



PAR DÉFINITION, on dit d'un patient qu'il présente un trouble de la personnalité si sa façon habituelle de percevoir, de concevoir et de réagir à son environnement et à sa propre personne est rigide, inadaptée, et si elle cause soit une altération importante de son fonctionnement social ou professionnel, soit une souffrance subjective. Les manifestations d'un trouble de la personnalité sont généralement décelables à l'adolescence et persistent durant la majeure partie de la vie adulte ; elles deviennent habituellement moins évidentes dans la seconde partie de la vie et chez les personnes âgées¹.

Il est ou serait très utile à des fins de recherche ou pour des raisons administratives ou juridiques de pouvoir, de façon sûre, tracer la frontière entre un **trait de personnalité** qui, lui, est une variation de la normale, et un **trouble de la personnalité**, qui est pathologique. Le trait comme le trouble sont des modalités persistantes et non pas transitoires, et tous deux deviennent plus apparents en cas de stress. Ce n'est que lorsque les traits deviennent particulièrement rigides et mé-sadaptés que l'on parle de trouble de la personnalité². De plus, en pratique, il est difficile dans une évaluation transversale (par opposition à longitudinale) de déterminer si le comportement actuel constitue un mode persistant de fonctionnement ou s'il s'agit d'un problème passager. Heureusement pour le clinicien, il n'est habituellement pas impérieux de trancher, l'important étant, le cas échéant, d'avoir décelé l'influence de la personnalité sur le problème du patient.

Le Manuel diagnostique et statis-

Le Dr Michel Brochu, psychiatre, exerce à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne comment y survivre

par Michel Brochu

L'état de votre patient ne s'améliore pas malgré tous vos bons soins ? Un problème qui semblait simple au départ prend des proportions inattendues... Vous soupirez lorsque vous l'apercevez dans la salle d'attente et vous vous surprenez même à imaginer un moyen de le « refiler » à un confrère... Rassurez-vous, une bonne évaluation de la personnalité de ce patient vous permettra probablement d'y voir plus clair.

tique des troubles mentaux (DSM-IV) divise les troubles de la personnalité en trois groupes (*clusters*). Le **groupe A** se caractérise par l'aspect bizarre et excentrique. Il comprend les troubles de la personnalité paranoïde, schizoïde et schizotypique. Le **groupe B** se caractérise par l'aspect émotif et dramatique. Il comprend les personnalités histrioniques, narcissiques, limites et antisociales. Le dernier groupe, le **groupe C**, se caractérise par l'aspect anxieux et craintif. Il comprend les personnalités évitantes, dépendantes, compulsives.

Les critères diagnostiques précis qui ont été élaborés pour chacune de ces personnalités sont en fait une description fort utile des comportements et des attitudes que le clinicien recherchera ou observera chez son patient s'il soupçonne un problème sur le plan de la personnalité.

Épidémiologie et étiologie

La combinaison de trois études in-

dique que, au sein d'une population adulte, entre 5 et 15 % des gens présentent un trouble de la personnalité³. Même si nous avons certaines pistes étiologiques, nous n'avons que peu de certitudes. La personnalité se divise en deux composantes : le **tempérament**, qui est inné, donc lié à la biologie, à la génétique, et le **caractère**, qui est acquis, lié à l'éducation, à l'apprentissage à partir de la culture, lié aussi à l'intériorisation des relations significatives et des mœurs sociales.

On pourra donc trouver, comme causes des troubles de la personnalité, des facteurs génétiques, constitutionnels, environnementaux et culturels, ainsi que des facteurs de maturité⁴. On peut se demander si des changements sociaux tels que l'éclatement des familles ou la prépondérance donnée aux droits plutôt qu'aux devoirs des individus peuvent favoriser chez certaines personnes vulnérables l'apparition ou l'exacerbation de traits ou de troubles de la personnalité pathologiques.

Considérations générales

On fait habituellement la distinction entre trouble de la personnalité et névrose. La personne névrotique souffre, et elle accepte très volontiers une aide psychiatrique. Elle avoue facilement son problème et participe à sa guérison. En termes techniques, ses symptômes sont autoplastiques (tournés vers le sujet lui-même) et vécus comme égodystoniques (créant un malaise pour la personne elle-même). Un symptôme névrotique comme une phobie ou une obsession peut être comparé à un caillou dans un soulier. Le patient souffre, alors que l'entourage ne remarque rien. À l'opposé, les symptômes d'un patient ayant un trouble de la personnalité sont alloplastiques (tournés vers l'extérieur) et égosyntoniques (ne créant pas de malaise pour la personne elle-même)⁵. Il refuse souvent l'aide qu'on lui offre et blâme plutôt le psychiatre, le médecin ou la société. Le refus et le blâme prennent parfois des formes subtiles, voire même vicieuses : aggravation des symptômes, refus d'envisager un retour au travail, plainte contre le médecin aux autres intervenants, à la famille ou aux autorités de l'hôpital. On dit en boutade qu'on pose le diagnostic de trouble de la personnalité en observant le médecin et son patient lorsqu'ils sortent du cabinet après une rencontre : le patient semble en bonne forme, mais le médecin a une mine inquiétante. Les comportements et les attitudes d'un patient qui a un trouble de la personnalité peuvent être comparés à une

forte haleine d'ail : anodine pour le porteur, mais très désagréable pour l'entourage !

On peut résumer en trois points principaux les caractéristiques générales des patients présentant un trouble de la personnalité⁴.

1^{re} caractéristique. Une réponse rigide et mal adaptée au stress. Une faible tolérance à la frustration qui déclenche une réaction entraînant un agir plutôt qu'une réponse vécue sur le plan des émotions. Une inadaptation au travail et en amour qui est généralement plus envahissante que chez le patient névrotique. Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité ne modulent ni leur colère, ni aucune émotion forte de façon flexible et appropriée. Ils ne s'adaptent pas au monde extérieur, mais exigent plutôt que celui-ci s'adapte à eux. Ces personnes ne semblent rien apprendre de leurs erreurs.

2^e caractéristique. La mise à jour des réactions problématiques sous forme de conflits interpersonnels dont les conséquences amèneront le patient à consulter : incapacité à fonctionner au travail, problèmes familiaux. En général incapables d'empathie avec les autres et incapables de se percevoir comme ils sont perçus par autrui, ils auraient peu de problèmes sur une île déserte ! La conséquence directe est une facilité assez unique à « porter sur les nerfs » de leur entourage.

3^e caractéristique. Dans les relations plus intenses, une perte des frontières personnelles, ou mieux, la fusion des frontières personnelles. Cela se pro-

duit de la façon subtile et inconsciente qu'ont les amoureux ou bien les mères et leurs enfants d'agir l'un sur l'autre. L'invasion de la vie de quelqu'un par une personne ayant un trouble de la personnalité a été maintes fois et souvent de belle façon illustrée dans des films, par exemple dans des productions comme *Sleeping with the enemy* (personnalité paranoïde), *Fatal attraction* (personnalité limite) ou *Kalifornia* (personnalité antisociale).

Quant soupçonner un trouble de la personnalité ?

Cette question a toute son importance pour le médecin de famille, puisque le patient sera allé le consulter pour les problèmes les plus variés : sentiment dépressif, troubles conjugaux, fatigue, bien sûr, mais souvent aussi maux de dos, céphalées, troubles digestifs, épuisement professionnel (*burn-out*) et bien d'autres. C'est en obtenant les détails du contexte dans lequel surviennent les difficultés du patient que le médecin pourra commencer à soupçonner la présence d'un problème de personnalité. Il décidera alors s'il est pertinent de procéder à une évaluation spécifique.

Devant certains indices, notamment, le médecin doit être aux aguets. Lorsque, par exemple, l'intensité des symptômes décrits paraît démesurée, ou encore lorsque le patient hésite à donner des détails ou s'embourbe dans son histoire. Même chose lorsque son état ne s'améliore pas malgré un traitement approprié. Il en est de même de certaines attitudes du patient si, par exemple, il est d'emblée trop familier avec le médecin ou si, au contraire, il se montre menaçant.

Le médecin qui a décidé d'évaluer plus à fond la personnalité de son pa-

L'évaluation fondée sur plus d'une entrevue est souvent le meilleur choix ; elle donne au médecin une marge de manœuvre dont il a absolument besoin dans le suivi d'un patient qui présente un trouble de la personnalité.

Repère

tient doit le faire avec méthode. C'est la clé pour réussir une évaluation fiable. Rappelons d'abord l'évaluation multi-axiale que proposait le DSM-III en 1980 et qui a été maintenue dans le DSM-IV.

- Axe 1 : syndrome clinique
- Axe 2 : personnalité
- Axe 3 : troubles et affections physiques
- Axe 4 : gravité des facteurs de stress psychosociaux
- Axe 5 : niveau d'adaptation et de fonctionnement.

L'utilité première de ce système est d'aider le clinicien à rester attentif aux différentes facettes du problème de son patient. On peut, par exemple, poser simultanément un diagnostic sur l'axe 1 (trouble d'adaptation avec humeur triste) et sur l'axe 2 (traits de personnalité histrionique, par exemple).

Évaluation de la personnalité (axe 2)

L'appréciation de la personnalité d'un patient, l'évaluation de l'axe 2, repose sur plusieurs éléments qu'il convient de distinguer.

■ **L'histoire de la maladie actuelle** est le premier de ces éléments. La chronologie et le contexte dans lequel sont apparus les symptômes ou les difficultés ainsi que leur description en sont les composantes principales.

■ **L'histoire longitudinale** est la partie la plus souvent négligée de l'évaluation, sans doute parce qu'on a l'impression de devoir y consacrer trop de temps. Quelques questions bien choisies pourront pourtant fournir au clinicien de précieux renseignements en quelques minutes. L'histoire longitudinale est essentielle si l'on veut mettre en relief un mode de fonctionnement mal adapté et répétitif. Un passé de

climat familial et social perturbé ou violent, la répétition d'agressions de toutes sortes, des difficultés interpersonnelles précoces sont autant d'éléments importants à recueillir à l'anamnèse.

■ **L'examen mental** est le pivot de l'évaluation. Il s'agit ici pour le médecin de recueillir des données qui lui permettront d'appuyer son diagnostic. L'examen mental est le pendant de l'examen physique. Le médecin doit être aussi objectif quand il évalue un affect que quand il palpe un foie. Un patient peut avoir dit être triste et déprimé, l'examen pourra très bien révéler des affects de colère et l'absence de tristesse. D'ailleurs, l'évaluation des affects des patients qui présentent un trouble de la personnalité révèle très souvent une prédominance de colère, alors que l'examen mental n'indique par ailleurs aucune anomalie.

■ **L'évolution dans le temps** est le quatrième élément sur lequel repose l'évaluation de l'axe 2. Combien de fois un tableau dramatique à la clinique d'urgence évoquant une dépression majeure s'est-il radicalement modifié une fois la famille mobilisée 24 heures après l'hospitalisation ? Le facteur temps est donc le plus fiable et on devrait, dans la mesure du possible, éviter de poser un diagnostic trop vite et d'entreprendre un traitement en terrain douteux.

Comment entreprendre le suivi

Une fois soupçonné, le diagnostic possible d'un trouble de la personnalité doit inciter à la prudence dans la marche à suivre. Il est de bonne guerre de reporter, ne serait-ce que de quelques jours, toute décision quant à l'orientation thérapeutique.

L'évaluation fondée sur plus d'une entrevue est souvent le meilleur choix ; elle donne au médecin une marge de manœuvre dont il a absolument besoin dans le suivi d'un patient qui présente un trouble de la personnalité. Le médecin qui aura répondu trop vite à la demande de prise en charge d'un tel patient se retrouvera souvent dans une situation inconfortable en se sentant responsable d'un patient dont l'état ne s'améliore pas, qui multiplie les demandes (médicaments, certificats médicaux) et dont il ne saisit pas le problème véritable.

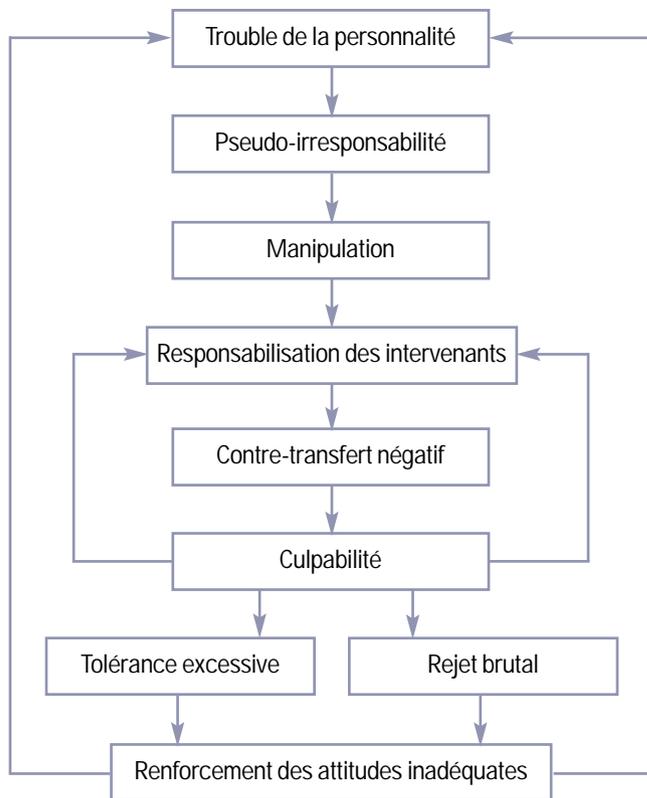
Cycle du trouble de la personnalité

Le Dr Jean-François Denis, dans un article paru en 1990, décrivait ce qu'il a nommé « le cycle du trouble de la personnalité »³. Il est utile de s'y arrêter afin de mieux comprendre les multiples pièges à éviter (*figure 1*).

L'élément fondamental dont le médecin doit absolument prendre conscience dans sa relation avec un tel patient est la notion de pseudo-irresponsabilité : dans son contact avec le médecin, le patient qui présente un trouble de la personnalité jouera de façon plus ou moins consciente le rôle d'une victime innocente, d'où sa prétention à l'irresponsabilité. Les autres seront décrits comme inadéquats et injustes à son endroit. Il apportera une version des faits appuyant sa thèse de victime. Un tel patient amène le clinicien à « le croire irresponsable et incapable d'une gestion harmonieuse de sa propre personne, à intervenir activement pour l'aider, alors que le patient garde un rôle passif⁵ ». La mise en place de cette pseudo-irresponsabilité à l'intérieur de la relation médecin-malade se fait de façon subtile ; elle

Figure 1

Le cycle du trouble de la personnalité



Tiré de Denis J-F. Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *Revue canadienne de psychiatrie* avril 1990 ; 35 ; 208-14. Reproduction autorisée.

60

n'est pas planifiée par le patient, qui ne fait que répéter avec le médecin un mode de relation installé depuis longtemps avec son entourage. Le médecin se fait d'autant plus facilement prendre au piège que son rôle est justement d'être empathique à l'égard de son malade et de s'allier à lui contre la maladie. « Une fois la

pseudo-irresponsabilité établie, les bases sont jetées pour une manipulation insidieuse ou franche qui vise les interventions désirées⁵. »

Le reste du cycle se comprend facilement, le médecin ainsi manipulé se sent responsable du patient. Il répond un temps à ses demandes mais, tôt ou tard, surtout s'il perçoit les aspects

inauthentiques du tableau clinique, un contre-transfert négatif se développe, qui ébranle le médecin qui saisit mal l'origine de son malaise. Ce dernier perçoit ce contre-transfert comme illégitime, inavouable et ne devant pas être pris en considération. Un sentiment de culpabilité s'installe. Deux attitudes peuvent s'ensuivre :

- une tolérance excessive où le médecin répond aux demandes du patient, lui donnant ainsi la permission implicite d'utiliser consciemment ou pas sa pseudo-irresponsabilité (par exemple en lui donnant un certificat médical prolongé) ;

- ou encore, le médecin peut avoir la réaction inverse et chasser brusquement le patient, ce qui le confirme dans son rôle d'incompris.

« Ces deux réactions, tolérance excessive ou rejet brutal, renforcent les attitudes inadéquates et potentialisent le trouble de la personnalité, qui s'entretient dans ce cercle vicieux reproduit dans toutes les relations interpersonnelles⁵. »

La conduite à tenir

Pour éviter d'entrer dans ce cycle, il est utile de garder en mémoire quelques principes simples. Il faut d'abord accepter d'avance que le patient puisse être insatisfait de ce que nous ferons pour lui. Il le sera d'ailleurs toujours s'il maintient sa demande véritable et inavouée d'une prise en charge totale de tous ses problèmes relationnels, y compris une déresponsabilisation face aux conséquences de ses actes.

Il faut également accepter la possibilité d'être critiqué par l'entourage du patient ou par d'autres intervenants s'étant occupés de lui. En effet, pour celui qui a été pris dans l'engrenage, la solution naturelle consiste à se sor-

Il faut accepter d'avance que le patient puisse être insatisfait de ce que nous ferons pour lui.

Il faut également accepter la possibilité d'être critiqué par l'entourage du patient ou par d'autres intervenants s'étant occupés de lui.

Repères

tir de l'impasse sans risque et à fuir la responsabilité trop vite endossée. D'aucuns gardent même le sentiment de bien faire leur travail en dirigeant le patient vers autrui, le médecin ou le psychiatre étant les personnes toutes désignées, quitte à rejeter ensuite sur le médecin l'échec de la démarche tout entière.

Attitudes thérapeutiques

Il est primordial que le médecin maintienne face au patient une distance suffisante qui lui permettra de garder toute son objectivité. Pour ce faire, voici les éléments à retenir. Il faut :

- maintenir une relation courtoise mais avant tout professionnelle ;
- choisir d'emblée le vouvoiement et, en règle générale, éviter d'appeler le patient par son prénom ;
- éviter de donner des conseils directs au patient, même s'il le demande, parce que le médecin a rarement les données nécessaires pour donner le conseil demandé, et cela infantilise un patient qui a déjà un problème de maturité. Les conseils ne règlent pas les difficultés des patients qui présentent un trouble de la personnalité, ils maintiennent l'idée irréaliste que le médecin possède la solution et, de plus, si le conseil s'avère mauvais, le patient aura une raison légitime d'être insatisfait de l'aide reçue³. Un patient qui demande s'il doit laisser son emploi ou quitter son épouse doit être amené pendant l'entrevue à s'interroger sur les raisons de sa difficulté à décider et doit prendre conscience que sa décision ne peut relever que de lui-même.

Informé le patient

Il est utile de dire au patient le diagnostic soupçonné. On doit le faire de

façon honnête et professionnelle, en parlant dans un premier temps d'une hypothèse que l'on peut examiner avec lui. On peut lui faire remarquer sa faible tolérance à la frustration et l'informer que la personnalité de base n'est jamais une excuse pour justifier ses comportements et qu'il est responsable de ses actes.

Il vaut mieux avouer d'emblée l'impuissance médicale et s'en faire un outil plutôt qu'un handicap⁵. Un patient ainsi averti aura plus de chances de mobiliser ses propres ressources.

Confronter plutôt qu'interpréter

Le médecin doit se concentrer sur les émotions et le comportement du patient, pas sur leur explication. Il est inutile d'écouter les mêmes plaintes indéfiniment. Une fois formulées, elles ne doivent pas être répétées ; les écouter ne sert qu'à les renforcer⁵.

Le médecin ne doit pas tenter de sauver la face ni avoir honte quand il s'est fait berner par un patient ayant un trouble de la personnalité. Il n'est pas là pour se montrer plus malin que le patient, mais pour le comprendre. Il ne faut ni blâmer ni punir le patient, mais lui faire prendre conscience de sa responsabilité dans ce qui lui arrive. Il y a une certaine similitude avec les adolescents, chez qui les comportements semblent souvent irrationnels, incorrigibles et imperméables aux meilleures recommandations. Une bonne dose de patience et un peu d'aide leur permettent souvent de surmonter leurs difficultés.

Obtenir l'aide du psychiatre

Dans les situations difficiles, en cas de doute sur le diagnostic ou si le pro-

blème se complique, il ne faut pas hésiter à demander l'opinion d'un confrère ou une consultation en psychiatrie. Cette dernière peut servir à préciser le diagnostic, à déterminer le traitement le plus approprié, à évaluer l'indication d'une hospitalisation ou d'une prise en charge psychiatrique ou simplement à appuyer la démarche thérapeutique déjà entreprise par l'omnipraticien. Le résultat de la consultation sera encore plus utile à ce dernier s'il a formulé des questions précises au psychiatre. De toute façon, il y a toujours lieu de téléphoner au consultant si des renseignements supplémentaires s'avèrent nécessaires.

Il faut surtout éviter, dans les cas difficiles, quand on adresse un cas au psychiatre, de promettre au patient à demi-mot et souvent de façon subtile qu'il recevra une psychothérapie ou une prise en charge qui réglera son problème. Cela ne sert qu'à créer des attentes qui seront inévitablement déçues et empêche l'instauration d'un processus thérapeutique.

Il faut être conséquent dans le traitement proposé et disposé à dire au patient que le meilleur traitement peut être l'absence de traitement.

La place des médicaments

Trois effets secondaires importants doivent être pris en considération avant la prescription d'un médicament pour un problème de trouble de la personnalité.

- Par son ordonnance, le médecin vient de confirmer que le patient est malade. Ce dernier y donnera le sens qu'il voudra.
- Le patient lui-même, sa famille et son employeur s'attendent à ce que ses problèmes soient réglés par les médicaments, du moins en partie.

■ Une fois commencé, le traitement médicamenteux risque d'être difficile à arrêter.

Bref, on court le risque de cautionner la pseudo-irresponsabilité.

Il peut être utile de rappeler au patient que l'anxiété et l'insomnie ne sont pas des problèmes mortels ni éternels. Le médecin ne devrait donc pas prescrire de médicament psychoactif à moins qu'il ne soit indiqué pour des raisons particulières.

Cela étant dit, ces patients peuvent, dans certains cas, présenter des symptômes qui nécessitent un traitement médicamenteux. Il faut alors clairement leur expliquer les symptômes que les médicaments visent à soulager et souligner qu'ils n'agiront pas sur leur problème de trouble de la personnalité.

Les benzodiazépines

Si l'on prescrit une benzodiazépine à un patient qui a un trouble de la personnalité, il ne faut pas oublier certaines règles.

À court terme, on peut prescrire ces médicaments pour « éponger l'anxiété » et permettre un meilleur diagnostic.

À plus long terme, ils ne devraient être envisagés que :

- si le patient devient plus autonome et responsable ;
- s'il a une meilleure qualité de vie (il fonctionne mieux, souffre moins) ;
- s'il n'y a pas de phénomène de tolérance (les doses ne doivent pas être augmentées pour obtenir le même effet) ;
- s'il n'y a pas d'effets secondaires gênants ;
- s'il y a un suivi médical régulier.

Les antidépresseurs

Ils doivent être réservés aux per-

sonnes ayant eu un diagnostic de dépression. De plus, ce ne sont jamais des médicaments d'urgence et, en cas de doute diagnostique, il est sage d'en reporter la prescription jusqu'à ce que l'évaluation soit terminée.

Les certificats médicaux

Le médecin se trouve souvent pris dans un dilemme lorsqu'un patient chez qui il soupçonne un trouble de la personnalité se présente en crise et réclame un certificat médical d'incapacité au travail. Voici à nouveau quelques « règles d'utilisation ».

D'abord,

■ chez la personne en crise, l'évaluation nécessite souvent quelques entrevues et, dans certains cas, un arrêt de travail temporaire permettra une meilleure évaluation. Ce premier certificat sera donc annoncé comme **court** et présenté comme faisant partie du processus d'évaluation.

Par la suite,

- tout certificat d'arrêt de travail doit faire partie d'une stratégie d'intervention ;
- il doit y avoir une affection qui justifie que le patient soit considéré comme temporairement invalide ;
- s'il y a stagnation et prolongation (six mois au maximum), une évaluation par un psychiatre s'impose.

Il est bon de se rappeler que, pour un patient qui présente un trouble de la personnalité, le travail offre :

- un endroit privilégié où il doit faire face à ses responsabilités ;
- un cadre (l'encadrement diminue l'anxiété) ;
- comme pour tout le monde, une possibilité de valorisation.

LE PREMIER DÉFI de l'omnipraticien sera de faire preuve de vigilance

et de détecter rapidement la présence de zones pathologiques dans la personnalité de son patient.

Étant en première ligne, il fait continuellement face à une clientèle qui le consulte pour les motifs les plus variés.

Il s'efforcera d'éviter les renforcements iatrogènes au trouble de la personnalité (*primum non nocere*) et s'appliquera à dénoncer les attitudes immatures de son patient. Il visera non pas à régler au sens concret la difficulté du patient, mais plutôt à l'aider à changer d'attitude et à améliorer sa façon d'y faire face. Bref, il voudra l'amener doucement mais fermement à assumer à nouveau ses responsabilités.

Ces patients ne seront sans doute jamais les plus ouvertement reconnaissants envers leur médecin pour l'aide qu'ils ont reçue. Il n'en demeure pas moins qu'une vision systémique du problème de trouble de la personnalité permet d'agir de façon thérapeutique et efficace. Le médecin trouvera très valorisant de constater que, une fois les clivages et les manipulations résolus, des patients réputés difficiles se révèlent capables de performances surprenantes⁷. □

Date de publication : juin 1995 : 63-8.

Mots clés : troubles de la personnalité, psychothérapie, examen mental.

Remerciements : L'auteur remercie le Dr Arthur Pirès pour sa précieuse collaboration lors de la révision du texte.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV*. APA, 1994.
2. Lalonde P, Grunberg F, et al. *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. 2^e éd. Boucherville : Gaëtan Morin, 1988.
3. Steinberg P. The psychiatry of family practice: personality disorders. *Can Fam Phy-*

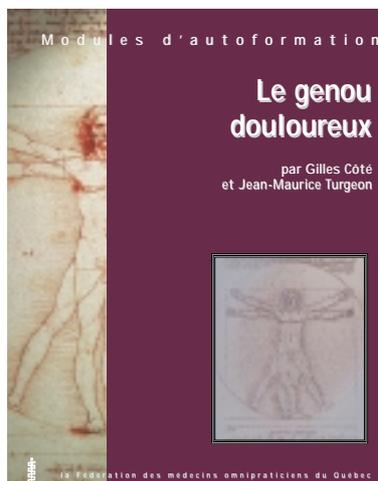
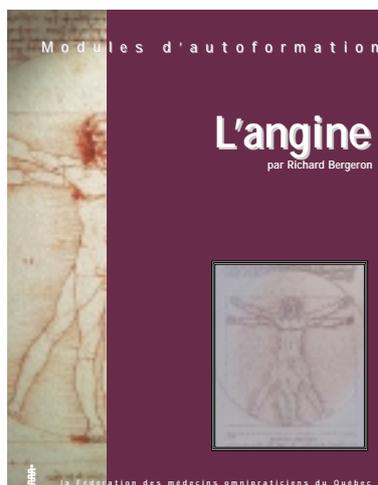
Summary

Follow-up of personality disorders in primary care. Patients presenting a personality disorder are, in many respects, difficult to access and to treat. Physicians have to pay particular attention to the mental status examination and personal history. A systemic understanding of personality disorders is essential in defining a truly therapeutic approach.

Key words: personality disorders, psychotherapy, mental status examination.

- sician octobre 1983 ; 29 : 1942-57.
4. Kaplan, Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore : Williams & Wilkins, 1989.
 5. Denis JF. Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *Rev Can Psychiatrie* avril 1990 ; 35 : 208-14.
 6. Silver D. Personality disorders: characterologically difficult patients. *Med North Am* août 1989 ; 36 : 6570-5.
 7. Hamilton JD. The manipulative patient. *Am J Psychother* 1986 ; 40 : 189-200.
 8. Greben S. Personality disorders. *Med North Am* avril 1984 ; 34 : 3228-33.
 9. Payton JB. Psychic trauma and personality disorders. *Highland Highlights* 1990 ; 13 (1).
 10. Korenblum M. Classification of disturbed personality functioning in early adolescence. *Can J Psychiatry* juin 1987 ; 32 : 362-3.
 11. Geringer E. Coping with medical illness: the impact of personality types. *Psychosomatics* avril 1986 ; 27 (4) : 251-61.
 12. Drake RE. A validity study of Axis II of DSM-III. *Am J Psychiatry* mai 1985 ; 142 (5) : 553-8.
 13. Vaillant, Perry. *Personality Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4^e éd. Baltimore : Kaplan & Saddock, 1985.
 14. Links PS. Characteristics of borderline personality disorder. *Diagnosis* février 1986 : 41-9.

Modules d'autoformation



En vente chez Somabec et au stand d'accueil
des congrès de formation continue de la FMOQ

Renseignements : 1 800 361-8118
Télécopieur : (450) 774-3017
Courriel : bp295@somabec.qc.ca