



La personnalité de ma patiente me donne du trouble...

comment traite-t-on le trouble de la personnalité limite à l'adolescence ?

Marie-Pier Larrivée et Patricia Garel

Pendant votre période de consultations sans rendez-vous, vous recevez un appel de Madame T., une patiente que vous suivez depuis plusieurs années. Elle souhaite que vous voyiez sa fille Jessica, 15 ans, rapidement, car c'est la troisième visite à l'urgence qu'elle fait depuis six mois. C'est l'infirmière de l'école qui a appelé l'ambulance lorsque Jessica a tenu des propos suicidaires à la suite de sa rupture avec son sixième copain cette année. Elle a reçu son congé de l'urgence après un bilan toxicologique normal et après avoir donné l'assurance au médecin qu'elle ne voulait plus mourir. C'est avec appréhension que vous donnez un rendez-vous deux jours plus tard à la jeune fille... en vous demandant comment vous pourrez bien aider cette famille, sans vous retrouver complètement pris au piège.

Le trouble de la personnalité limite à l'adolescence existe-t-il ?

Plusieurs études indiquent que l'on peut poser de façon fiable le diagnostic de trouble de la personnalité limite à l'adolescence. En plus des critères diagnostiques spécifiques, le jugement clinique est de première importance.

Il n'y a pas de critère d'âge pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite. D'ailleurs, les pre-

La D^e Marie-Pier Larrivée, pédopsychiatre, exerce et enseigne à l'unité d'hospitalisation psychiatrique des adolescents et en consultation-liaison au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à Montréal. La D^e Patricia Garel, pédopsychiatre, est chef du Service de psychiatrie au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Elle est professeure agrégée à l'Université de Montréal et rédactrice en chef de la revue PRISME.

mières manifestations ont typiquement lieu à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La prévalence de ce trouble est estimée à 2 % dans la population générale^{1,2}.

L'origine du trouble de la personnalité limite est multifactorielle, soit une combinaison de prédispositions génétiques et de facteurs psychosociaux. Un élément crucial est la réponse inappropriée aux expériences émotionnelles de l'enfant. On dénigre son vécu et son interprétation des événements, qui ne sont pas jugés valides. C'est ce que l'on nomme un environnement invalidant³. Dans la relation avec les parents, on verra souvent de la négligence alternant avec un contrôle excessif, entraînant un attachement désorganisé.

Comment reconnaît-on le trouble de la personnalité limite ?

Les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite suscitent deux tendances opposées chez le clinicien : normaliser la situation en parlant de « crise

Il n'y a pas de critère d'âge pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite et les premières manifestations ont typiquement lieu à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Repère

Tableau I

Distinction entre le trouble de la personnalité limite et la crise d'adolescence

Trouble de la personnalité limite	Adolescence normale
⊕ Efforts démesurés pour éviter l'abandon	⊕ Grande importance du cercle d'amis
⊕ Relations instables	⊕ Capacité d'entretenir des amitiés au long cours avec une gestion appropriée des conflits occasionnels
⊕ Changements fréquents et dramatiques de la perception de soi	⊕ Questionnement identitaire
⊕ Impulsivité mettant régulièrement l'adolescent en danger	⊕ Expérimentation sporadique de certains interdits
⊕ Menaces de suicide et gestes suicidaires, automutilation	⊕ Idées suicidaires possibles, mais transitoires et non envahissantes
⊕ Sentiments chroniques de vide et d'ennui	⊕ Malgré les frustrations occasionnelles, sentiment général de satisfaction par rapport à sa vie
⊕ Épisodes de dissociation ou de paranoïa	⊕ Absence d'épisodes de dissociation ou de paranoïa

d'adolescence » ou au contraire évoquer un trouble de l'humeur dont le traitement médicamenteux serait la solution (*tableau I*). Or, il faut savoir penser au trouble de la personnalité limite, car l'intervention précoce peut en modifier grandement l'évolution et le pronostic. Quand on fait face à des traits de personnalité limite en cette période de consolidation identitaire, une prise en charge adaptée peut permettre d'éviter l'apparition d'un trouble de la personnalité. Les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le *DSM-IV-TR*, sont énumérés dans le *tableau II*.

Le **critère 1** décrit les efforts effrénés pour éviter l'abandon². L'idée d'une possible séparation d'avec un être cher déstabilise l'humeur, l'image de soi, les pensées et le comportement du patient. Or, ces hypersensibles ont tendance à mal interpréter des séparations banales (Ex. : la fin d'un rendez-vous) comme un rejet.

Au **critère 2**, on décrit les relations instables et intenses². Un patient atteint d'un trouble de la personnalité limite accorde vite une très grande importance à toute personne susceptible de lui donner des soins ou de l'amour (y compris son médecin !) et en idéalise les vertus et les capacités. Toutefois, lorsque par malheur le patient est déçu, ce qui ne manque jamais

d'arriver en raison de ses grandes attentes et de son extrême sensibilité au sentiment de rejet, il se produit un changement rapide à une position de dévalorisation.

Le **critère 3** présente le trouble identitaire. On verra chez ces patients des changements dramatiques de la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, de leurs valeurs, de leurs amis et même de leur identité sexuelle². Ils se perçoivent souvent comme de mauvaises personnes ou même comme s'ils n'existaient pas vraiment, surtout dans les situations où ils ne se sentent pas suffisamment appuyés par leur entourage. Les questionnements identitaires sont bien sûr normaux à l'adolescence, mais chez le jeune souffrant d'un trouble de la personnalité limite, la confusion et les changements sont disproportionnés.

Le **critère 4** décrit l'impulsivité pouvant mettre en danger la personne elle-même, associée à des comportements dépassant l'expérimentation normale à l'adolescence².

Sous le coup de l'impulsion, ces patients font aussi des menaces ou posent des gestes suicidaires (**critère 5**)², habituellement précipités par une séparation ou un rejet ou par la simple éventualité que cette situation se produise. Ils ont aussi recours à l'automutilation, dont on doit reconnaître l'aspect relationnel. Les patients, submergés par leurs propres

Il faut savoir penser au trouble de la personnalité limite, car l'intervention précoce peut en modifier grandement l'évolution et le pronostic.

Repère

émotions, sont souvent inconscients de celles qu'ils provoquent chez autrui. Les fonctions de l'automutilation sont multiples (réguler les émotions, retrouver un sentiment de contrôle, revenir à la réalité, détourner la colère, etc.)^{4,5}. Il faut retenir son efficacité à soulager les patients et son caractère addictif.

Le **critère 6** décrit les changements marqués de l'humeur². On arrive habituellement à repérer le facteur précipitant, qui peut apparaître bénin vu de l'extérieur, mais qui est vécu intensément par le patient. On devra être rigoureux pour ne pas confondre un trouble de la personnalité limite avec un trouble de l'humeur afin de ne pas se hâter de prescrire des antidépresseurs.

Le **critère 7** a trait aux sentiments chroniques de vide et d'ennui, que les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite vous décriront souvent lorsque vous leur demandez comment ils se sentent lorsqu'ils ne sont pas en crise².

Le **critère 8** fait mention d'une colère inappropriée qui est souvent exprimée lorsque le patient a l'impression d'être négligé ou abandonné². Le médecin traitant risque donc d'en être la cible ou du moins le témoin un jour ou l'autre.

La paranoïa et la dissociation, indiquées au **critère 9**, peuvent survenir dans les moments de stress intense². Le patient dira typiquement se sentir détaché de son propre corps ou « comme dans un rêve ». À l'extrême, ce phénomène peut prendre la forme de brefs épisodes d'allure psychotique.

L'une des caractéristiques clés du trouble de la personnalité limite, bien qu'elle soit absente des critères diagnostiques, est l'utilisation du clivage comme mécanisme de défense. Ces patients ne peuvent, en effet, tolérer l'inconfort produit par l'ambiguïté ou les zones grises. Ils voient le monde tout en noir ou tout en blanc ou encore n'y voient que du bon ou du mauvais, en oscillant d'un extrême à l'autre.

Le trouble de la personnalité limite est souvent intriqué dans d'autres troubles, comme les troubles anxieux ou de l'humeur, les troubles alimentaires ou la toxicomanie. Il faut envisager globalement les difficultés de l'adolescent, car elles s'influencent réciproquement dans une période particulièrement critique de la définition de soi par rapport à autrui. Par exemple, une vulnérabilité anxieuse peut sous-tendre une hypersensibilité au rejet tandis qu'un tableau dépressif peut être la conséquence d'un découragement

Tableau II

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite

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 et est présente dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts éfrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées 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 potentiellement dommageables pour le sujet (Ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). N.B. : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (Ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures, mais rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à maîtriser sa colère (Ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Source : American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4^e éd. Texte révisé. Washington : L'Association ; 2000. © Reproduction autorisée.

lié au trouble de la personnalité limite. Il s'avère néanmoins de première importance de dépister et de traiter ces maladies concomitantes selon une compréhension intégrée de la situation.

Quels traitements ?

La première étape est d'être capable de parler du problème. Si le diagnostic de trouble de la personnalité limite est évoqué, il est essentiel de faire de la psychoéducation auprès de l'adolescent et de ses parents. Expliquer le diagnostic, ses enjeux et la compréhension que l'on a de la situation et des comportements de l'adolescent ainsi que préciser les besoins du jeune

Tableau III

Règles d'or à l'intention des parents

- Établir des limites claires
- Énoncer des attentes sans ambiguïté
- Contenir l'adolescent avec fermeté
- Demeurer engagés et réalistes dans leurs attentes
- Reconnaître les sentiments qui sous-tendent les accusations injustes du genre « tu n'es jamais là pour moi » et réaffirmer calmement leur engagement
- Défendre leur droit de satisfaire leurs propres besoins et ceux de la fratrie

patient et de ses parents constituent déjà un exercice thérapeutique. Il s'agit ici de remettre en question les notions de bons et de méchants, de coupables et de victimes afin de situer les difficultés à un niveau relationnel entre le patient et son entourage. Il faut aussi trouver les vulnérabilités et les forces de chacun afin de proposer un cadre de travail où les limites sont primordiales. Un entretien avec tous les membres de la famille éclaire aussi beaucoup sur le mode d'interaction du sujet et permet d'entreprendre des interventions ciblées. Les parents trouvent habituellement utile le concept d'environnement invalidant, qui les aide à modifier concrètement leur comportement.

Le parent doit indiquer à l'adolescent qu'il comprend sa perception des choses, bien qu'il ne partage pas son point de vue. Par exemple : « Je comprends que ce conflit avec ta copine te bouleverse au point que ça t'enlève toute envie de faire quoi que ce soit, mais je pense qu'on peut essayer de trouver une solution acceptable et j'aimerais t'aider à y arriver. »

Les parents sont souvent impuissants à mettre en place un cadre cohérent pour des raisons qui leur sont propres (qui seront explorées au cours du traitement).

La deuxième étape est de soutenir et d'outiller les parents afin qu'ils puissent offrir des balises solides à un adolescent qui les cherche et les réclame de façon bruyante (tableau III).

Dans cette démarche, le médecin lui-même devra

établir des limites claires par rapport à la famille et définir son rôle. Il peut permettre à l'adolescent de prendre un certain recul face à ses comportements puisqu'il en évalue et en soigne les conséquences physiques. Il n'est toutefois pas un substitut parental en ce qui a trait à l'éducation ni un ami qui cautionne les faits et gestes du jeune, mais plutôt un adulte significatif qui, sans juger ni blâmer, doit exprimer avec authenticité ses préoccupations et assumer sa responsabilité médicale. Il doit projeter une grande confiance à titre de traitant et aussi dans la capacité de son patient à s'améliorer. Même si le médecin ne s'engage pas à faire une psychothérapie en bonne et due forme, le rôle qu'il assume auprès de l'adolescent est thérapeutique en soi.

Il peut aussi agir comme médiateur entre le jeune et ses parents, en recadrant les situations conflictuelles et offrir du soutien aux parents du fait de sa position neutre et théoriquement à l'abri de l'intensité émotionnelle familiale. Dans la majorité des cas, les parents devront être orientés vers un travailleur social ou un thérapeute familial.

Le médecin doit reconnaître le fardeau que représente le fait d'avoir un enfant atteint d'un trouble de la personnalité limite : perturbation des routines, attentes non remplies, fratrie négligée⁵, etc. Les parents souffrent aussi de voir que leur enfant est malheureux. Ils composent avec la rage projetée, le blâme, l'abus verbal et même physique, le déni de la maladie et le rejet du traitement, de même que les sautes d'humeur de longue date, l'automutilation et les tentatives de suicide. À tout cela s'ajoutent malheureusement souvent l'attitude distante des professionnels de la santé ainsi que le manque d'information et de ressources thérapeutiques. Le clinicien doit normaliser les émotions des parents, tout en leur demandant de les maîtriser pour éviter une exacerbation des comportements de leur enfant⁵.

On mentionnera clairement au patient les situations qui entraîneront la levée du secret professionnel : un plan suicidaire avec intention de passer à l'acte, une in-

Expliquer le diagnostic, ses enjeux et la compréhension que l'on a de la situation et des comportements de l'adolescent ainsi que préciser les besoins du jeune patient et de ses parents constituent déjà un exercice thérapeutique.

Repère

tention de faire du mal à autrui ou des sévices physiques ou sexuels ou de la négligence. Pour ce qui est de l'automutilation, on validera l'inquiétude des parents à ce sujet, tout en leur disant qu'on ne les mettra pas au courant de chaque geste à moins que la vie de leur jeune ne soit menacée ou qu'il n'y ait une escalade incontrôlable des actes d'automutilation. Cette attitude permettra à l'adolescent de dévoiler ses comportements plus ouvertement. Et lorsqu'il est nécessaire de briser le secret professionnel, on engage autant que possible le patient dans le processus.

Le traitement pharmacologique

Les médicaments ne changent pas la personnalité du patient, mais peuvent servir d'adjuvants à une approche psychosociale multidimensionnelle. Le traitement pharmacologique est symptomatique et cible principalement l'impulsivité et l'instabilité affective. On introduira un seul agent à la fois pour bien évaluer les effets⁵.

Les idées paranoïdes, les illusions et hallucinations, puis la déréalisation surviennent principalement en temps de stress émotif intense. Les neuroleptiques constituent alors le traitement de choix. Comme ils agissent rapidement, on peut les utiliser à court terme en périodes de crise. En raison du profil d'effets indésirables des neuroleptiques classiques, les neuroleptiques atypiques sont préférables⁵.

Les ISRS peuvent être utiles pour améliorer la labilité de l'humeur et, dans certains cas, l'impulsivité. La consultation en psychiatrie devrait toutefois soutenir la stratégie médicamenteuse lorsque les comportements du patient le justifient. Aucun agent n'est officiellement indiqué dans le traitement du trouble de la personnalité limite. L'utilisation prolongée de ces produits n'a pas été étudiée⁶.

L'hospitalisation

L'hospitalisation peut être tentante en présence de comportements autodestructeurs. Elle doit toutefois être proposée avec prudence, car elle peut s'avérer inutile, voire nuisible. On risque alors de transmettre au patient et à son entourage le message qu'ils ne sont pas capables de contenir et de traverser cette crise. L'hospitalisation représente pour les adolescents un risque de régression tandis que les séjours répétés à l'hôpital vont entraver sérieusement leur développement.

Tableau IV

Analyse du comportement et résolution de problèmes³

1. Décrire de façon spécifique et précise un comportement problématique et les émotions qui y sont associées
2. Trouver l'élément déclencheur
3. Décrire les facteurs de vulnérabilité présents avant le facteur précipitant (fatigue, maladie, drogue, stress, émotions intenses, etc.)
4. Reconstruire la séquence des événements environnementaux et comportementaux
5. Nommer les conséquences environnementales et comportementales (émotions, réactions des autres, etc.)
6. Repérer les points d'intervention
7. Décrire différentes solutions en retournant dans la chaîne des événements avant l'élément déclencheur
8. Décrire une stratégie de prévention de façon à diminuer la vulnérabilité du patient
9. Choisir les solutions les plus susceptibles d'être efficaces
10. Mettre les solutions à l'épreuve en nommant les écueils possibles
11. Obtenir l'engagement de l'adolescent à mettre la solution en pratique
12. Décrire ce qui sera fait pour réparer les conséquences

Il faut songer à l'hospitalisation brève lorsque la situation est hors de contrôle et que l'intensité de la détresse fait craindre un geste suicidaire⁵.

Les psychothérapies

La plupart des patients aux prises avec un trouble de la personnalité limite auront besoin d'une psychothérapie pour voir une amélioration de leur fonctionnement. À l'adolescence, cette démarche fait le plus souvent suite à la mise en place d'un cadre cohérent et stable par les parents ou les services sociaux.

La thérapie dialectique comportementale est la plus utilisée et celle dont l'efficacité a été le plus souvent démontrée. Ses objectifs sont de réduire les comportements mettant la vie du patient en danger, puis ceux qui interfèrent avec le traitement et de modifier ceux qui portent atteinte à la qualité de vie (absence de fréquentation scolaire, sexualité à risque, toxicomanie, etc.), puis de développer des habiletés comportementales. Le médecin peut s'en inspirer en disant, par exemple, au patient que ses réactions sont compréhensibles dans son contexte de vie (validation) ou en l'accompagnant dans la résolution de ses

problèmes et l'analyse de ses comportements (*tableau IV*), puis finalement en trouvant avec lui des méthodes de tolérance à la détresse, comme la distraction ou la relaxation³.

CERTAINS MÉDECINS sont réticents à suivre ces patients difficiles à cause de la sensation de fardeau, de confusion, de stress et de responsabilité qu'ils provoquent. Ainsi, des comportements attribuables à une terreur de l'abandon entraînent paradoxalement le rejet. Cependant, en comprenant les enjeux en cause, en améliorant le dépistage des troubles de la personnalité limite et en participant à leur prise en charge, le médecin de famille peut contribuer à prévenir ce type de maladie et à permettre un retour vers un développement plus harmonieux des jeunes atteints. En demeurant présent, stable et empathique, même dans les pires moments, tout en établissant des limites claires, le médecin traitant contribuera à l'apprentissage d'un mode relationnel sain par le patient.

Vous avez vu Jessica, qui vous a parlé de son impulsivité et de son mal de vivre, qu'elle soulage en s'automutilant. Vous avez établi ensemble les nombreux inconvénients de cette méthode. Elle souhaite maintenant trouver d'autres moyens bien qu'elle doute de sa capacité à le faire. Elle a accepté votre soutien dans l'organisation d'un suivi avec sa psychologue scolaire, qui travaillera avec elle sur des méthodes de gestion de sa dysphorie. Vous avez discuté avec la famille de votre présomption d'un trouble de la personnalité limite et avez orienté Jessica en psychiatrie pour obtenir une confirmation. Vous avez également suggéré une démarche auprès d'un thérapeute familial pour « aider les parents à aider leur fille »... Vous continuerez, de votre côté, à rencontrer Jessica avec ses parents deux fois par mois pour faire un suivi des comportements à risque de votre patiente et pour soutenir la famille dans la gestion de ces comportements et l'établissement d'une meilleure communication. ☞

Date de réception : 15 décembre 2008

Date d'acceptation : 26 janvier 2009

Les auteurs n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*

Summary

Treating teenagers with Borderline Personality Disorder.

Borderline personality disorder's (BPD) first symptoms usually arise during adolescence and the diagnosis can be made reliably at that age, with the advantage of making an early intervention possible. The DSM-IV-TR diagnosis criteria can be used and are described. BPD is a pervasive instability pattern of interpersonal relationships, self-image, affects, and marked impulsivity. To treat these patients, a pragmatic and authentic approach is needed. Working with the family is crucial and starts with psychoeducation. The doctor has to support the parents in learning how to set limits. Medication may also be an adjuvant to the psychosocial approach by targeting specific symptoms. Hospitalisation should be used carefully, only for very brief periods during intense crisis episodes. BPD patients will obviously need psychotherapy in order to improve their functioning. The family doctor can contribute to a better development of these young people by early detection of BPD symptoms and by taking his place in the multidisciplinary team.

2001; 158 (10 Suppl.) : 1-52. Site Internet : www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_13.aspx (Date de consultation : le 23 avril 2009).

2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4^e éd.* Texte révisé. Washington : L'Association ; 2000. 943 p.
3. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.* New York : The Guilford Press ; 2007. 346 p.
4. Gareil P. L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2008 ; 1 : 227-35.
5. Gunderson JG, Hoffman PD. *Understanding and treating borderline personality disorder. A guide for professionals and families.* 1^{re} éd. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2005. 171 p.
6. Bleiberg E. *Treating personality disorders in children and adolescents. A relational approach.* New York : The Guilford Press ; 2001. 348 p.

Lectures suggérées

Pour les familles et les médecins

- ☉ Gareil P. L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2008 ; 1 : 227-35.
- ☉ Gareil P, Boivin J. L'ado qui parle suicide. *Le Médecin du Québec* 2003 ; 38 (8) : 61-8.
- ☉ Gunderson JG, Hoffman PD. *Understanding and treating borderline personality disorder. A guide for professionals and families.* 1^{re} éd. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2005. 171 p.
- ☉ Hollander M. *Helping teens who cut. Understanding and ending self-injury.* 1^{re} éd. New York : The Guilford Press ; 2008. 214 p.