

Troubles de la personnalité et
psychotraumatisme :
personnalité post-traumatique,
personnalité limite

Jean Michel SIGWARD

- Le polymorphisme clinique des personnalités limites et des « personnalités » post-traumatiques pose la question de leur diagnostique et de leur psychopathologie
- Les décompensations aiguës avec passages à l'acte suicidaires sont fréquentes
- Le polymorphisme des troubles, leur labilité, l'adaptabilité dont font preuve ces patients rend l'identification de ces pathologies particulièrement difficile
- La gravité de ces troubles et leur dangerosité potentielle doit conduire le clinicien à
 - une évaluation diagnostique précise
 - à proposer une stratégie thérapeutique adaptée protégeant le patient des risques liés à cette pathologie complexe

Plan

1. Troubles de la personnalité : définition, classification
2. Personnalités limites : critères diagnostiques
3. « Personnalité » post-traumatique : critères diagnostiques
4. DSM IV
5. Psychopathologie des états limites : historique, traumatismes psychique précoce désorganisateur, angoisse dépressive, deuxième traumatisme désorganisateur
6. Évolution des états de stress post-traumatiques
7. Conclusion : perspectives thérapeutiques

I - Troubles de la personnalité

définition

- Traits de personnalité :
 - Modalité durable d'entrée en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même
 - Ils constituent des troubles s'ils sont rigides, inadaptés et à l'origine d'une souffrance subjective et/ou d'une altération significative du fonctionnement

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

- Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - La cognition (perception et vision de soi-même, d'autrui et des événements)
 - L'affectivité (diversité, intensité, labilité et adéquation de la réponse émotionnelle)
 - Le fonctionnement interpersonnel
 - Le contrôle des impulsions

- Ce mode durable est rigide et entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel...
- Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte

Classification des troubles de la personnalité

- Groupe A : bizarre et excentrique
 - Personnalité paranoïaque
 - Personnalité schizoïde
 - Personnalité schizotypique
- Groupe B : théâtral-émotif
 - Personnalité antisociale
 - Personnalité borderline (limite)
 - Personnalité histrionique
 - Personnalité narcissique
- Groupe C : craintif-anxieux
 - Personnalité évitante
 - Personnalité dépendante
 - Personnalité obsessionnelle-compulsive
 - Troubles de la personnalité non spécifiés

II - Personnalité limite critères diagnostiques

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte.

Au moins 5 des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Mode de relation interpersonnels instables et intenses caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

4. Impulsivité dans au moins deux domaines dommageables pour le sujet : dépenses, sexualité, toxicomanie, boulimie...
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur : dysphorie intense, irritabilité, anxiété durant quelques heures, rarement plus de quelques jours
7. Sentiment chronique de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Éléments cliniques

1. Angoisse

- Diffuse, flottante, labile, facilement envahissante
- Expression paroxystique :
 - Expérience de déréalisation
 - Sensation de perte du sens de la vie et de la cohérence interne
- Le patient lutte contre des :
 - Fantômes d'abandon
 - Sentiments d'annihilation
 - Craintes d'impulsion
 - Peurs d'échouer

2. Symptômes d'apparence névrotique

- fluctuent et sont associés de façon variable
- Symptômes d'allure phobique :
 - concernent le corps ou le regard de l'autre
 - comportent souvent une tonalité persécutrice (phobie du regard, peur de rougir, peur de parler en public)
- Symptômes d'allure obsessionnelle :
 - idées obsédantes, rituels sans rigidité défensive
- Symptômes de conversion :
 - dénués d'érotisation le contexte est agressif, manipulateur
 - États crépusculaires, fugues dissociatives, amnésies
- Symptômes hypochondriaques :

3. Troubles thymiques

- Prévalence des troubles dépressifs 40 à 60%
- Symptomatologie :
 - Rareté du ralentissement psychomoteur
 - Peu de variation circadienne
 - Rareté sentiments de culpabilité
 - Sentiment de rage froide plus que de tristesse
 - Désespoir et le sentiment d'impuissance face à la situation
 - Sentiment de vide avec des sensations d'ennui, de lassitude, de perte de sens de l'existence
 - Sentiment d'anesthésie affective
 - Avidité relationnelle contrastant avec des attitudes d'autosuffisance, d'omnipotence
- Risque de passage à l'acte suicidaire impulsif majeur

JMS 2005 L'intensité de la dépression est variée

4. Troubles du comportement de type impulsif

- Touchent l'ensemble de la vie du sujet : instabilité affective, professionnelle, sociale...
- Le passage à l'acte témoigne de la difficulté à conflictualiser les relations
 - Surtout autoagressifs : automutilation, suicide, surdosage de toxiques, conduites à risque récurrentes
 - Hétéroagressif
 - Ruptures sentimentales, professionnelles à répétition malgré une bonne qualité de l'investissement
- Les conduites de dépendance
 - Recherche d'un apaisement rapide de l'angoisse,
 - Elles facilitent l'adaptation en évitant les conflits

5. États psychiatriques aigus

- Suicide
- Trouble panique
- Expériences délirantes transitoires à tonalité persécutrice

Caractéristiques et troubles associés

Les antécédents (souvent dans l'enfance) :

- Mauvais traitements physiques et/ou sexuel
- Négligences parentales
- Conflits conjugaux
- Pertes ou séparations parentales précoces

• Pathologies associées :

- Troubles de l'humeur
- Abus de substances, troubles des conduites alimentaires
- État de stress post-traumatique

Prévalence et évolution

- Prévalence
 - 2% population générale
 - 10% consultations psychiatriques
 - 20% patients hospitalisés en service psychiatrique
 - 30 à 60% des troubles de la personnalité
- Évolution variable
 - instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes de perte de contrôle des affects et des impulsions
 - Recours fréquent au système de soins
 - Risque suicidaire
 - Stabilisation après la quarantaine

Diagnostic différentiel

- Troubles de l'humeur
- Troubles de la personnalité :
 - tous les diagnostics peuvent être portés simultanément si présence de critères répondant à plusieurs troubles de la personnalité
 - Personnalité histrionique : quête d'attention, cpts manipulateurs, affects labiles mais pas de cpts autodestructeurs, de ruptures brutales, de sentiment de vide
 - Personnalité schizotypique: idées persécutives et illusions sont prolongées et ne sont pas réactives aux relations interpersonnelles et au contexte.

Diagnostic différentiel

- Personnalité paranoïaques et narcissiques : réactions coléreuses mais stabilité relative de l'image de soi, absence relative de cpts autodestructeurs, d'impulsivité et de crainte d'abandon
- Personnalité antisociale : manipulation vise ici à obtenir un profit
- Personnalité dépendante : face à l'abandon réagit par la recherche d'une relation de substitution (vide affectif, rage et revendication)
- Des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance

III – « Personnalité post-traumatique » critères diagnostiques

- Les symptômes débutent habituellement au moins 3 mois (à plusieurs années) après l'événement traumatique
- Dans les suites immédiates du traumatisme : état de stress aigu (durée : 2js à 4s, avant 4ème s)
 - Guérison dans 50% des cas dans les 3 mois
 - Souvent les symptômes persistent au delà d'un an
- Facteurs influençant le développement d'un PTSD
 - Sévérité, durée et proximité de l'exposition
 - Soutiens familiaux, sociaux
 - Antécédents psychiatriques familiaux et personnels

Personnalité post-traumatique

- Culpabilité douloureuse pour avoir survécu
 - Alors que d'autres sont blessés ou morts
 - Du fait de ce qu'elles ont dû faire pour survivre
- Évitement des situations, activités qui symbolisent ou ressemblent au traumatisme
- Modification des conduites interfèrent avec les relations interpersonnelles (divorce, licenciement...)

Symptômes observés

- Altération de la modulations des affects
- Comportement autodestructeur et impulsif
- Symptômes dissociatifs
- Plaintes somatiques
- Sentiment d'inefficience, de honte, de désespoir
- Sentiment de n'être plus comme avant
- Perte des croyances antérieures
- Hostilité, repli social
- Sentiment d'être constamment menacé
- Altération des relations avec autrui

Risque de survenue de troubles psychiatriques

Difficile de distinguer si ces troubles précèdent ou suivent l'état de stress post-traumatique

- Trouble panique
- Agoraphobie
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Phobie sociale
- Phobie spécifique
- Trouble dépressif
- Trouble somatisation
- Trouble lié à l'utilisation d'une substance

Chez l'enfant

- Les rêves de l'événement peuvent évoluer en cauchemars généralisés
- Jeux répétitifs façon de revivre le traumatisme
- Restriction des affects et diminution des intérêts pour les activités évaluées à partir des observations faites par parents et enseignants
- Sentiment de ne pas avoir de futur ou création de présage catastrophique
- Somatisations variées

Prévalence et évolution

- Prévalence :
 - 1 à 14% vie entière selon les méthodes d'évaluation utilisées et les populations étudiées
 - 3 à 58% chez les sujets à risque
- Évolution :
 - Peut survenir à tout âge
 - Latence d'apparition des symptômes 3 mois à plusieurs années
 - Symptômes initiaux sont ceux du stress aigu
 - 50% des cas guérison en 3 mois
 - Souvent les symptômes persistent au delà d'un an
 - Facteurs prédictifs d'évolution :
 - sévérité, durée, proximité de l'exposition
 - Soutiens sociaux, antécédents familiaux, expériences traumatiques dans l'enfance, les troubles mentaux préexistants

IV - DSM IV

- Axe 1: diagnostic principal ou motif de la consultation
- Axe 2 : troubles de la personnalité : utilisé aussi pour indiquer les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité ou les mécanismes de défense borderline
- Axe 3 : affections médicales générales
- Axe 4 : problèmes psychosociaux et environnementaux
- Axe 5 : évaluation globale du fonctionnement

V - Psychopathologie des états limites

- Le polymorphisme clinique et psychopathologique pose la question d'une identité diagnostique des personnalité limite
- Définir le concept d'état limite revient à tenter de cerner la pluralité du terme dans son polymorphisme clinique et psychopathologique
- États limites peuvent être compris comme :
 - Systèmes cohérent et relativement stable
 - État intermédiaire dans un parcours de maturation
 - État charnière entre structure névrotique et psychotique

Plan : psychopathologie de états limites

- Historique
 - Perspective psychiatrique
 - Perspective psychanalytique
- Traumatisme psychique précoce
 - Conséquences du traumatisme précoce
- Angoisse dépressive
 - Conséquences de l'angoisse de dépression
- Décompensations morbides de l'organisation limite
- Deuxième traumatisme psychique désorganisateur
- Modes de réorganisation psychique

Historique

1. Perspective psychiatrique :

- Initialement les auteurs ont décrit des tableaux cliniques qui par leur aspect et leur évolution se situaient à la limite des cadres nosologiques établis
- Les états limites ont été longtemps considérés de nature schizophrénique, à la frontière des psychoses
 - Magnan 1893 : délires curables
 - Kahlbaum 1885 : héboïdophrénie
 - Kretschmer 1921 : schizoïdie
 - Claude 1939 : schizonévrose
 - Ey 1955 : coexistence de comportements névrotiques polymorphes et de décompensations psychotiques aiguës

2. Perspective psychanalytique

- Stern : 1936 réemploi le terme «borderline» : sentiment d'insécurité diffuse avec hyperesthésie affective, une défaillance de l'estime de soi...
- Winnicott développe le concept de faux-self
- Eisenstein 1949 : risque de décompensation psychotique transitoire dans le cadre de la cure (psychose de transfert)
- Wolfberg 1952 : les patients limites ont recours à des défenses plus primitives que les névrosés mais garderaient une épreuve de la réalité conservée contrairement aux psychotiques
- Kohut, Kernberg, Bergeret dans les années 1970, puis Green et Widlöcher ont poursuivi les travaux et dégagé des constantes psychopathologiques qu'elles concernent :
 - son intégration du moi
 - certains modes de défense privilégiés

Traumatisme psychique précoce

- Le Moi, dans les états limites a dépassé le moment où les relations précoces très mauvaises à la mère auraient pu opérer une préorganisation de type psychotique
- La relation triangulaire et génitale oedipienne est subitement perturbée par un fait de réalité du contexte qui est ressenti par le sujet comme une frustration très vive, un risque de perte d'objet
- Le traumatisme affectif précoce, émoi pulsionnel intense, joue le rôle de désorganisateur précoce
 - Il fait entrer l'enfant trop brutalement et précocement dans une situation oedipienne
 - Il bloque son développement libidinal ultérieur en le faisant entrer dans une pseudo-latence plus précoce et plus durable que la latence normale

Conséquences du traumatisme précoce

- Il ne lui sera pas possible de négocier une relation triangulaire et génitale avec ses objets
- Il ne pourra pas s'appuyer sur l'amour du père/sentiments hostiles envers sa mère et inversement
- Le refoulement ne fonctionne pas pleinement pour éliminer du conscient l'excès de tensions sexuelles et agressives
- L'enfant fait appel à des mécanismes de défense plus archaïques et plus coûteux pour le Moi :
 - Évitement, Dénier des représentations sexuelles (et non de la réalité), Clivage de l'objet (et non du moi)
 - L'identification projective, le maniement omnipotent de l'objet

L'angoisse dépressive

Le sujet fonctionne sur deux registres

1. Registre adaptatif dans tout le champs relationnel
2. Registre anaclitique dès qu'une menace de perte d'objet apparaît

L'angoisse de dépression contre laquelle le sujet lutte pour ne pas se sentir anéanti :

- Survient dès que le sujet imagine que l'appui sur l'autre risque de lui faire défaut, de lui échapper
- Elle rappelle un passé malheureux et témoigne d'une espérance de sauvetage dans la relation de dépendance à l'autre

Conséquences de l'angoisse dépressive

- Le sujet a l'ambition de bien faire pour conserver l'amour et éviter les séparations vécues comme ruptures
- Il manifeste un immense besoin d'affection, de compréhension, de respect, de soutien
- L'évitement du conflit, l'oblige à se rendre à tout moment disponible et adaptable
- L'échec est ressenti comme honteux générant du dégoût de soi-même, éventuellement projeté sur les autres
- Intolérance aux contradictions et aux incertitudes
- Difficultés à conflictualiser rend compte de la difficulté à verbaliser, à élaborer des fantasmes ou des idées et expliquent les passages à l'acte

Décompensations morbides de l'organisation limite

- Au prix de renoncements, de compromis, d'évitements, de déguisements, certains aménagements limites arrivent à se maintenir toute leur vie
- Décompensations de la sénescence
 - Décompensation dramatique, inattendue, très grave au moment de la sénescence chez des patients jouissant d'une réputation de gens « hypernormaux » avec excessif besoin d'adaptation, toujours actif...
 - Facteurs traumatiques : décès d'un proche, retraite, ennui financier...
 - Symptômes : épisode d'angoisse aiguë transitoire proche de la dépersonnalisation évolue vers
 - La mort subite, la démence sénile
 - Des affections psychosomatiques

Décompensation : deuxième traumatisme psychique désorganisateur

- Facteur déclenchant très variés : post-partum, mariage, deuil, bouleversement social...
- Ce traumatisme réveille par son vécu intime une ancienne frustration narcissique prédépressive correspondant au premier traumatisme désorganisateur qui a été soigneusement évité jusque là
- Les défenses peu spécifiques utilisées jusque là deviennent impuissantes à contenir l'angoisse qui s'écoule librement
- Si le patient ne trouve pas au plus vite un système défensif efficace le risque de mort est majeur
 - suicide
 - Défaillance organique

Modes de réorganisation psychique

1. Voie névrotique :
 - l'énergie accessoire libérée par le traumatisme permet au niveau génital de la structuration oedipienne de se réaliser enfin. le plus souvent sur un mode hystérophobique ou obsessionnel
2. Voie psychotique se fait vers
 - une psychotisation autour du noyau dépressif dans le registre mélancolique
 - Parfois délirantes paranoïdes, ou hallucinatoire chronique
3. Voie psychosomatique se fait :
 - quand les manifestations mentales se trouvent désinvesties, désexualisées et autonomisées au profit d'un mode de régression somatique et psychique

Note : le 1er comme le 2ème traumatisme peuvent être une série de microtraumatismes rapprochés et répétés

VII - Conclusion

- La « personnalité post-traumatique » ne devrait donc pas être vue comme une entité distincte
- Un « deuxième traumatisme psychique désorganisateur » viendrait révéler une personnalité limite qui se décompenserait à cette occasion
- Une grande souplesse est nécessaire dans l'abord de ces patients qui peuvent mettre chaque intervenant à la limite de sa pratique

- Le thérapeute doit pouvoir passer du domaine fantasmatique à
 - la perception de la réalité matérielle du patient
 - La prescription médicamenteuse temporaire
 - L'hospitalisation à temps complet ou partiel devant une menace de passage à l'acte suicidaire
- Chimiothérapie
 - Permettent une amélioration relative et transitoire d'un état de crise

- Cet abord multiple nécessite une bonne collaboration entre intervenants Dans le cadre de la psychothérapie il est recommandé
 - Un aménagement dans lequel le thérapeute est étayant mais pas persécuteur
 - Un cadre rigoureux avec hospitalisation lorsque la menace de fusion régressive domine
 - L'utilisation d'objets transitionnels lors de l'absence du thérapeute