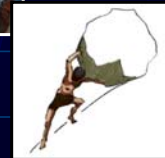


Les troubles de la personnalité : MYTHES ET RÉALITÉS

Par Dr Sébastien Bouchard, Ph.D., psychologue

Centre de Traitement Le Faubourg Saint-Jean
Programme-clients des troubles sévères de personnalité
Institut Universitaire en santé mentale de Québec
Québec, Québec

8 mai 2009

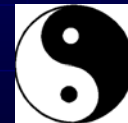
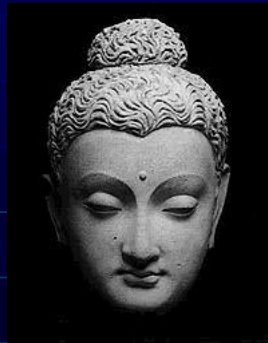


Qui a accès à la réalité et la vérité?

« Si quelqu'un te dit qu'il est le bouddha, tues-le ! » (Proverbe Bouddhiste)

A-t-on besoin de la **vérité** pour être en relation avec la réalité?

Cherchons ensemble la **voie du milieu** mes amis, c'est peut-être préférable...



Thèses et antithèses



1

- Un TP est une maladie chronique qui ne fait que se détériorer dans le temps.
- L'état des personnes ayant un TP s'améliore énormément dans le temps et toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement.

2

- Les personnes présentant un TP savent très bien ce qu'ils font et ils font souvent intentionnellement souffrir leur entourage.
- Toutes les personnes présentant un TP n'ont pas d'autocritique, ne peuvent être tenu responsable de ce qu'il font vivre aux autres et souffrent énormément.

3

- À l'exception de la psychothérapie intensive long terme, il est impossible de venir en aide et aider ces personnes à changer leurs personnalité de façon durable.
- Il faut offrir de l'aide à ces personnes, ils ont absolument besoin de nous et de notre intervention dans leur vie.

«Un TP est une maladie chronique qui ne fait que se détériorer dans le temps.»

Thèse 1



Les études longitudinales

- Les plus récentes : Zanarini et al. (2003, 2006, 2007); McGlashan et al. (2005), Paris (2002)
- 4 études sur 15 ans et plus, publiées entre 1980-1990 :
 - Chestnut Lodge: 81 patients
 - Columbia Stone: 206 patients
 - Austen-Riggs 54 patients
 - Montréal 100 patients
- Résultats :
 - 66 % ne sont plus TPL après 15 ans
 - Scores GAF moyen de 60 à 67
 - Travail, réseau social et relation satisfaisante.

Les études longitudinales (Dionne, C. 2007)

- Paris 2002 – 64 % patients revus après 15 ans
 - 8% seulement présentent un TPL après 27 ans
- Zanarini – McLean Study of Adult Development
 - 88% des 275 patients en rémission après 10 ans
 - 95 patients après 2 ans
 - 54 patients après 4 ans
 - 53 patients après 6 ans
 - 31 patients après 8 ans
 - 9 patients après 10 ans

On ne peut plus dire que les TP
sont des troubles chroniques, pas
plus que les troubles anxieux
(Torgensen, 2006).

Les études longitudinales

- Bateman et Fonagy, 2006 :
 - « the disorder has a far more benign course than previously thought »
 - « clinicians should be optimistic about improvement and long-term outcomes »

- Paris, 2002 :
 - « patients with BPD should be told to expect remission over time »
 - des bénéfices sont possibles même lorsque le traitement se fait sur une **base intermittente**.

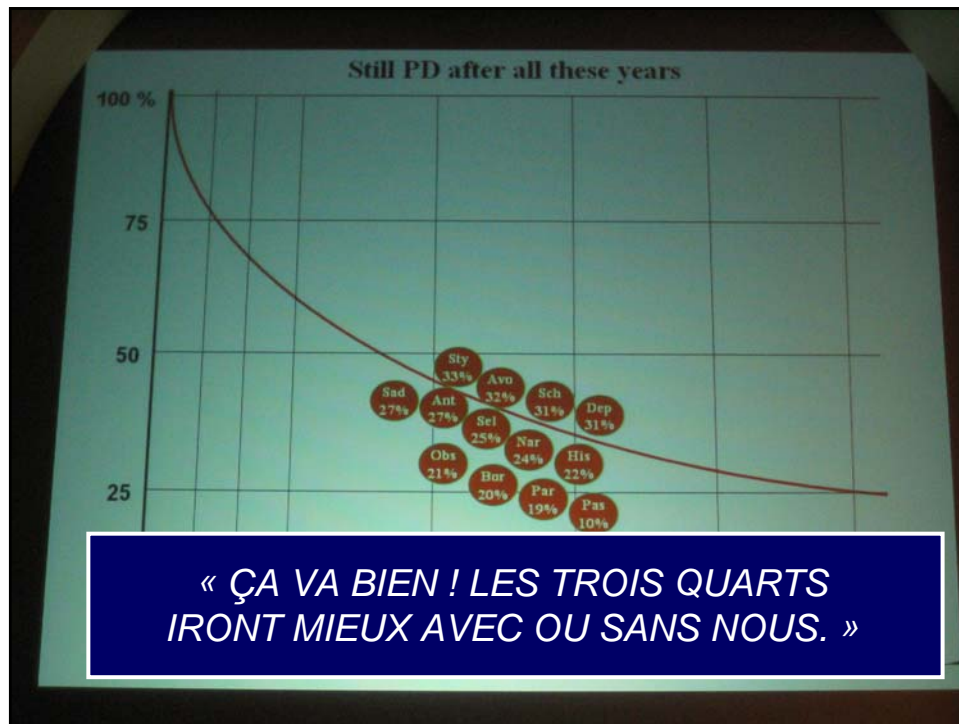
Les études longitudinales

- Première conclusion
 - Le TPL est traitable, même sur une base intermittente, et le pronostic général est favorable.

Les études longitudinales

- Deuxième conclusion :
 - Il y a de l'espoir mais la rémission requiert environ 10 à 15 ans.





«L'état des personnes ayant un TP s'améliore énormément dans le temps et toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement.»

Antithèse 2



Toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement

- Le temps arrange les choses pour... nous ?
- Un sous-groupe de patient (25-30%), souffriront encore de leur TP même après 15 ans de suivi « habituel » (Torgensen, 2000 ; Zanarini et al., 2006).
- Les taux d'abandon en traitement sont très élevés.
 - Première étude : taux de rétention de 85% (Linehan, 1993)

Toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement

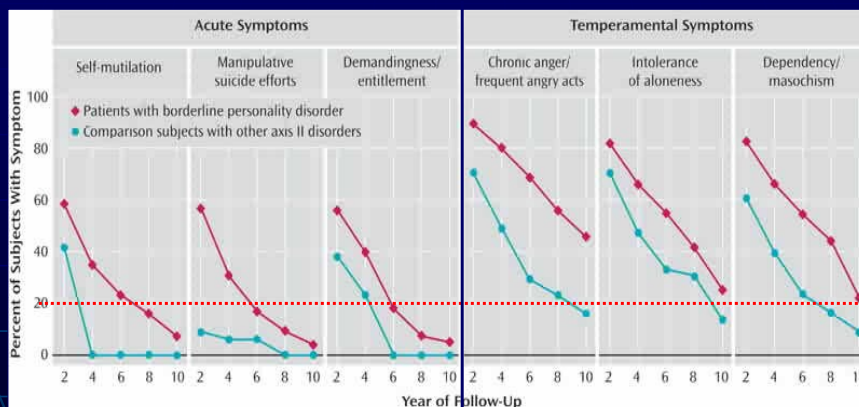
Clarkin et al. (2007)	Abandons sur 12 mois
Thérapie dialectique comportementale	43,3%
Thérapie centrée sur le transfert	23,4%
Psychothérapie de soutien	26,7%

Toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement

Abandons sur 3 ans de traitement

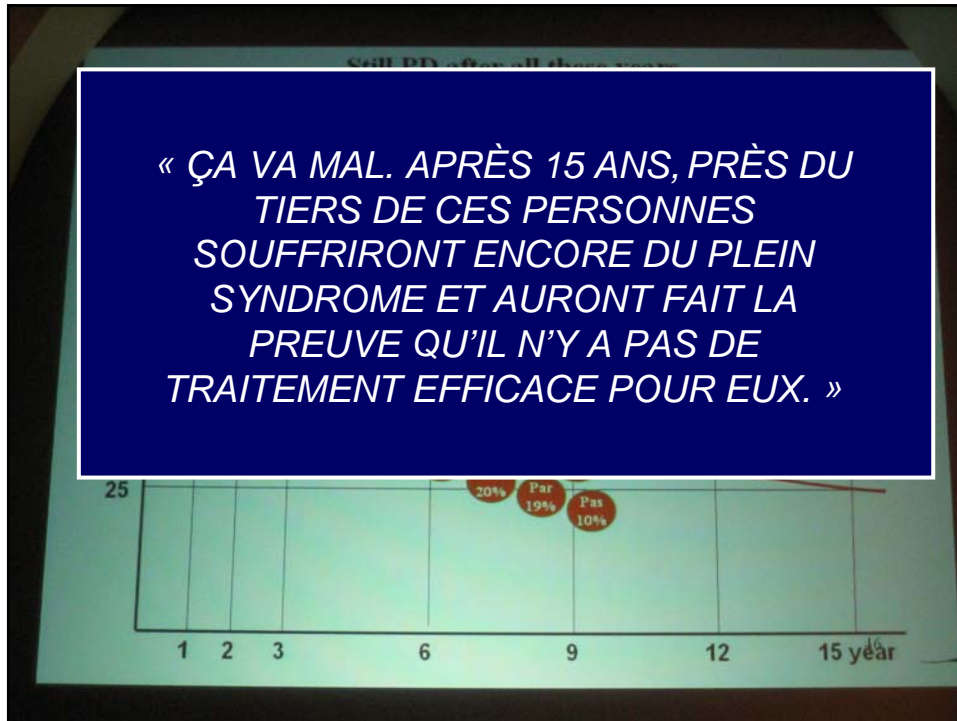
Giesen-Bloo et al. (2006)	Thérapie centrée sur le transfert	Thérapie des schémas
abandons	50%	25%
Complété avec succès le Tx	13,6%	4,7%
Besoin de poursuivre le TX après 3 ans	61,4%	45,2%

Phase aiguë du TPL versus symptômes chroniques sur 10 ans



Symptômes aigus	Symptômes chroniques
Sphère interpersonnelle <ul style="list-style-type: none">■ Relations conflictuelles■ Dévaluation, manipulation et sadisme■ Exigences élevées et sentiment de «tout m'est dû»■ Régression en traitement■ Réaction contre-transférentielle et traitement de faveur	Sphère interpersonnelle <ul style="list-style-type: none">■ Intolérance à la solitude■ Angoisse d'abandon, d'anéantissement ou de fusion■ Contre-dépendance et conflit graves face au besoin de soins et d'aide■ Dépendance et masochisme

Symptômes aigus	Symptômes chroniques
Sphère affective <ul style="list-style-type: none">■ Instabilité affective Sphère cognitive <ul style="list-style-type: none">■ Pensée quasi-psychotique■ Trouble grave de l'identité Sphère impulsive <ul style="list-style-type: none">■ Abus/dépendance aux substances■ Promiscuité et déviance sexuelle■ Auto-mutilation■ Menaces de suicide à des fins de manipulation	Sphère affective <ul style="list-style-type: none">■ Dépression■ Désespoir et culpabilité■ Humeur colérique et crises de colère■ Anxiété chronique■ Solitude et vide intérieur Sphère cognitive <ul style="list-style-type: none">■ Bizarreries de la pensée■ Expériences perceptuelles inhabituelles Sphère impulsive <ul style="list-style-type: none">■ Impulsivité généralisée



Un TP est une maladie chronique qui ne fait que se détériorer dans le temps.

Synthèse

L'état des personnes ayant un TP s'améliore énormément dans le temps et toutes les personnes présentant un TP ayant accès à un traitement en profitent pleinement et facilement.

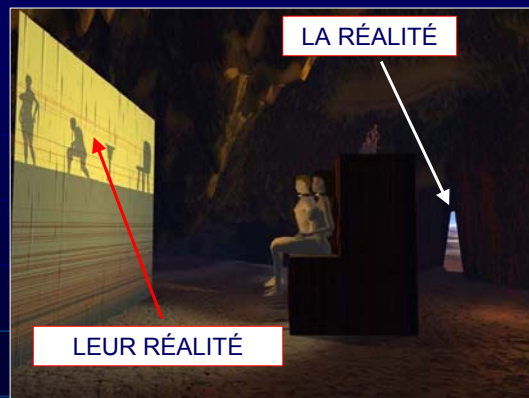
Les personnes présentant un TP savent très bien ce qu'ils font et ils font souvent intentionnellement souffrir leur entourage.

Thèse 2



Ils ne savent pas ce qu'ils font, il n'ont pas un bon contact avec la réalité

Platon imaginait des hommes prisonniers d'une demeure souterraine ouverte à la lumière et observant le monde à travers les ombres projetées par la lumière d'un feu allumé sur une hauteur, loin derrière eux.



Ils ne savent pas ce qu'ils font, il n'ont pas un bon contact avec la réalité

- L'axe II comme groupes de **troubles égosyntones**.
- Notre contact à la réalité est **toujours médié** par notre monde interne (schémas, relations d'objet, attitudes, etc.).
- **Pas de point de rupture** entre normal et pathologique :
 - Quantitativement différent
 - Qualitativement identique
 - Modèle dimensionnel.
- **Autocritique partielle et variable** :
 - en fonction de l'attachement et de la détresse émotionnelle (Fonagy).

Ils ne savent pas ce qu'ils font, il n'ont pas d'autocritique

- Faible autocritique :
 - symptômes ou trop souvent un prérequis à notre attention clinique ?
- Aspects développementaux de la métacognition et de mentalisation.
- Attribution externe et projection primitive : le *Moi fragile*

Ils savent très bien ce qu'ils font...

- Premières conclusions:
 - Ils savent en gros très bien ce qu'ils font la plupart du temps.
 - Ils ont cependant de la difficulté à pleinement appréhender les conséquences à moyens termes et longs termes de leurs actes en période de crise.

Un trouble qui fait plus souffrir l'entourage que la personne elle-même?

- Il est vrai que **les proches des personnes souffrant d'un TP** présentent des taux de détresse élevés (Scheirs & Bok, 2007).
- Le **coût personnel d'un TP** est énorme, son effet sur la qualité de vie est immense et beaucoup plus élevé que pour les troubles de l'axe I (anxiété, dépression, etc). (Torgensen, 2006).
- **Énormément de souffrance** sont à la source de l'étiologie du TPL et de ses manifestations (Zanarini, étiologie; Linehan, 1993).
- Contre-transfert négatif, **nihilisme thérapeutique** et condamnation (Meloy & Reavis, 2007).

Toutes les personnes présentant un TP n'ont pas d'autocritique, ne peuvent être tenu responsable de ce qu'il font vivre aux autres et souffrent énormément.

Ce n'est pas moi, c'est ma personnalité antisociale qui me l'a fait faire !

Antithèse 2



Toutes les personnes présentant un TP n'ont aucune autocritique

- Certains auteurs postulent que la **psychopathie primaire** seraient associée à une **incapacité structurelle** à ressentir la **peur**, la **tristesse** et la **douleur** (si elle est par extension, celle de l'autre). (e.g. : Blair et al, 1997).
- Certaines personnes présentant un TP savent très bien ce qu'elles font et sont capables de **pseudo-mentalisation** (Fonagy, 2006).
- Le syndrome du narcissisme malin est associé à une importante **perversion du système de valeur internalisé** (Kernberg, 1989, 1992).

Toutes les personnes présentant un TP souffrent énormément

- Certains patients souffrent peu grâce à la **désactivation** de leur schémas inadaptés et à un évitement systématique de certains stressseurs interpersonnels.
 - Ex. : Évitement des relations intimes et intenses = amélioration des symptômes chez les TPL (Paris, 2002).
- Le trouble apparaît lorsqu'il y a échec dans la **transaction** avec l'environnement.

La souffrance et le manque d'autocritique n'est pas forcément un pré-requis au fait de :

- Prendre plaisir à dominer, exploiter et abuser de l'autre jusqu'à son épuisement ou son anéantissement total.
- Jouir de la douleur que l'on inflige à l'autre.
- Aimer triompher de la bonté, de l'intelligence et de la patience de l'autre.
- Se faire une gloire d'être le pire patient de toute votre vie, de toute la ville, DU MONDE ENTIER !

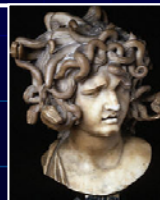
Les personnes présentant un TP savent très bien ce qu'ils font et ils font souvent intentionnellement souffrir leur entourage.



Toutes les personnes présentant un TP n'ont pas d'autocritique, ne peuvent être tenu responsable de ce qu'il font vivre aux autres et souffrent énormément.

À l'exception de la psychothérapie intensive long terme, il est impossible de venir en aide et aider ces personnes à changer leurs personnalité de façon durable.

Thèse 3



La psychothérapie c'est extraordinaire!

- Toute la **constellation de symptômes** propres au TPL répond à la psychothérapie et il est possible de **traiter entièrement** le TPL chez un individu (Giesen-Bloo et al., 2006).
- 25.8 % des TP se remettent après chaque année de traitement « actif » (7X plus rapide que sans traitement).
- **Cluster C** : 60.9 % sont remis après 37.5 sessions sur un an de Tx.
- **Cluster B** : 50.4 % sont remis après 94.7 sessions sur 1.52 an de Tx.

PERRY & BOND (2000) Méta-analyse de 22 études de TX de TP

C'est vrai que la
psychothérapie c'est
extraordinaire mais...

État de la situation

- Il manque de psychothérapeutes formés au traitement de l'axe II. Le besoin excède la demande :
 - 12-14 % de la population aurait un TP.
 - Près de 100% des TPL reçoivent une aide psychosociale sur une forme ou une autre (Linehan).
- Beaucoup de patients avec un TP ne trouvent pas « **acceptable** » l'offre d'une psychothérapie (Cailhol, et al., 2009).

État de la situation

- **Besoin d'aide ≠ désir de changer** : Beaucoup de patients avec un TSP veulent de l'aide mais sans la commande concomitante de désirer se changer soi. (Beek & Verheul, 2008)
- Le temps arrange les choses pour un grand nombre de patients, surtout pour ceux qui ne se tuent pas.

Motivation au traitement des patients avec un TP

(Beek & Verheul, 2008)

		Besoin d'aide	Disponibilité à changer
1	Mon fonctionnement dans des sphères importantes de ma vie (ex. : relations sociales ou de travail, éducation) est sévèrement atteint par mes problèmes mentaux et émotionnels.	X	
2	J'ai de sérieux problèmes mentaux et émotionnels qui nécessitent des soins professionnels.	X	
3	Je dois apporter d'importants changements afin de reprendre le contrôle sur ma vie.	X	
4	Je serais capable de reprendre le contrôle sur ma vie même sans traitement. (*Inverser le score)	X	
5	Je pense que je suis vraiment prêt à travailler sur moi et mes problèmes.		X
6	Je suis prêt à mettre de l'ordre dans ma vie.		X
7	J'ai l'intention d'aller me chercher un traitement ailleurs si je ne reçois pas de traitement ici.		X
8	J'aurais cherché à recevoir un traitement même si personne ne met de pression sur moi (ex. : conjoint, famille, employeur).		X

Traduction préliminaire non validée (Bouchard, S. 2008). Motivation for treatment Questionnaire (MTQ-8). Beek, N. & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorder*, 22, 89-100.

Il n'y a que la psychothérapie intensive long terme qui peut venir en aide à ces personnes.

- Faux.
- Et les alternatives à la psychothérapie sont nombreuses...

Des alternatives et des alliés au projet psychothérapeutique

1. **Traitement** : vise à enrayer les causes biologiques et psychologiques à la source des symptômes du TP.
 - **Adaptation** : dans la mesure du possible, l'environnement s'adapte, « se plie » aux besoins du trouble afin d'augmenter le confort de la personne présentant un TP.
 - **Réadaptation** : l'individu apprend à limiter l'effet handicapant que cause son trouble en développant des habiletés compensatoires et en tablant sur ses propres forces.
 - **Pharmacothérapie** : vise à réduire l'impact négatif sur la vie de dimensions de la personnalité excessivement sous ou sur développée en tentant de modifier la neurotransmission reliées à ces dites dimensions.
 - **Ajout au traitement** : counseling de couple, interventions familiales, programme STEPPS (Links, 2008), AA, NA, désintoxication.

Des alternatives et des alliés au projet psychothérapeutique

6. **Gestion de crise** : vise à aider la personne à faire que sa crise se résorbe dans le plus court délai en limitant les conséquences négatives de la crise et en profitant de cette opportunité pour faire que le patient apprenne à mieux prévenir et gérer les crises par la suite.
 - **Maintien et soutien émotionnel** : vise à prévenir la détérioration de la condition psychosociale de la personne en lui offrant soutien émotionnel et conseils à court ou long terme.
 - **La « thérapie de la vie »** : ensemble de facteurs associés à l'amélioration de l'état subjectif des personnes présentant un TSP lié au hasard des rencontres et des expériences, à l'apprentissage.
 - **Vieillesse neurobiologique normale** : hypothèse voulant que certaines dimensions de la personnalité (e.g. : impulsivité et irritabilité) s'atténuent avec l'âge et contribuent positivement au fonctionnement et au bien-être subjectif des personnes présentant un TSP.

Il faut offrir de l'aide à ces personnes, ils ont absolument besoin de nous et de notre intervention dans leur vie.

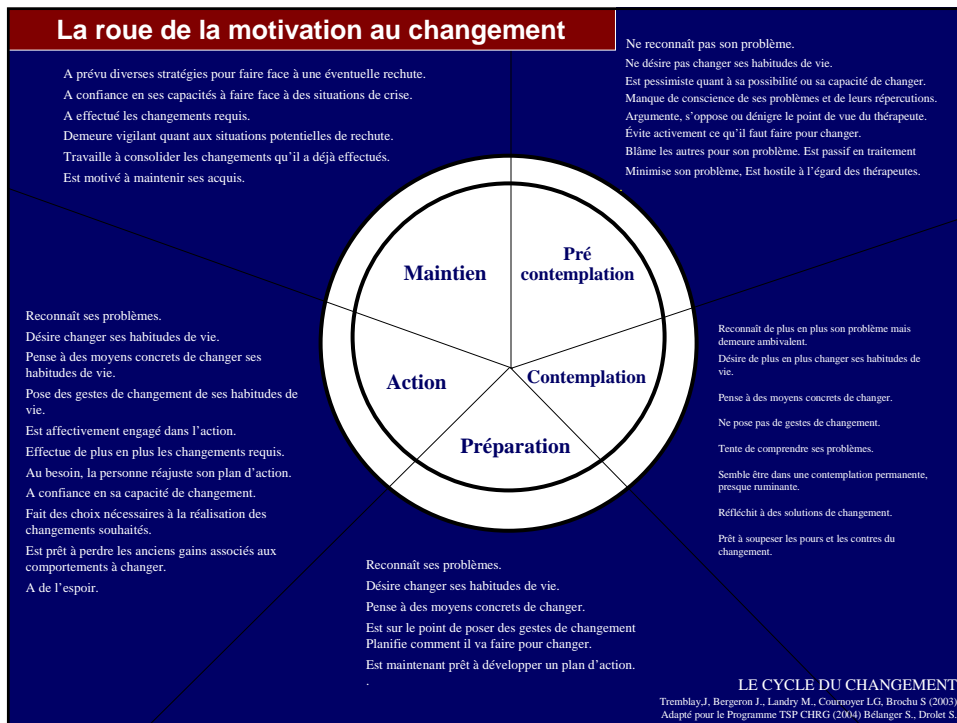
Antithèse 3



Vouloir changer l'autre : un élan questionnable

- «**Caring less, doing more**» (Galloway & Brodsky, 2003).
- **Précontemplation** et roue de la motivation.
- **Neutralité technique** : une préoccupation authentique qui protège l'autonomie du patient, son indépendance et sa capacité à accomplir le travail thérapeutique par ses propres moyens (Kernberg, 1976).
- Le **cadre** et la **neutralité bienveillante** (Bergler, 1937) comme outil de respect de l'autonomie de l'autre et de son **libre arbitre** (Epstein, 1994 ; Green, 1988).

« Opposez vous à mon
désir et il ne fera que
grandir »



Tension dialectique

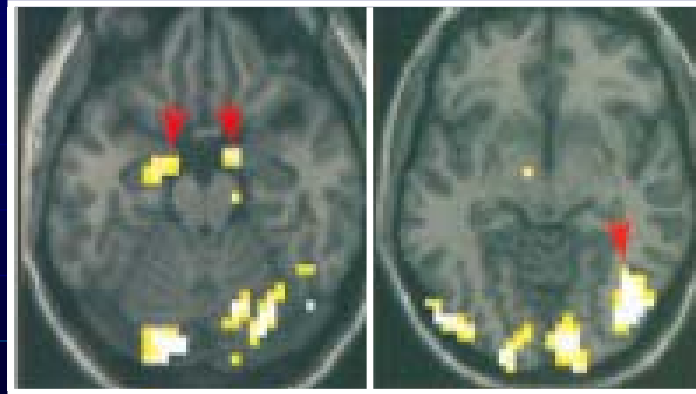
déterminisme total versus libre-arbitre absolu

Déterminisme	Libre arbitre
<ul style="list-style-type: none">■ Lois biologiques■ Génétiques■ Inconscient■ Réactions réflexes■ Déterminisme social	<ul style="list-style-type: none">■ Liberté■ Conscience■ Sens moral■ Volonté■ choix

Implications cliniques du déterminisme radical

- *« Nous devons aller contre son gré parce que son jugement et sa capacité de libre choix est infecté et contrôlé par sa maladie mentale ».*
- *«Ma volonté peut et doit se suppléer à la sienne.»*
- *«Je me vois comme son Moi auxiliaire, son Moi prothétique.»*

« C'est sous-cortical. Ils ne sont pas conscients de leurs réactions impulsives et agressives »



(fMRI) aversive versus neutral slides in seven female patients revealed activation of the **amygdala** (arrows, left image) and **fusiform gyrus** (arrow, right image) in the patients, as indicated on axial magnetic resonance images.

Implications cliniques du libre arbitre extrémiste

- « Elle choisi d'avoir cette vie là et personne ne peut l'aider à faire autrement. »
- « Elle est libre d'être ce qu'elle est et elle a la vie qu'elle veut pour elle-même. »

Ulysse et le chant des sirènes



Libre-arbitre ou déterminisme ?

- L'attitude optimale serait de communiquer une forme « **d'acceptation radicale** » de la façon d'être de ces patients (Linehan, 1993).
- La décision de **faire le choix** de tenter de se changer soi n'appartient qu'à l'individu.
- C'est aussi **un droit** à respecter et un choix possible de ne pas souhaiter changer... même en connaissance de cause.

« *Mon premier acte de libre-arbitre sera de croire en mon libre-arbitre* ». (William James, 30 avril 1870).

- Il devint par la suite le principal initiateur de la psychologie contemporaine...

En conclusion

- « *L'ultime **paradoxe de la liberté** consiste en l'idée que, pour se dompter soi-même, il faille accepter de se tenir soi-même en laisse.* » (Fortier, 2008).
- C'est peut être le prix à payer pour accéder aux avantages de devenir un **adulte responsable** et **libre**.
- C'est peut-être la seule voie pour arriver à « **aimer et travailler** », à être relativement en bonne santé mentale.

Prenons garde à notre désir d'aider à tout prix...

- « *J'ai senti qu'on ne voulait pas me changer et ça m'a transformé* ». (Anonyme)

Il n'y a que la psychothérapie intensive long terme, offerte par des experts, qui peut venir en aide à ces personnes.



Il faut offrir de l'aide à ces personnes, ils ont absolument besoin de nous et de notre intervention dans leur vie.

La ressource mentalisante : un ingrédient social et organisationnel essentiel et « non spécifique »

- Ces personnes bénéficient grandement de la rencontre et du maintien du lien avec des « ressources mentalisantes » dotés d'un cadre clinique clair, juste et cohérent.

- « Posture intentionnelle »

«Je ne peux savoir exactement ce que tu penses
exactement mais j'essaie sincèrement de
porter ton esprit dans mon esprit»

- Rapport d'adulte à adulte
- Philosophie de responsabilisation
- Validation des émotions exprimées

Les facteurs essentiels pour risquer d'aider cette clientèle. (Bateman & Fonagy)

1. Supervision continue, pour toujours, à jamais, etc.
2. Autonomie professionnelle et latitude décisionnelle.
3. Cadre cohérent sur le plan théorique et organisationnel.
4. Attitude empathique responsabilisante, d'adulte à adulte.
5. Soutien émotionnel aux intervenants et travail d'équipe.
6. Visées de soins basées sur des objectifs à long terme.
7. Cibles de changement claires.
8. Grande attention à l'observance au traitement.
9. Soins intégrés avec les autres services dispensés au patient.

