recueil de l'information nécessaire pour poser un diagnostic est ardu. Les patients ont

Tableau 1

### Les critères adaptés du DSM-IV

#### Dérèglement émotionnel

1. Instabilité affective/réactivité marquée de l'humeur (montagnes russes)
2. Sentiment fréquent et intense de colère

#### Dérèglement interpersonnel

3. Efforts pour éviter les abandons
4. Relations interpersonnelles intenses et instables

#### Dérèglement comportemental

5. Gestes ou menaces suicidaires répétés
6. Impulsivité (sexualité, jeu, toxicomanie, argent, conduite automobile, etc.)

#### Dérèglement identitaire

7. Perturbation de l'identité (instabilité marquée de l'image de soi)
8. Sentiments chroniques de vide et difficulté à tolérer la solitude

#### Dérèglement cognitif

9. Symptômes paranoïdes ou dissociatifs transitoires lors de stress

souvent une autocritique limitée en ce qui a trait aux dérèglements interpersonnels et la sphère identitaire est généralement difficile à bien objectiver.

- Les présentations cliniques sont très variées : il y a plus de 7 381 différentes possibilités de présenter le diagnostic (5 critères ou plus sur 9).

- La plupart des tableaux cliniques rencontrés sont complexifiés par la présence de maladies psychiatriques et médicales comorbides (maladie affective, toxicomanie, hygiène de vie déficitaire, dont des troubles de l'alimentation et du sommeil, etc.).

### Le risque et l'imprévisibilité

Les symptômes du trouble limite impliquent plusieurs composantes de dangerosité. En effet, 75 % des patients posent des gestes suicidaires et près de 10 % se suicident. Les comportements impulsifs, l'automutilation et les accès de colère sont autant d'éléments qui éloignent de la relation traditionnelle du médecin avec un patient collaborateur, observant et même reconnaissant!

### Une relation où peuvent se réactiver les conflits

Le clivage et la projection étant des mécanismes de défense privilégiés chez le patient limite, la relation avec le médecin se retrouvera assujettie aux mouvements d'idéalisation et de dévalorisation

généralisés par l'instabilité des perceptions où les considérations entre la relation thérapeutique et les stressors extérieurs se confondent fréquemment. Afin de se préserver des sentiments d'abandon et de frustration, entre autres, le patient présente, par moment, un mode relationnel s'apparentant au « duel » où les comportements impulsifs et les mises en échec des interventions effectuées constitueront un aperçu des tentatives de transgression du cadre thérapeutique. De tels éléments, même subtils, pourront amener une incompréhension et un contre-transfert négatif massif chez le médecin.

### Les problématiques d'établissement d'une démarche thérapeutique

Les difficultés à établir une démarche thérapeutique et la préoccupation de « ne pas nuire » ont limité l'implication de plusieurs médecins auprès de ces patients. Dans les années 1990, un courant de pensée très important préconisait le non traitement comme étant le meilleur traitement! À vrai dire, la recherche soutient l'amélioration symptomatologique de

## Le trouble de la personnalité

la majorité de ces patients : les bienfaits de certaines thérapies ont été validés, des guides thérapeutiques sont élaborés et l'importance des interventions à court terme ne fait plus de doute.

### Comment faire et que traiter?

#### L'attitude

L'ouverture et la transparence sont préconisées pour cette clientèle hétérogène se retrouvant à tous les points de service du réseau de la santé et ce, autant en lien avec des préoccu-

pations physiques que psychiques.

#### La démarche

Le patient ayant lui-même peu d'aptitude à mettre en contexte et à faire des demandes réalistes, une démarche thérapeutique structurée a tout avantage à être adoptée pour ces patients. Le tableau 2 précise les éléments incontournables à considérer pour toute clientèle, mais dont le respect s'avère souvent difficile pour les patients limites. Une association basée sur la structure et la

Tableau 2

#### Les incontournables

1. Préciser le diagnostic.
2. Préciser les visées de toute intervention.
3. Préciser les attentes du patient et valider la compréhension qu'il a de sa problématique.
4. Réévaluer systématiquement les bénéfices des interventions.
5. Évaluer le risque de passage à l'acte.
6. Considérer le risque de dépendance ou d'abus.
7. Maintenir une constance dans ses propos et dans l'application du cadre.
8. Demeurer « attentif » à son contre-transfert.
9. Bien documenter le dossier médical.
10. En cas de difficultés... consulter un collègue.

# Un pas de plus vers la maîtrise



ACCURETIC\* est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle chez les patients pour lesquels un traitement d'association est approprié. L'association fixe ne doit pas servir au traitement initial.

ACCUPRIL\* est indiqué pour traiter l'hypertension essentielle quand les diurétiques et les bêtabloquants ne conviennent pas.

MISE EN GARDE : Comme pour tout inhibiteur de l'ECA, consulter les mises en garde concernant l'arrêt du traitement en cas d'œdème angioneurotique ou de grossesse.

Consulter les monographies de ces produits pour obtenir les renseignements posologiques complets.

† Étude multicentrique d'une durée de 8 semaines à réglage posologique systématique, menée en mode parallèle et à double insu, après répartition aléatoire de 368 patients dans 3 groupes de traitement. Les patients des 2 sexes, âgés de 18 ans ou plus, devaient avoir une TAD B 105 mmHg et A 120 mmHg en décubitus, après la phase placebo. Au cours des 4 premières semaines, les patients ont reçu 10 mg de quinapril et un placebo OU 10 mg de quinapril et 12,5 mg d'HCTZ OU encore un placebo et 12,5 mg d'HCTZ, 1 fois par jour. Après 4 semaines, les doses ont été doublées et le traitement s'est poursuivi durant 4 autres semaines, sauf si la TA en décubitus se situait sous 120/80 mmHg ou pour toute autre raison médicale, auquel cas les doses n'ont pas été doublées. Pour évaluer l'efficacité du traitement, on s'est servi des résultats obtenus chez 318 patients traités à faibles doses et 284 patients traités à fortes doses. Les variations de la TA en décubitus par rapport aux valeurs initiales ont été les suivantes : -13,1/-12,1 mmHg pour le quinapril à 10 mg; -11,6/-12,5 mmHg pour l'HCTZ à 12,5 mg; -17,7/-14,6 mmHg pour l'association à faibles doses; -19,7/-17,0 mmHg pour le quinapril à 20 mg; -20,4/-17,2 mmHg pour l'HCTZ à 25 mg; -27,1/-19,5 mmHg pour l'association à fortes doses.

† Toutes les teneurs sont offertes au même prix. Le prix n'inclut pas les honoraires du pharmacien. Consulter la monographie du produit pour obtenir les renseignements posologiques complets.

constance, mais aussi sur l'empathie permettra au patient de se rallier de façon adéquate et de travailler avec le médecin.

### Les interventions thérapeutiques spécifiques

#### La pharmacothérapie

La stratégie privilégiée demeure le traitement des conditions comorbides (dépression, trouble panique, etc.) et de certains symptômes spécifiques incapacitants. Pour soulager les symptômes affectifs, l'impulsivité grave et les

comportements agressifs, on utilise des antidépresseurs, des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou des neuroleptiques à faible dose. Les symptômes dissociatifs ou la psychose atypique sont soulagés avec des neuroleptiques à faible dose. Le patient doit bien comprendre que les médicaments peuvent, au mieux, aider à diminuer certains symptômes du trouble, mais ne guérissent pas!

#### La psychothérapie

Les interventions concrètes et orientées vers les difficultés objectivables du patient sont recommandées dans un premier temps. Il n'est pas très utile de philosopher sur le sens de la vie ou la corruption dans la société si l'on n'a pas mangé depuis 72 heures! Lorsqu'ils sont adressés hiérarchiquement, les éléments suivants permettent au médecin de baliser

Le **Dr David** est psychiatre, Clinique des troubles de personnalité borderline et Hôpital de jour, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

**M. Gaudreault** est psychologue, Clinique des troubles de personnalité borderline, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

# de la tension artérielle

... avec **ACCURETIC**\*

**Prolongez la maîtrise obtenue avec le quinapril ou l'HCTZ seul, grâce à l'association à doses fixes qui connaît la plus forte croissance.**

- Des baisses tensionnelles nettement supérieures à celles obtenues avec le quinapril ou l'HCTZ en monothérapie ( $p > 0,05$ )<sup>6†</sup>
- Une excellente marge de tolérabilité<sup>3</sup>
- ACCUPRIL\* et ACCURETIC\* – 7 teneurs offertes au même prix<sup>1,3,4†</sup>

Au cours des essais cliniques comparatifs sur ACCURETIC\*, les céphalées (6,7 %), les étourdissements (4,8 %), la toux (3,2 %) et la fatigue (2,9 %) ont été les effets indésirables les plus fréquents. Consulter la monographie pour la liste complète des effets indésirables.



Notre passion, la vie

© 2005  
Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

\*M.C. de Parke, Davis & Company  
Pfizer Canada Inc., licencié



**ACCURETIC**\*  
(chlorhydrate de quinapril et hydrochlorothiazide)

**PUISSANCE D'UNE MAÎTRISE COMBINÉE**

Voir l'information posologique à la page 94

ses interventions et au patient de structurer ses priorités.

### La gestion d'une crise, l'hygiène de vie et la psychoéducation

Ces interventions sont prioritaires. Elles visent, notamment, l'identification des problématiques et des stresseurs actuels, l'assainissement de l'hygiène de vie et l'élaboration de stratégies pour baliser et prévenir les épisodes de crise. Axée sur le développement de solutions concrètes et réalistes pour le patient, ces interventions comportent une large part d'éléments psychoéducatifs dont le but est d'amener une meilleure connaissance de leur diagnostic et de la problématique présentée.

### L'identification et la gestion des comportements impulsifs

Très incapacitants pour le patient, ces comportements doivent être rapidement ciblés au cours des suivis. L'impulsivité doit avant tout être reconnue et associée aux conséquences qui en découlent pour pouvoir graduellement être identifiée comme l'expression de leur difficulté à se représenter leurs états internes. Ici encore, le développement de stratégies concrètes est prioritaire.

### L'identification et la gestion des affects et des stresseurs

L'identification et la gestion des émotions est une dimension particulièrement déficitaire chez le patient limite, allant d'épisodes répétés de colère ou de rage à l'inhibition des sentiments éprouvés. La difficulté à tolérer les sentiments se rattachant à l'expérience de perdre, dont la tristesse, pourra également être identifiée comme un facteur entravant la capacité à effectuer des deuils. Valider les affects ressentis et les aider à bien identifier les stresseurs

permet au patient de donner un sens à son expérience. C'est un travail à répéter dans la visée de permettre au patient de développer une autonomie dans le processus.

### Le travail sur l'instabilité des représentations de soi et des autres

Il devient pertinent de travailler à ces niveaux seulement après que les points précédents aient été adressés de façon significative et dans la mesure où l'alliance thérapeutique est établie. Cette démarche s'inscrit

## À retenir...

- Le trouble limite se caractérise par une prépondérance de l'instabilité dans l'ensemble de ces sphères et il est le plus susceptible d'entraîner des difficultés relationnelles avec les médecins et les autres spécialistes de la santé.
- Les symptômes du trouble limite impliquent plusieurs composantes de dangerosité.
- La stratégie pharmacologique privilégiée demeure le traitement des conditions comorbides (dépression, trouble panique, etc.) et de certains symptômes spécifiques incapacitants.

## Les symptômes du trouble limite impliquent plusieurs composantes de dangerosité.

à long terme et vise à diminuer l'usage du clivage et de la projection dans les sphères identitaires et relationnelles. Il sera ainsi possible de développer et de soutenir un sens de cohérence interne chez le patient, ce qui l'amènera à un niveau de fonctionnement lui permettant de réaliser davantage son potentiel. *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : [clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)