

# MITHES ET RÉALITÉS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES PATIENTS AYANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE (TPL)

---

## WEBINAIRE MIDIS À SAVOIRS

Pierre David, md psychiatre

Institut Universitaire en santé mentale de Montréal  
(IUSMM)

Jeudi le 7 avril 2022

## Conflits d'intérêts potentiels:

- Aucun financier
- Intéressé à l'amélioration des services auprès de cette clientèle.

# Objectif

- Obtenir des informations à jour et nuancées ciblant les enjeux importants pour mieux comprendre et pour mieux intervenir avec une personne souffrant d'un TPL

# Plan de la rencontre

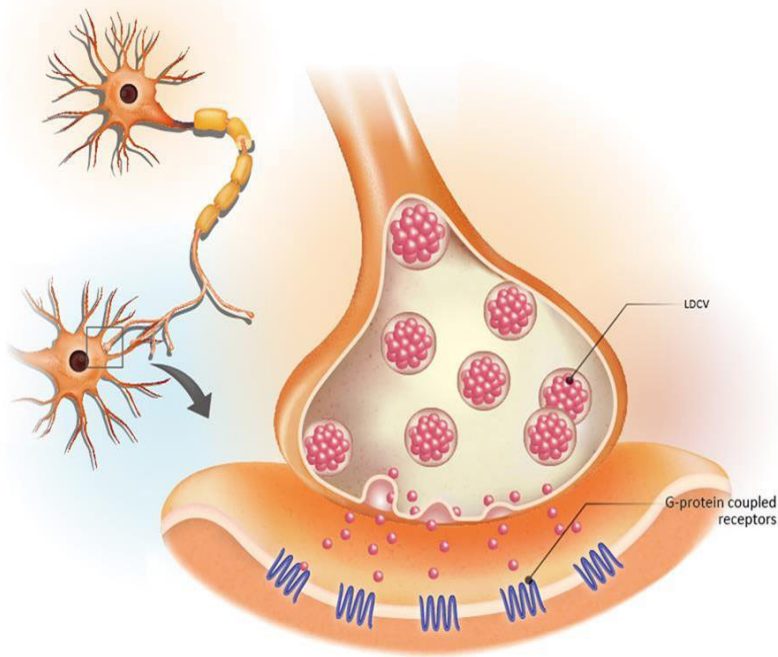
- Par thèmes précis (mythe et réalité)
- Mieux comprendre
  - Ce n'est pas une vraie maladie.
  - Ils font des gestes suicidaires à répétitions pour manipuler leur entourage.
  - Les patients TPL s'améliorent rarement. C'est une condition chronique.
  - Les patients TPL résistent aux traitements et le mieux à faire est de les garder hors du réseau.
  - Ils sont tous pareils
- Mieux agir et intervenir
  - Je ne suis pas bon et n'aime pas ça
  - Les patients TPL ne s'améliorent seulement que si on leur offre des traitements intensifs de longue durée et donnés par des experts.
  - Ça prend que des ressources spécialisées.

# Origine du trouble / génétique



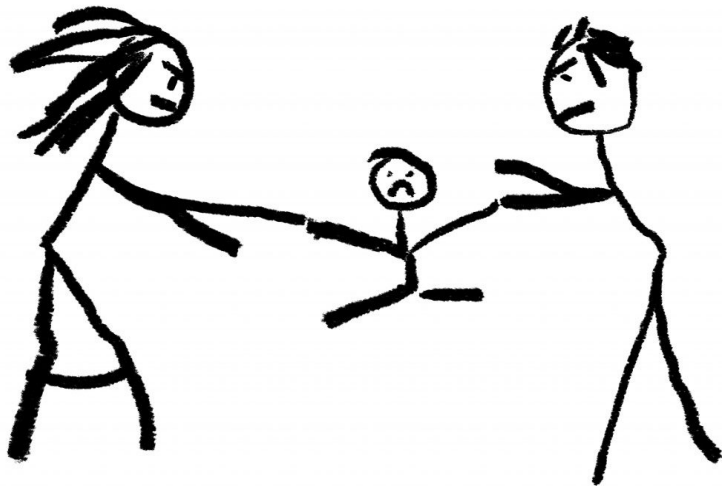
- Héritabilité estimée d'environ 50% (plus que le trouble dépressif majeur mais moins que la schizophrénie)
- Réfère au «tempérament»
- Plusieurs gènes impliqués
- Possiblement que les composantes d'instabilité affective et de sensibilité interpersonnelles sont les plus héritable.
- C'est une prédisposition qui est héritée... Pas le diagnostic.

# Marqueurs neuropeptides associés à l'hypersensibilité du TPL



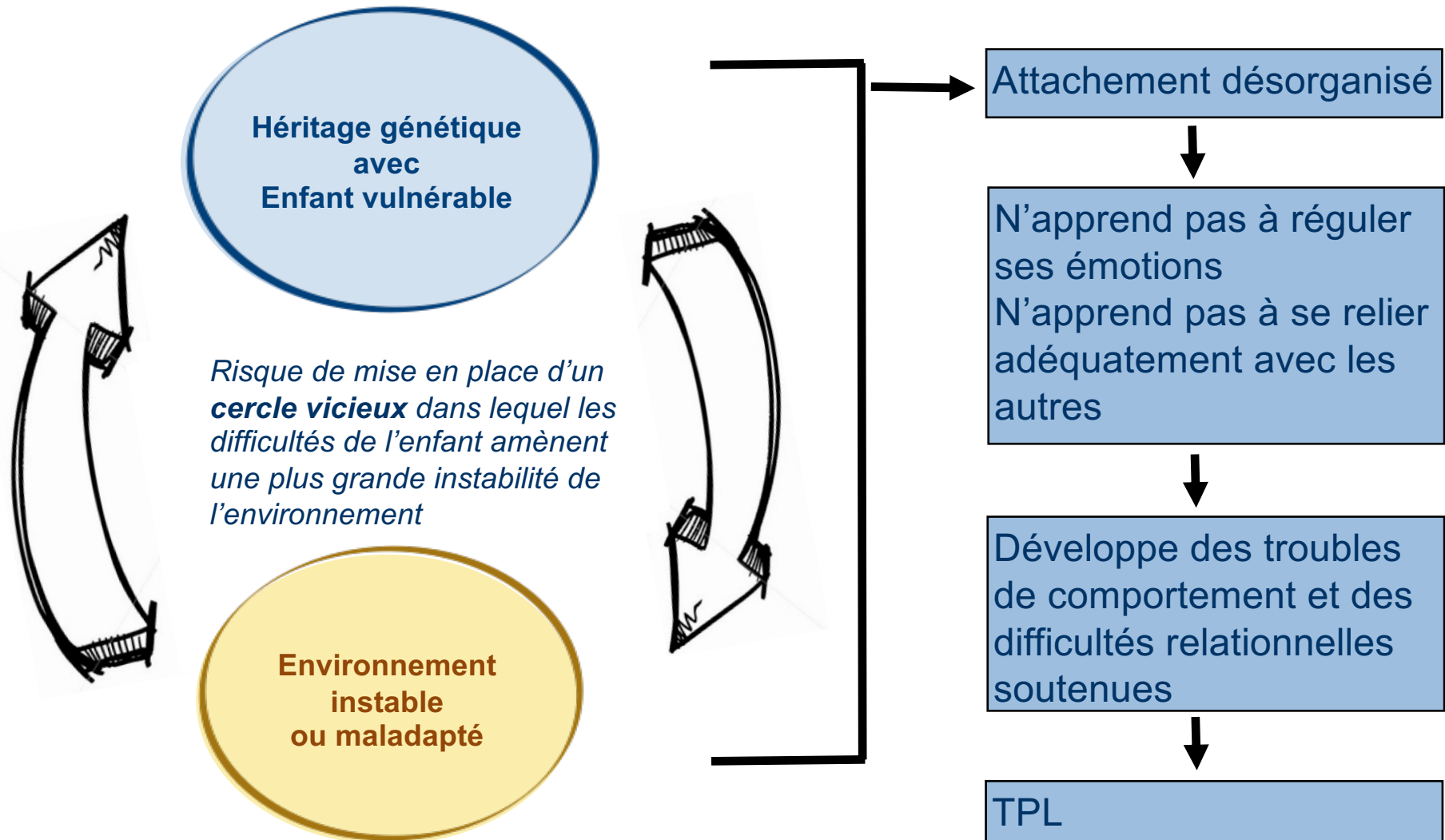
- ↓ Oxytocine: sensibilité relationnelles avec méfiance
- ↑ Vasopressine: colère se manifestant dans les relations sociales rapprochées
- ↑ Cortisol de base: *rarement un niveau normal*. Cela peut être associé à des craintes et à de l'anxiété
- Récepteurs opioïdes ↑ : sensibilité au rejet et à l'abandon

# Origine du trouble / environnement



- Événements de vie
  - Instabilité + fréquente
  - Peut être associé à des scénarios de négligence et d'abus ou violence
  - Mais pas de pattern unique
  - Et les situations d'abus et de négligence ne sont ni suffisantes ni nécessaires pour développer un TPL.
    - 1/3 avec trauma ou abus
    - 1/3 légers événements
    - 1/3 rien d'objectivé

# Origine du trouble / amplification

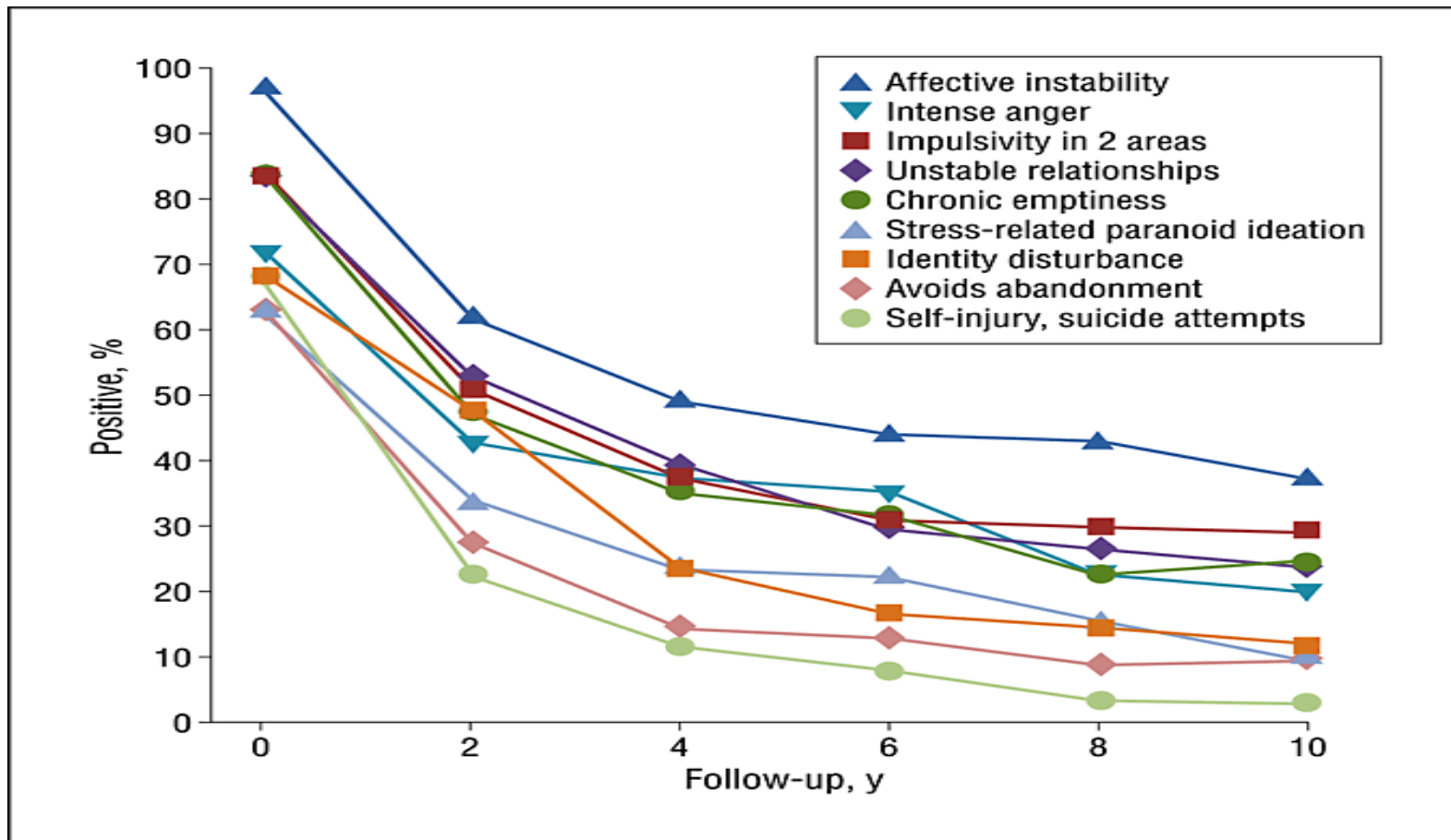




- Le TPL est un diagnostic bien établi et reconnu dans toutes les classifications
- Avec une composante génétique et des spécificités biologiques

# Évolution dans le temps du TPL

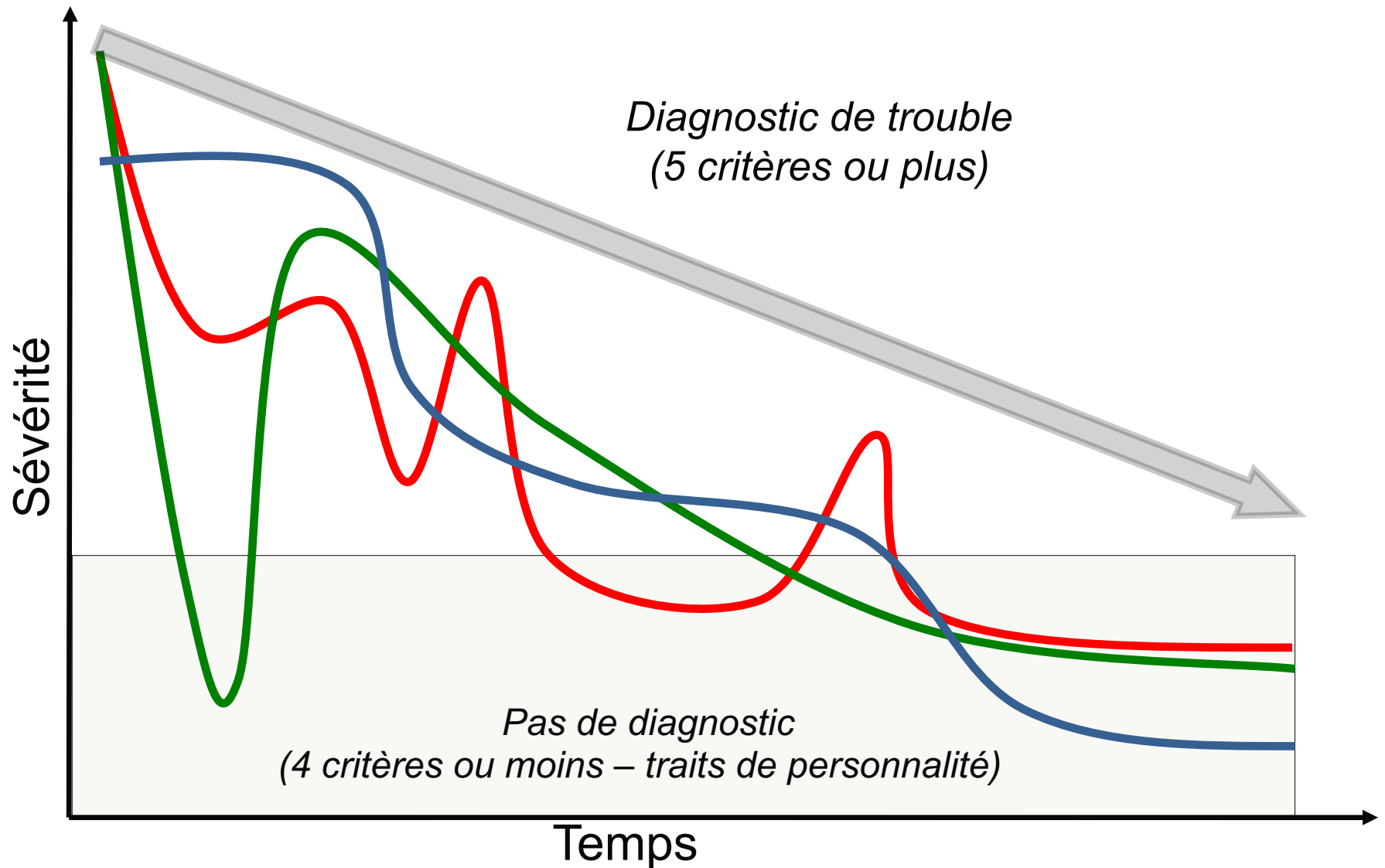
## Prevalence of borderline personality disorder criteria



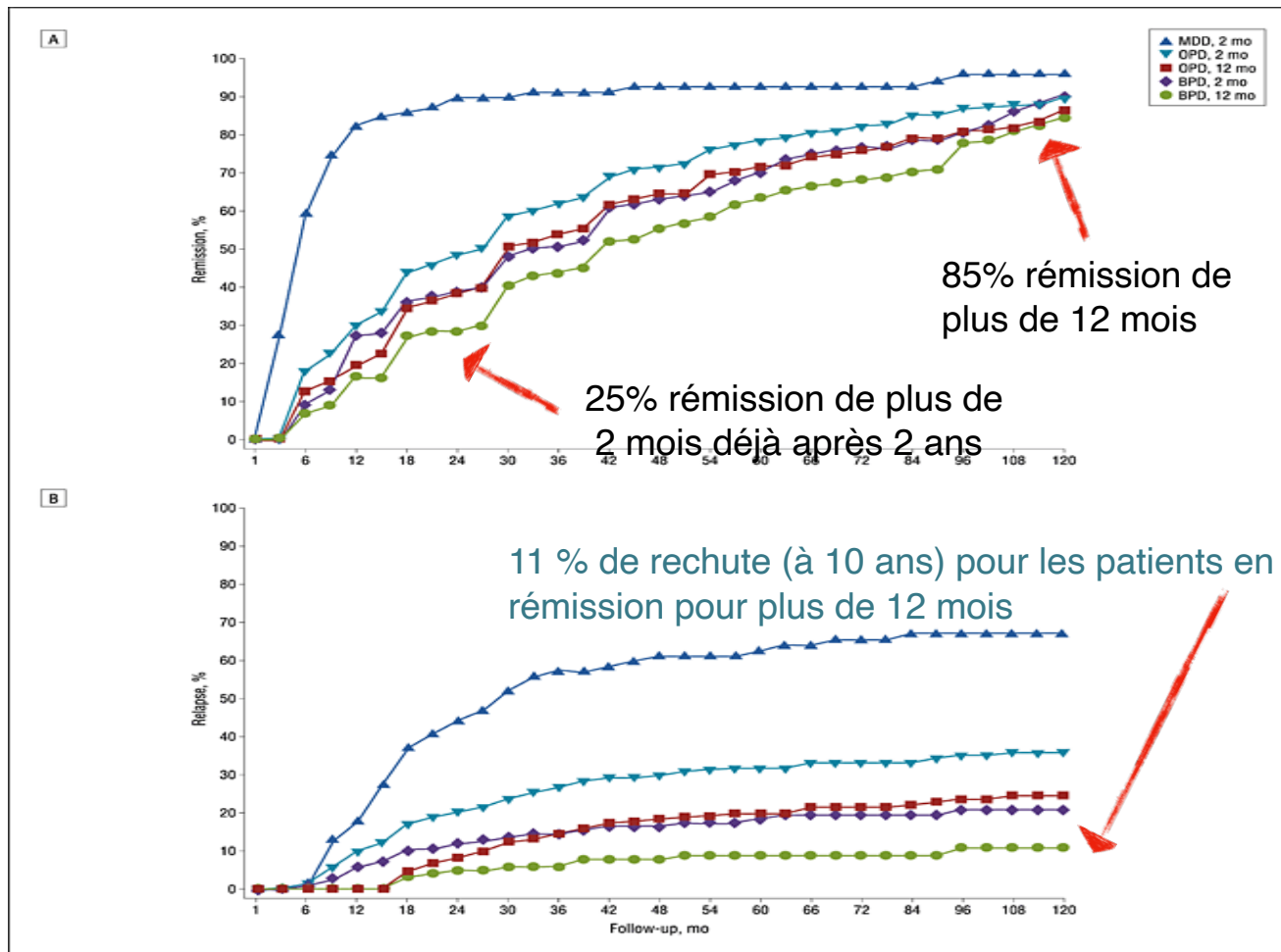
Gunderson, J. G. et al. Arch Gen Psychiatry 2011;68:827-837.

ARCHIVES OF  
GENERAL PSYCHIATRY

# Évolution dans le temps du TPL



Diagnostic remission (A) and diagnostic relapse (B) of major depressive disorder (MDD), other personality disorders (OPD; either avoidant personality disorder [AVPD] or obsessive-compulsive personality disorder [OCPD]), and borderline personality disorder (BPD)



Gunderson, J. G. et al. Arch Gen Psychiatry 2011;68:827-837.

- La majorité des personnes avec un TPL s'améliorent avec le temps!
- Environ 10% des patients TPL présentent une rémission à 6 mois, 25 % en un an et 50% en 2 ans et...85% à 10 ans!
- Une fois que la personne a obtenu une rémission, les récives sont rares.

Mais...

- Environ 9% de suicide complété au long cours
- Espérance de vie diminuée pour plusieurs
- Vie active et productive et interactive plus difficile à atteindre.

## Mortalité

**Tableau 3**      **Espérance de vie à 20 ans, selon l'atteinte de troubles mentaux et selon le sexe basée sur les taux de mortalité 2001-2002 à 2011-2012**

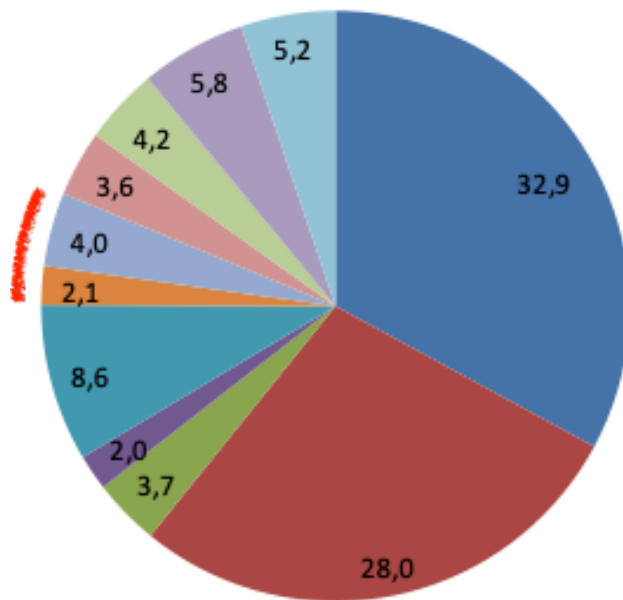
	Espérance de vie à 20 ans (années)	
	Hommes	Femmes
Québec (population générale)	59	64
Troubles mentaux	51	59
Troubles anxio-dépressifs	55	65
Troubles schizophréniques	48 - 11 ans	54 - 10 ans
Troubles de la personnalité du groupe B	46 - 13 ans	55 - 9 ans

2000-2009 (INSPQ)

# IMPACTS DU TP LIMITE

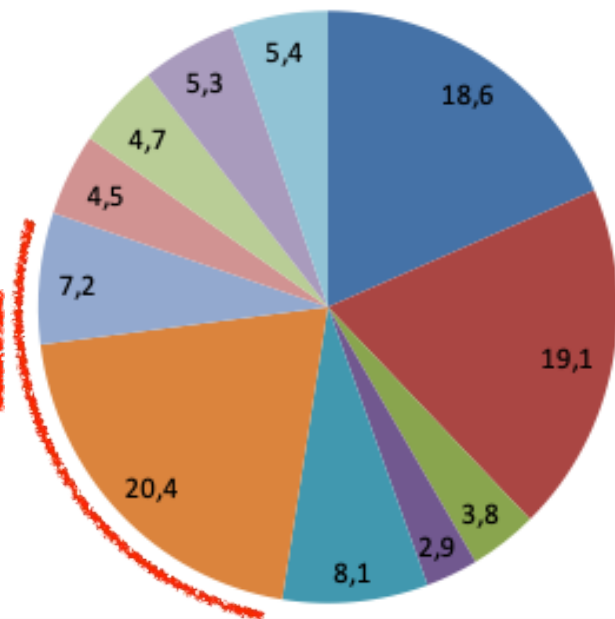
## Proportion (%) des causes de décès, Québec, 2000-2009

Population générale



Trouble de la personnalité –B

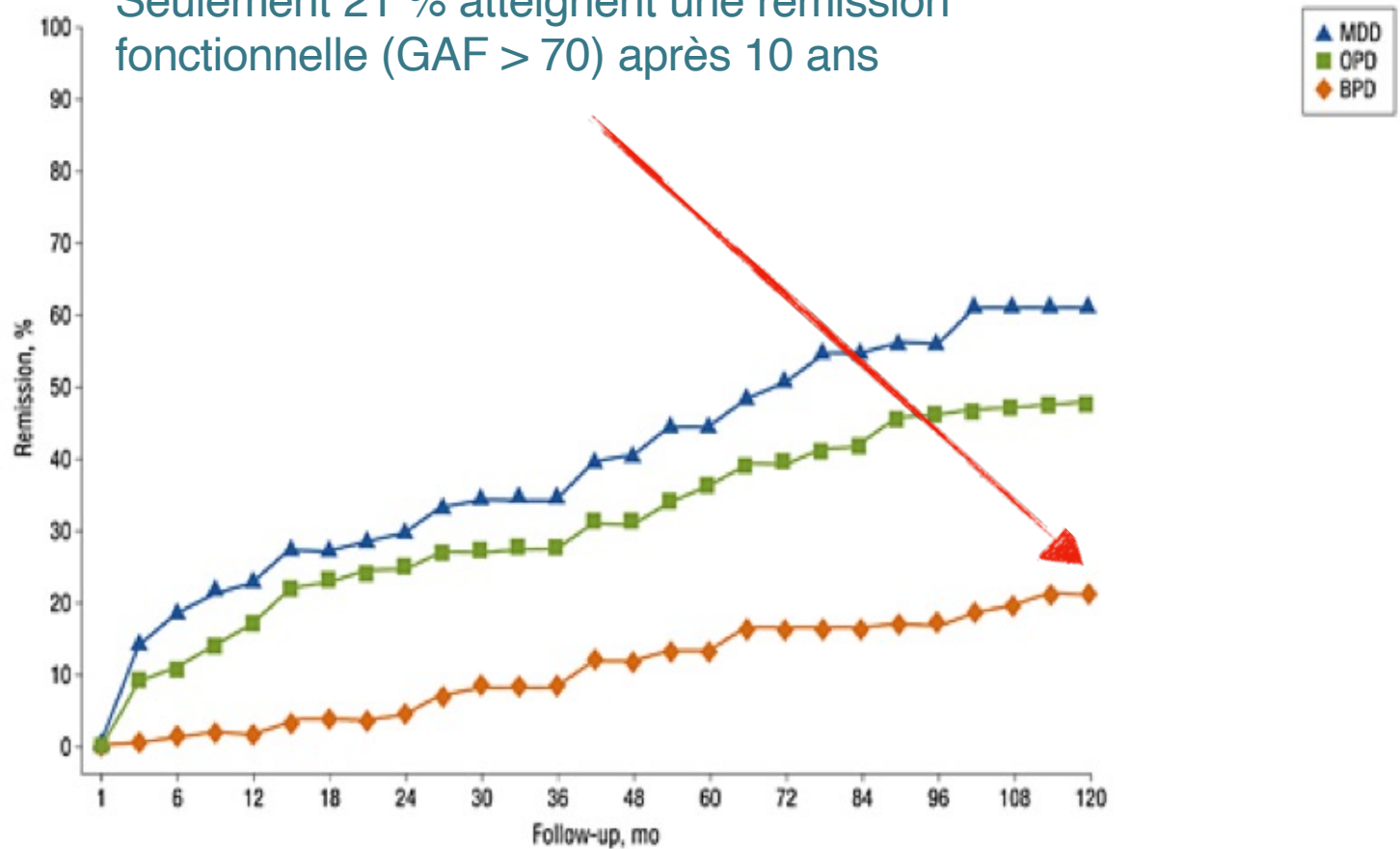
- Cancer
- Système circulatoire
- Système digestif
- Maladies infectieuses
- Maladies respiratoires
- Suicide
- Trauma sauf suicide
- Démences
- Système endocrinien
- Système nerveux et oeil
- Autres





# IMPACTS FONCTIONNELS DU TP LIMITE

Seulement 21 % atteignent une rémission fonctionnelle (GAF > 70) après 10 ans



# IMPACTS DU TP LIMITE



# Des difficultés significatives en emploi?

## Aspects positifs

- **Enthousiaste / dynamique**
- **Souvent beaucoup d'entregent**
- **Bonne capacité à trouver et obtenir un emploi**

## Aspects négatifs

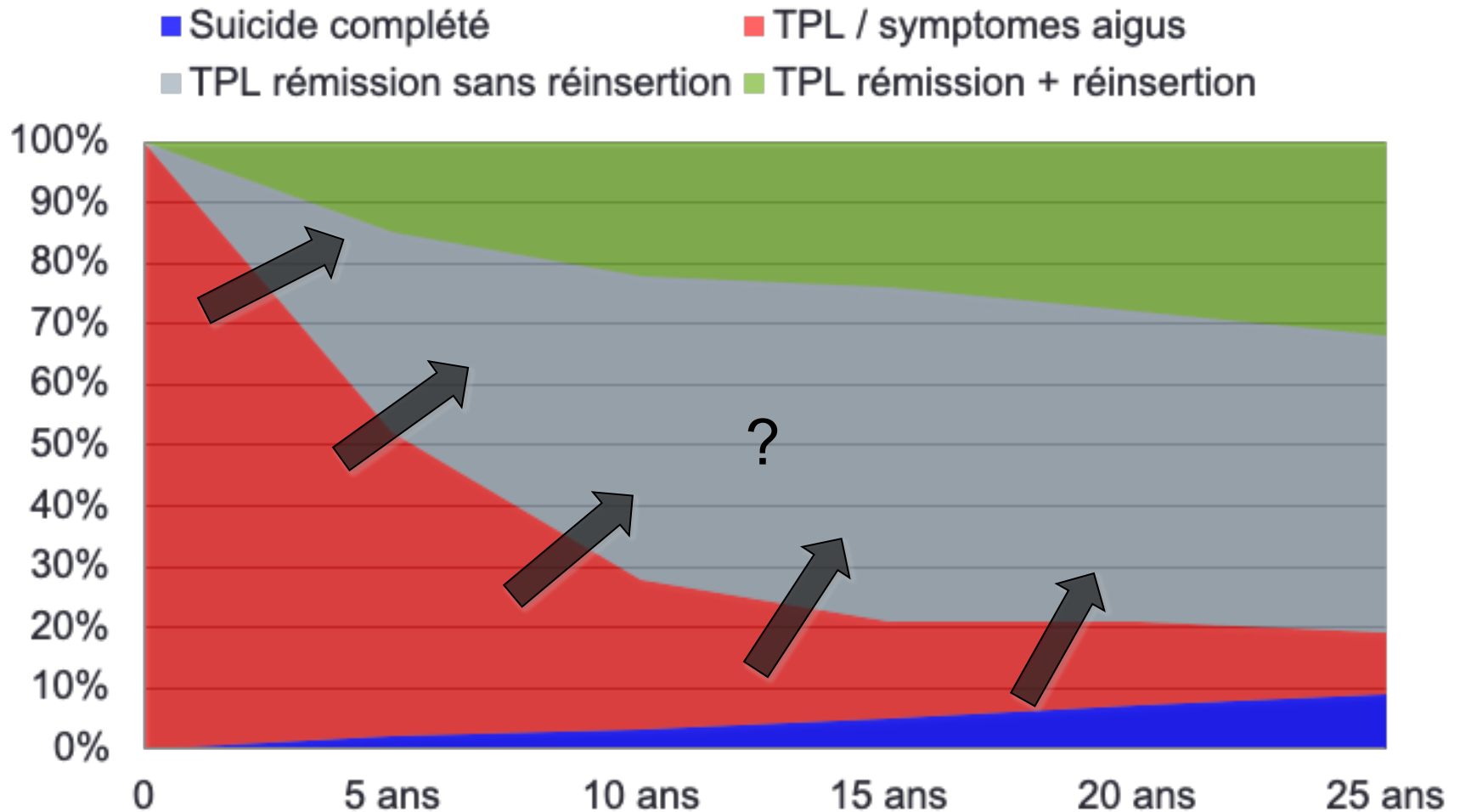
- **Instable dans leur enthousiasme et implication**
- **Instabilité relationnelle**
- **Impulsivité**

## Difficultés spécifiques des TPL

- **Stratégies déficiente de gestion des stress**
- **Difficultés à:**
- **Mettre des limites**
- **Communiquer leurs besoins**
- **Tolérer/gérer l'autorité et les critiques**
- **Souvent sur-engagement au travail qui mène à l'épuisement ou au sentiment d'être exploité**

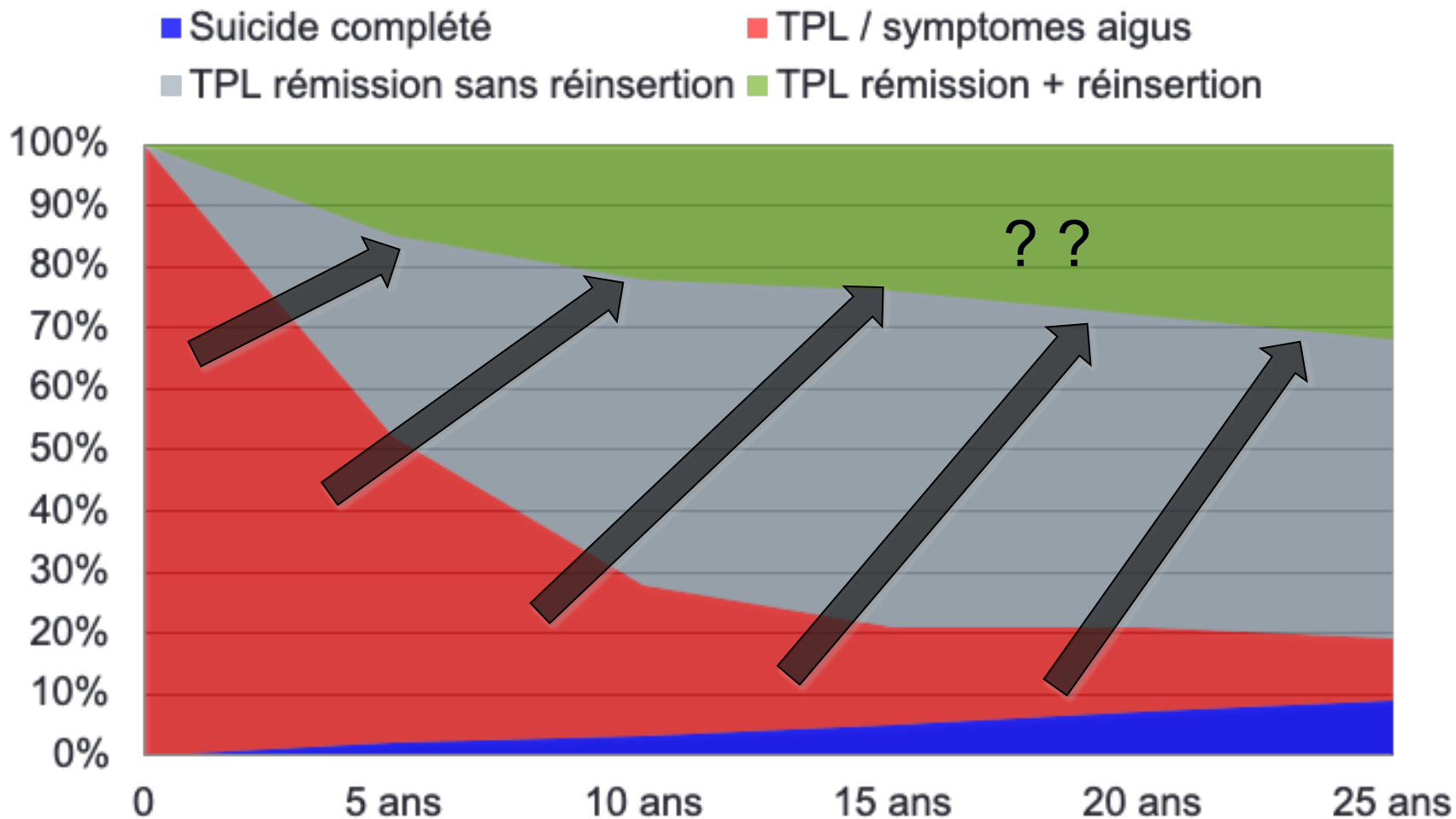
# IMPACTS DU TP LIMITE

## Évolution du TPL au cours des années



# IMPACTS DU TP LIMITE

## Évolution du TPL au cours des années



## **DSM-5 (2013) TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE**

Il faut **5 critères ou plus** parmi les 9 suivants pour parler d'un trouble de la personnalité limite  
sinon, on parle de traits de personnalité limite

### **INSTABILITÉ ÉMOTIONNELLE / AFFECTIVE**

- Émotions rapidement changeantes, en « montagnes russes » et de forte intensité
- Difficultés à contrôler la colère, crises de colère intenses et inappropriées

### **INSTABILITÉ INTERPERSONNELLE**

- Efforts considérables afin d'éviter les rejets réels ou imaginaires (peur de l'abandon)
- Relations interpersonnelles instables et intenses

### **INSTABILITÉ COMPORTEMENTALE**

- Impulsivité dommageable dans différents domaines : dépenses, sexe, drogue, jeux d'argent, conduite automobile, décisions, ...
- Comportements suicidaires (gestes ou menaces) ou automutilation.

### **INSTABILITÉ IDENTITAIRE**

- Diffusion de l'identité (ne pas savoir qui on est, ce que l'on veut dans la vie, nos buts, etc.)
- Sentiment chronique de vide intérieur

### **INSTABILITÉ DANS LES INTERPRÉTATIONS / LES PERCEPTIONS**

- Symptômes paranoïdes ou dissociatifs transitoires en situation de stress

256 façons d'avoir  
5 critères / 9 ou plus!

# Gradation / stade du TPL

*(proposition résumée de diverses sources)*

Stade 1	Premiers symptômes - Tableau sub clinique du TPL / intervention précoce
Stade 2	TPL légers mais diagnostic présent / interventions adaptées et précoces recommandées
Stade 3	TPL modéré mais soutenu / réponse inconstante aux interventions adaptées
Stade 4	TPL sévère avec instabilité et rechutes / comportements dangereux présents / comorbidités fréquentes / requiert des traitements spécialisés
Stade 5	TPL chronique et persistant et envahissant toutes les sphères de la vie / ne répond que partiellement à des interventions spécialisées

Adaptation libre de Stepped care algorithm - Mclean et Clinical staging bij BPS (Hutsebaut & Hessels 2017)



Donc:

- Vrai trouble / maladie
- Impact majeur sur la personne et son entourage
- Modification de la présentation clinique avec le temps et perte du diagnostic
- Population très diversifiée

# Qu'est qui fait que les patients s'améliorent ?

## Le temps:

- Parfois mais pas toujours! Mais parfois en lien avec de l'évitement
- Si limitation de la consommation de substances (ROH & drogues)

## Les traitements:

- Thérapie spécialisée vs thérapie non spécialisée ?
- Les traitements par étapes et le «Good psychiatric management»
- Les balises des traitements utiles
  - Alliance de travail
  - Relier les comportements dommageables
    - à des déclencheurs + aux états émotifs + aux pensées
  - Objectifs réalistes
  - Soutien, validation et encouragement au changement
  - Psychoéducation ++
  - Rôle actif du participant (reprise du pouvoir et mobilisation) et du thérapeute (avec interaction)

# Les priorités en traitement

*Priorité #1*



Le danger – comportements suicidaires...

Établir une alliance – une entente

Valider l'expérience

*Priorité #4*

Psychoéducation / Clarifications /  
Mentalisation / Interprétations dans le transfert

# Les enjeux affectifs de l'intervention

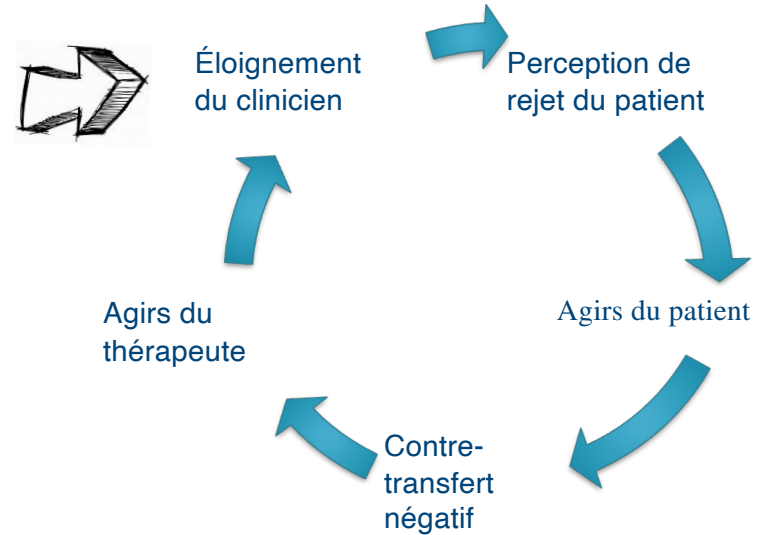


- Incontournables
- Contre-transfert
- Multiples émotions pouvant être ressenties.

# Danger de la stigmatisation

## ATTITUDE REJETANTE

### Stigmatisation ou Attitude rejetante



## SURINVESTISSEMENT

*Personne présentant une instabilité et une souffrance importantes*

*Remise de la responsabilité sur l'intervenant*



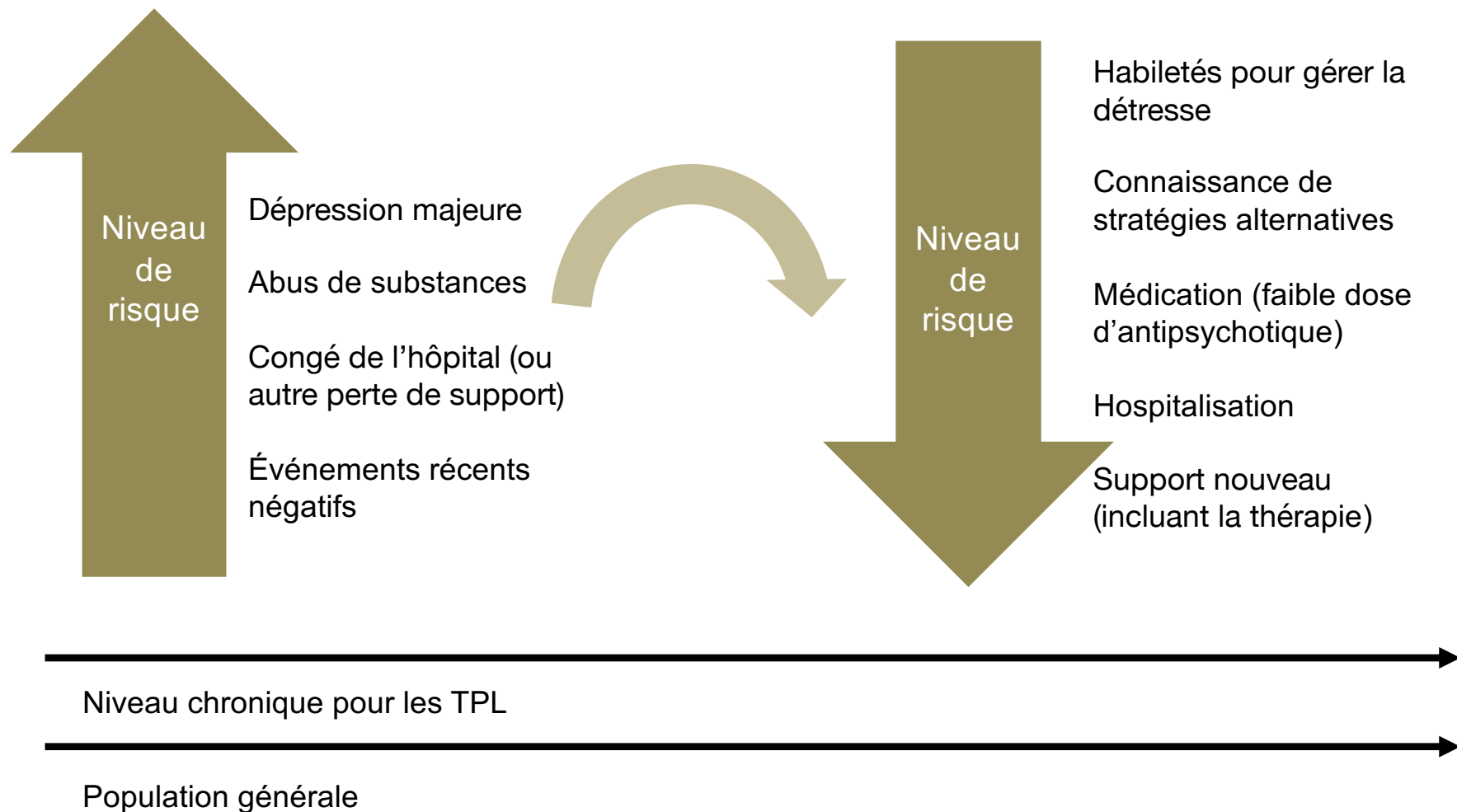
**Épuisement de l'intervenant**

*Passivité et absence de mobilisation concrète*

*Prise du rôle de l'intervenant «tout-puissant»*

*Déresponsabilisation de la personne en situation de difficulté*

# Variation du risque suicidaire



# Objectifs généraux des interventions utiles

Inspiré du «Good psychiatric management »

Processus	Comment
<b>Apprendre à penser en premier avant d'agir</b>	Processus qui implique l'apprentissage de penser avant d'agir: d'être attentif et capable d'identifier les émotions et de penser à sa propre expérience et à l'expérience des autres (identifier les émotions et les motivations).
<b>La réhabilitation sociale</b>	Processus qui est relié à l'apprentissage de la prise d'initiatives dans le but d'assumer des responsabilités sociales )par exemple améliorer sa réhabilitation, diminuer la procrastination, accepter l'autorité et les règles)ou pour échanger avec des étrangers; vivre selon son budget, améliorer ses activités au quotidien, etc..
<b>L'expérience corrective</b>	Se sentir écouté, recevoir du support (cared) et être aidé pour établir des attentes réalistes. Ce sont des expériences nouvelles qui améliorent en retour la confiance , la capacité d'être proche affectivement de quelqu'un d'autre, de se dévoiler et d'être humble. Les thérapeutes qui font confiance, apparaissent raisonnables et fiables, peuvent offrir une modélisations de ces qualités qui peuvent à leur tour être internalisées par le patient.





# PLAN DE CRISE

## PLAN DE CRISE

Now : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



## Manifestations d'une crise

Les manifestations d'une crise émotive peuvent être multiples et différentes pour chaque personne. Elles peuvent être **COGNITIVES**, **AFFECTIVES** ou **COMPORTEMENTALES**

### COGNITIVES

On peut retrouver par exemple une désorganisation de la pensée (devenir confus, perdu, etc.), des pensées qui deviennent plus rigides (le «tout ou rien», la tendance à interpréter l'état d'esprit des autres, ne retenir que le négatif, etc.), une tendance à développer une vision peu nuancée des autres (généraliser, étiqueter, etc.) ou de soi-même (se dévaloriser, se dire «bon à rien», etc.)

### AFFECTIVES

On peut retrouver des changements d'humeur importants, le fait de se sentir submergé par des émotions intenses, comme l'irritation, la colère, la tristesse, l'angoisse, etc. On peut se sentir tendu, parfois sans être capable d'identifier l'émotion qui nous habite, en ressentant «comme une boule» à l'intérieur de soi.

### COMPORTEMENTALES

On peut retrouver de l'agitation (bouger continuellement, se sentir nerveux, tendu, «sur le bord d'exploser», etc.), de l'apathie (le goût de ne rien faire), des conduites d'isolement, d'évitement ou de régression (se «laisser aller», ne plus suivre son horaire habituel, rester au lit, etc.). On peut aussi retrouver des comportements dommageables (qui peuvent soulager «sur le coup» mais qui peuvent nuire à plus long terme) comme le fait de consommer, de se lancer dans des comportements impulsifs, de s'automutiler, etc.

## SIGNES AVANT-COUREURS

À ma connaissance, quels sont les signes qui m'annoncent que j'entre dans une période de crise émotive ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_

## MES SITUATIONS À RISQUE

À ma connaissance, quelles sont les situations qui me mettent à risque de vivre une période de crise ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_

# PLAN DE CRISE

## CE QUI MAINTIENT LA CRISE

Une période de crise peut avoir tendance à se maintenir dans le temps pour les raisons suivantes :

### PLUS GRANDE SENSIBILITÉ

On se montre plus touché par les événements, les émotions sont plus intenses, nos pensées sont moins nuancées, ce qui fait que l'on est plus sensible



### PLUS GRANDE RÉACTIVITÉ

Nos réactions peuvent devenir plus impulsives, immédiates et parfois extrêmes. Tout est plus intense, on peut devenir comme «une bombe à retardement»



### LENT RETOUR À L'ÉQUILIBRE

Nos émotions ont tendance à durer plus longtemps, à «redescendre» moins vite, ce qui a tendance à nous garder «sensible» ou «fragile» sur une certaine période de temps

## UNE CRISE...

- ☒ Demeure une période relativement courte (quelques jours au maximum), malgré son intensité
- ☒ Est vécue avec un sentiment de perte de contrôle, de déséquilibre
- ☒ On ne réussit pas à résoudre le problème avec nos moyens habituels

## COMPORTEMENTS NUISIBLES

Par le passé, quels comportements ont été nuisibles en cas de crise émotive ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_

## MES STRATÉGIES

Quelles sont les stratégies, en ordre de priorité, que je peux mettre en place lorsque je ressens les signes avant-coureurs d'une crise émotive ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_

## JE PARLE À UNE PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_

**Si je ne parviens pas à calmer la crise, j'appelle un centre de crise ou une ligne d'écoute. Je tente de résoudre mon problème avec l'aide de l'intervenant au téléphone**

**Équipe mobile de crise Résolution**  
514.351-9592 (24h/24, 7 jrs/7)

**Suicide Action Montréal**  
[suicideactionmontreal.org](http://suicideactionmontreal.org)  
1-866-APPELLE ou 1-866-277-3553 (24h/24, 7 jrs/7)

**Tel-écoute**  
[tel-ecoute.org](http://tel-ecoute.org)  
514-493-4484 (7jrs/7 de 10-22h)

Autre : \_\_\_\_\_

**En dernier recours, si je sens que je n'ai plus le contrôle sur mes gestes et que j'ai besoin d'aide pour le reprendre, je me rends à l'urgence**