

**Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant
d'un trouble de la personnalité limite**

Par Dr Sébastien Bouchard, Ph. D., psychologue

TÉLUQ-UQAM
Québec, Québec (CANADA)

Présenté à la revue Santé Mentale au Québec

août 2010

Pour communiquer avec l'auteur :

Courriel : sb_porte-voix@videotron.ca

Adresse :

Clinique des troubles relationnels de Québec

1487 rue Provencher, bureau 207

Québec, (Qc)

G1Y 1S2

RÉSUMÉ

Le trouble de personnalité limite (TPL) est un grave problème de santé mentale dont l'une des caractéristiques centrales est de prédisposer à des difficultés relationnelles importantes. Ceci a pour conséquence d'alimenter les attitudes négatives souvent endossées par les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle difficile et d'augmenter sensiblement le risque d'impasse dans le traitement du TPL. Cet article présente six grandes stratégies permettant généralement de limiter les chances d'émergence d'un sentiment d'impasse chez les cliniciens. Ensuite, les principaux points communs aux équipes de traitement se sentant efficaces dans leur travail auprès des personnes présentant un TPL sont présentés. Enfin, une histoire de cas montrera que, même dans des conditions optimales, des impasses cliniques sont attendues et se produisent. L'histoire de cas vient aussi illustrer comment la plupart des impasses peuvent constituer une opportunité de croissance tant pour le patient que pour son psychothérapeute. Cet article souligne l'importance de la cohérence de la structure de soin et du cadre de travail à l'intérieur duquel les services aux personnes présentant un TPL sont dispensés. L'auteur conclue en suggérant que plus de formation sur le TPL soit offertes aux professionnels de la santé afin d'éviter la stigmatisation de cette clientèle par le réseau de soin et d'ainsi accéder à une meilleure gestion et à de meilleurs traitements du TPL.

MOTS-CLÉS : trouble de personnalité limite, psychothérapie, impasses cliniques, cadre de traitement, alliance thérapeutique, formation.

TITLE: Stalemates and opportunities in the treatment of borderline personality disorder.

ABSTRACT

Borderline personality disorder is a serious mental health problem for which one of its main characteristics is significant difficulties in relationships with others. These relational problems have the unfortunate consequence of fostering negative attitudes among mental health professionals and of contributing to the stigmatization of people suffering from this disorder. In this article, the author emphasizes the importance of taking into account the parameter of the therapeutic frame within which the feeling of facing a stalemate in the treatment of borderline personality disorder patients occurs. Six general strategies are presented that enable the therapist to limit or hinder the risk of stalemate in treatment. This article then presents the commonalities between treatment teams that tend to feel comfortable and efficacious in their management of borderline personality disorder patients. Finally, a case history is used to illustrate how some stalemates can in fact be seen as opportunities for growth for both the patient and the therapist. In order to avoid the vicious circle of negative interactions with patients already hypersensitive to inconsistencies and rejection, the author concludes by insisting on the necessity that more mental health professionals have access to training programs and workshops specifically addressing how to better manage and treat people with borderline personality disorder.

Introduction

Le TPL est un problème de santé mentale grave dont l'une des caractéristiques centrales est de prédisposer à des problèmes relationnels. Or, de par sa prédisposition à engendrer des problèmes relationnels, le trouble de la personnalité limite (TPL) est un important générateur de sentiment d'impasse chez les intervenants en santé mentale. Les personnes souffrant d'un TPL occupent une place de choix dans les discussions portant sur les impasses cliniques et cette imposante présence s'explique tant par la prévalence du TPL que par l'intensité des réactions émotionnelles suscitées par ce type de patient. En effet, d'une part cette clientèle a une forte tendance à chercher de l'aide dans les services de santé mentale ; près de 95% des patients souffrant d'un TPL ont tenté de profiter d'une psychothérapie individuelle, 72% ont déjà été hospitalisés et près de 70% ont une prescription pour trois médicaments psychotropes ou plus (Zanarini, Frankenburg, Henne et al., 2004). Ajoutons à cela que ces personnes représentent 10% des patients en clinique externe et 20% des patients hospitalisés en psychiatrie (Lieb, Zanarini et Schmahl, 2004). Et d'autre part, le diagnostic de TPL figurent parmi les diagnostics fortement associés à des attitudes et des sentiments contre-transférentiels négatifs chez les professionnels de la santé mentale (Betan, Heim, Conklin, et Westen, 2005).

Dans cet article, après avoir présenté notre approche théorique de l'auteur et notre cadre de pratique clinique, six grandes stratégies permettant de limiter le risque d'impasse avec les clients souffrant d'un TPL seront présentées. Par la suite, un résumé des principales caractéristiques des équipes de professionnels généralement aptes à transformer les impasses en opportunités sera présenté. Enfin, une brève histoire de cas permettra d'illustrer une série d'impasses rencontrées dans le suivi d'une cliente présentant des difficultés complexes et particulièrement réfractaire au changement. Nous

concluons en mettant l'accent sur la cohérence de la structure de soin et sur la supervision clinique continue comme facteurs essentiels de succès à l'intervention auprès des personnes présentant un TPL

Approche théorique et cadre de pratique

Approche théorique. Nous privilégierons une compréhension intégrative des impasses entourant le traitement du TPL et une utilisation éclectique des stratégies et techniques de traitement; Ceci afin de contourner le débat entourant les rivalités entre approche théorique et de plutôt souligner les points communs aux modèles de traitement efficaces pour le TPL (de Groot, Verheul, et Trijsburg, 2008 ; Livesley, 2008 ; Kolla et al., 2009). Les recommandations avancées sont orientées par les meilleures pratiques, les résultats de la recherche sur le traitement du TPL et les consensus d'experts provenant de l'American Psychiatric Association (2001). Notre approche en psychothérapie se veut une approche intégrative inspirée des quatre principaux traitements ayant démontré une efficacité auprès du TPL : psychothérapie dialectique-comportementale (Linehan, 1993), psychothérapie des schémas (Giesen-Bloo et al, 2006), psychothérapie centrée sur le transfert (Clarkin, Levy, Lenzenweger, et Kernberg, 2007) et psychothérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 1999).

Mais avant d'insister sur les points communs aux approches efficaces, soulignons d'abord que celles-ci diffèrent sur au moins deux points très importants : celui de la durée de traitement suggérée et celui des objectifs thérapeutiques visés. En effet, les deux premières approches mentionnées (approche dialectique-comportementale et l'approche basée sur la mentalisation) ont des visées de soins sur de plus brèves périodes (entre 12 et

18 mois) et se centrent sur les symptômes aigus du TPL (automutilation, crise suicidaire, manipulation émotionnelle, instabilité affective et impulsivité destructrice). Quant aux autres approches (psychothérapie centrée sur le transfert et psychothérapie des schémas) elles ont des visées plus ambitieuses, basées sur de très longs épisodes de soin (entre trois et sept ans) et prétendent ainsi pouvoir atteindre les symptômes chroniques du TPL (insécurité de l'attachement, perturbation de l'identité, vide intérieur, faible rendement occupationnel, hostilité relationnelle et problèmes conjugaux).

Cadre de pratique. Nous nous spécialisons dans l'enseignement, la recherche et le traitement des troubles sévères de la personnalité depuis un peu plus de dix ans et avons travaillé au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec sur cette même période. Communément appelé «Le Faubourg Saint-Jean», ce programme-clientèle de troisième ligne en psychiatrie offre des services psychosociaux structurés à près de quatre cents patients, dont près de cent quarante en psychothérapie long terme d'une durée maximale de trois ans. De plus, de 2003 à 2010, nous avons été responsables du volet de services de formation et de soutien aux intervenants en santé mentale de la région de Québec.

À l'origine, la participation à une combinaison de psychothérapie individuelle et de groupe constituait l'essentiel de l'offre de service de notre clinique. Or, pour plusieurs patients, cette avenue unique d'entrée en relation thérapeutique s'avérait en soi une source d'impasses pour deux raisons. Pour certains, le degré de désorganisation du fonctionnement était tel que le simple fait de devoir se présenter à heures fixes à des rendez-vous et de maintenir leur motivation en absence de gains immédiats leur paraissait

un projet irréaliste, qu'ils abandonnaient alors rapidement. Pour d'autres, l'erreur aura été d'offrir d'emblée une psychothérapie à des patients à des patients qui nous faisaient vite regretter notre témérité. En effet, certains patients particuliers (en particulier : TPL gravement régressés, troubles factices ou Münchausen, personnalité dépendant avec traits narcissiques-masochistes, personnalité narcissique malin, personnalité antisociale, traits psychopathiques) s'avéraient très limités dans leur capacité à utiliser la psychothérapie dans but d'améliorer leur propre sort. Aussi, il nous est souvent arrivé de voir ce type de patient défendre bec et ongles son droit de garder son suivi et ce, pour des raisons qui s'avéraient totalement contraires à l'éthique clinique la plus élémentaire. Par exemple, certains souhaitaient pouvoir bénéficier de psychothérapie pour des raisons telles que, entre autres exemples : profiter de son rôle de malade comme circonstance atténuante lors d'un procès, justifier les privilèges associés au rôle de victime dans sa famille, jouir du plaisir de mettre en échec un professionnel envié ou jugé menaçant, se doter d'un « ami engagé » sans avoir à faire les efforts associés à une réelle amitié empreinte de réciprocité. Face à ces défis de taille, à force d'essais et d'erreurs, certaines stratégies nous ont permis d'éviter ou d'au moins limiter l'ampleur des impasses typiques à la clientèle présentant un trouble grave de la personnalité.

Six stratégies pour limiter le risque d'impasse

1) Faire une offre de service structurée et en phase avec le degré de motivation. La trajectoire de services utilisée par les personnes présentant un TPL est souvent pour le moins surprenante. Par exemple, dans une étude menée en France, Cailhol et ses collègues (Cailhol, 2003) arrivent à l'intrigante conclusion que ces

patients fortement représentés dans les services de santé physique mais sont rarement référés en santé mentale et que, lorsqu'ils sont suivis en santé mentale, ils sont rarement orientés vers un traitement du TPL même si celui-ci est disponible dans leur région. Cette situation s'explique probablement par diverses causes attribuables autant aux caractéristiques du réseau de soin (absence d'évaluation diagnostique de l'axe II mais aussi, faible organisation de l'offre de service, visées de soin à court terme, instabilité du personnel, communication interdisciplinaire limitée,) qu'aux caractéristiques des patients présentant TPL (désorganisation de la demande d'aide, besoin de solutions rapides, ambivalence à changer, faible autocritique, manque d'informations sur le TPL).

La motivation des patients souffrant d'un TPL à s'investir en psychothérapie est généralement très variable d'un patient à l'autre, en plus d'être instable dans le temps pour un même patient. Cette situation nous a amené à tenir compte de la distinction entre deux types de motivation à entrer en traitement chez les TPL soit le *besoin d'aide* et le *désir de changer* (van Beek Verheul, 2008). Le client aux prises avec des idéations suicidaires peut admettre son *besoin d'aide* immédiate, le temps que sa crise se résorbe, et systématiquement refuser une offre de psychothérapie à long terme visant à changer les causes plus profondes de son mal-être chronique, à *changer* certaines dimensions problématiques de sa personnalité. L'invitation ou non à débiter une psychothérapie devrait tenir compte de cette distinction.

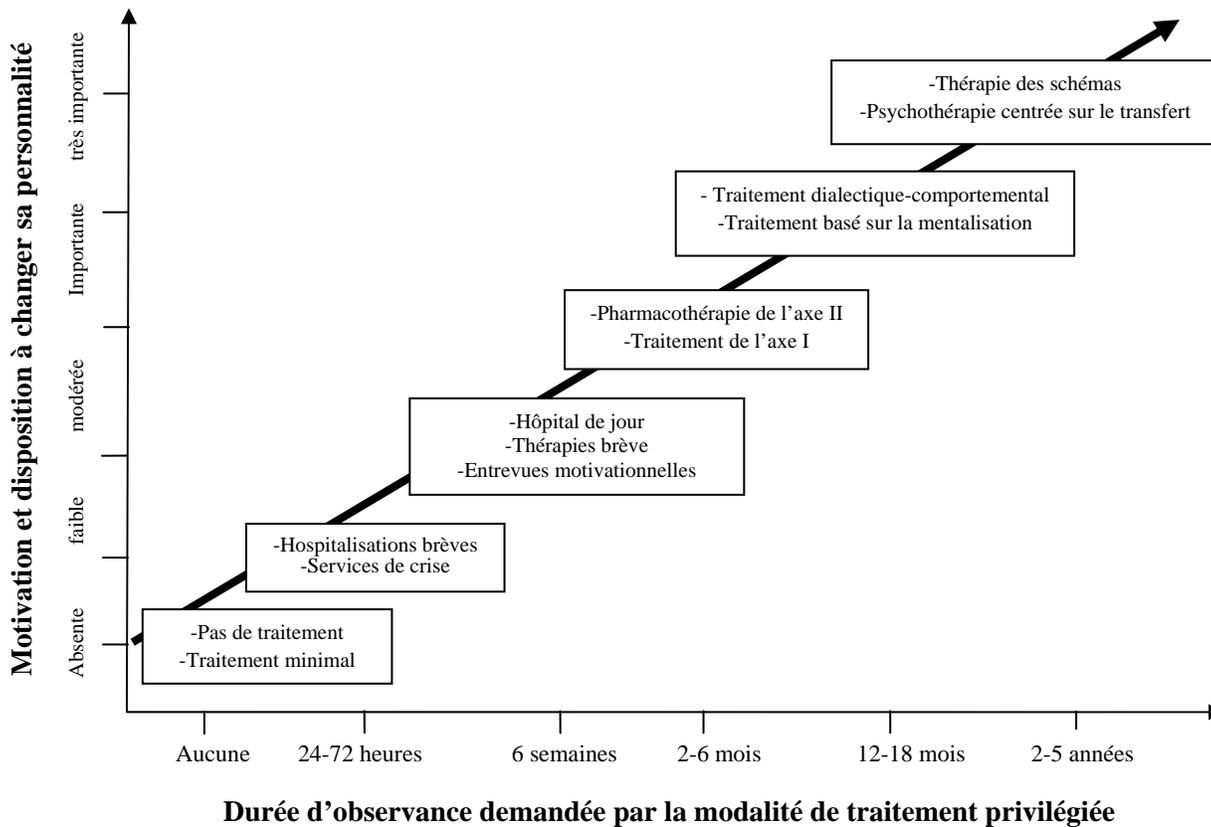
D'autre part, le grand paradoxe de l'invitation à s'impliquer en psychothérapie faites aux personnes souffrant d'un TPL tient au fait que ce traitement se caractérise par une longue durée, un investissement d'une relation à deux et la nécessité d'une présence

assidue aux séances. Or, pour un client prisonnier du présent, craignant les relations intimes et manquant de persévérance, cette offre de présente forcément une «faible acceptabilité » pour lui (Cailhol, et al., 2010). Dans ces cas, on doit substituer l'impuissance par la patience et contrer la motivation chancelante du patient par une intention tenace¹ à s'inscrire dans un dialogue de préambule à son éventuelle entrée en traitement. Évidemment, ce dialogue de préambule à la psychothérapie, sera entrecoupé de pauses, de crises, de tentatives de rejet et ultimement, dans le meilleur des cas, d'une réconciliation avec l'approche de traitement optimale pour lui.

En regardant cette situation en face, le réseau de soin devrait idéalement répondre à la fréquente désorganisation de la demande d'aide des personnes souffrant d'un TPL par une offre de service claire, organisée sur le long terme et cohérente avec la gravité du trouble de la personnalité en cause (Fallon, 2003). L'esprit de cette approche est axé sur la structuration d'une offre de services séquentiels, multimodaux et de durées variables, en phase avec le degré de motivation à s'investir en traitement (voir graphique 1). Le but proximal devient alors de tenter d'améliorer la « traitabilité » du patient (Stone, 2006), afin d'éviter de le rejeter, le contraindre ou de le séduire et ainsi diluer voire parfois anéantir dans l'œuf les ingrédients actifs d'une véritable démarche de changement. À plus long terme, le but visé est de se proposer en tant que figure d'attachement stable et sécurisante, en tant que « tuteur de résilience » dirait Boris Cyrulnik: ni surinvesti, ni détaché, prêt à patienter, à contenir son impuissance et à tenter de comprendre (dans les

¹ Concrètement, cette «intention tenace» peut, entre autre façon, se traduire simplement par l'offre de trois ou quatre rencontres annuelles où l'on s'informe du patient, le recontacte s'il est absent, et lui demande comment il se porte depuis qu'il a refusé ou abandonné sa psychothérapie hebdomadaire.

limites du raisonnable) les multiples négociations ou attaques à l'intégrité du projet thérapeutique.



Graphique 1. Offre de service en fonction du degré de motivation autodéterminée et de la durée d'observance nécessaire au succès du traitement proposé.

2) Éviter l'offre hâtive d'une psychothérapie à long terme. Nous avons observés qu'après avoir longtemps douté de leur capacité à venir en aide aux personnes souffrant d'un TPL, de plus en plus de ressources vont systématiquement intégrer en traitement long terme tout patient venant d'apprendre son diagnostic. Or, cette façon de faire comporte au moins deux inconvénients : elle néglige l'importance de bien sélectionner et de préparer ses patients à la psychothérapie et paraît aussi ignorer

l'existence d'alternatives efficaces à la psychothérapie à long terme du TPL. Ce deuxième n'est pas négligeable, en vérité peu de patient ont accès à des psychothérapeutes ayant reçu une formation spécialisée en psychothérapie de l'axe II, peu de patients acceptent l'invitation à s'investir en psychothérapie à long terme (2 à 5 ans) et, pour ceux qui tentent de s'y investir, peu d'entre eux persévéreront jusqu'à la pleine rémission de leur TPL. Aussi, il est bon de se rappeler trois choses : le temps passé à préparer le patient à son entrée en traitement augmente significativement ses chances de réussite ultérieure, il existe des alternatives thérapeutiques à la psychothérapie individuelle long terme du TPL et enfin, les symptômes du TPL représentent une affection moins chronique que ce que l'on a longtemps cru.

En effet, premièrement, le simple fait de reporter à plus tard le début de la psychothérapie et de néanmoins continuer à échanger avec le patient sur le sens de sa demande d'aide vient du coup nous éviter bien des impasses thérapeutiques dues aux inconvénients de l'offre hâtive de psychothérapie (ou du refus de services). En effet, un point commun aux approches efficaces est sans contredit la création de ce préambule à la thérapie d'une durée variant entre six et douze séances où l'intervenant clarifie très progressivement avec le client un certain nombre de chose : sa façon de comprendre ses difficultés, lesquels des objectifs du patient peuvent être atteints ou non à court et à long terme, le type d'effort qu'il aura à faire pour y arriver et son degré de confiance dans la relation avec son thérapeute. Cette approche, parfois nommée «basée sur le contrat» (Yeomans, Selzer et Clarkin, 1992), offre ainsi l'occasion au patient de prendre pleinement connaissance de sa part de responsabilité dans le risque d'impasse et de

rapidement lui montrer quels aspects de son fonctionnement habituel risquent de compromettre ses chances de réussite en psychothérapie.

Deuxièmement, plusieurs modalités de traitement bref (12 à 24 séances en moyenne) bénéficient aujourd'hui de données probantes plutôt encourageantes. En effet, des programmes de thérapie brève tels le programme de thérapie dialectique-comportementale brève (Stanley, Brodsky, Nelson et Dulit, 2007), le *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS; Silk, 2008) ou le groupe psychoéducatif sur 12 semaines de Mary C. Zanarini (Zanarini et Frankenburg, 2008) tendent à démontrer que des professionnels non spécialisés mais adéquatement encadrés, sont tout à fait en mesure d'aider les personnes souffrant d'un TPL à réduire de façon significative et en peu de temps (environ 6 mois) certaines des manifestations les plus graves du TPL telles l'impulsivité destructrice et les conflits répétés avec l'entourage.

Enfin, troisièmement, nous savons aujourd'hui que les symptômes aigus du TPL, tels que décrits dans le DSM-IV, ne sont pas aussi chroniques que ce que l'on croyait à l'origine. Près des trois quarts des patients souffrant d'un TPL atteignent les seuils de rémission symptomatiques sur une période de dix ans (Zanarini et al., 2007) et ce, sans forcément avoir eu accès à une psychothérapie spécifique. Fait à noter, ce temps de rémission se caractérise généralement par une sorte « d'approche courtrepente » d'ordinaire marquée par une série de tentatives de traitement de toutes sortes, où le client paraît impliqué dans une demande d'aide désorganisée mais constituant tout de même, au bout du compte, une sorte de « thérapie intermittente », long terme et relativement efficace (Paris, 2007).

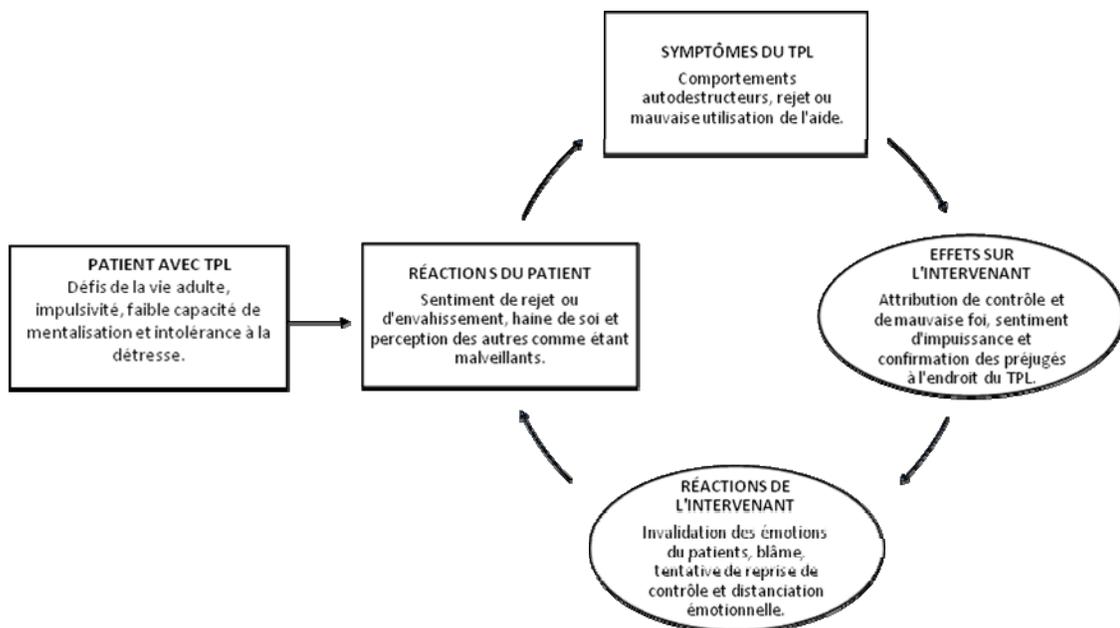
3) Se doter d'un cadre thérapeutique structuré et cohérent. Les personnes souffrant d'un TPL ont certes un potentiel inexploité et des forces à développer, mais on ne peut être certain qu'ils ont toujours la compétence pour faire des demandes réalistes au bon moment de leur vie et à la bonne personne (Par exemple : «Libérez-moi de ma souffrance d'abord et je cesserai de boire et de m'intoxiquer ensuite», «Quand vous m'aurez bien compris, je n'aurai qu'à appliquer vos bons conseils et tout sera plus facile»). Notre rôle en tant que professionnel est de contribuer à constituer un cadre de traitement s'accompagnant de règles du jeu simples à comprendre et constituant un défi réaliste pour une personne souffrant d'un TPL.

Ces règles, ce cadre à l'intérieur duquel pourra se développer une relation thérapeutique, statuent des exigences minimales à respecter (sécurité, bonne foi, respect, motivation à changer, par exemple) et de l'investissement requis pour risquer d'aller mieux (être honnête avec son thérapeute, cesser les gestes suicidaires, tolérer la détresse, être présent aux séances, assumer la responsabilité de ses actes, etc.). Les rencontres d'acculturation au cadre de traitement s'articulent autour d'un certain nombre de questions précises telles «Qu'est-ce qui vous amène ici ?», «À quoi ou à qui attribuez-vous les raisons des multiples abandons de traitements antérieurs?», «Que pourrions-nous faire pour vous qui n'a pas encore été essayé avec vous?», «Que comptez-vous faire de différent cette fois-ci pour demeurer en traitement jusqu'à l'atteinte d'une rémission durable?». Presqu'à toutes les fois où on a fait appel à nos services de consultant dans le cas d'impasse importante, le patient et son intervenant principal n'étaient jamais tout à fait arrivés à s'entendre sur les réponses à donner à chacune de ces questions cruciales, ou croyaient à tort qu'ils s'étaient entendus et compris.

4) Prendre conscience de ses attitudes négatives à l'endroit du TPL. Les personnes présentant un TPL peuvent rejeter les soins, générer des conflits dans les équipes et présentent, de façon générale, des comportements difficiles à gérer pour les professionnels. Cette situation entraîne des attitudes négatives se traduisant par des sentiments importants de frustration et de colère chez les intervenants (Cleary et al. 2002). En particulier, cette clientèle est notoire pour sa capacité à activer des sentiments contre-transférentiels particulièrement contrastés, allant de la pitié (et la surprotection) jusqu'à la colère (et au refus catégorique de tout type de soins) (Betan, Heim, Conklin et Westen, 2005). Deans et Meocevic (2006), dans leur étude sur les attitudes à l'endroit des personnes présentant un TPL faite auprès de soixante-cinq infirmières en psychiatrie, trouvent que celles-ci perçoivent ces patients comme étant manipulateurs (89% d'entre elles), usant de chantage émotif (51%) et étant une nuisance pour le département (38%). Seulement 10,6 % du personnel infirmier déclare avoir du plaisir à travailler avec cette clientèle et 44% seulement ont le sentiment qu'ils savent comment s'y prendre avec eux. Dans une autre étude menée auprès de 226 professionnels de la santé mentale, on constate les mêmes tendances: 66% croient que la prise en charge des TPL est inadéquate, 80% trouvent que traiter le TPL est de modérément à très difficile et 84% estiment qu'il est plus difficile de traiter le TPL que toute autre clientèle (Cleary et al. (2002).

Plusieurs auteurs croient que la présence de ces attitudes négatives à l'endroit du TPL est responsable de bien des impasses et pourrait même contribuer à la chronicité des manifestations du TPL et aux limites des traitements actuellement disponibles pour eux (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Face à des attentes aussi négatives, il devient alors compréhensible que les intervenants cherchent à se libérer de

ces sentiments inconfortables et cherchent un coupable : eux-mêmes («Je ne suis pas à la hauteur, je devrais me retirer de ce suivi») ou le patient («il ne fait pas d'effort et il est de mauvaise foi»). Ce type de réactions contre-transférentielles vient exacerber un cercle vicieux (voir graphique 2) où, après avoir investi beaucoup d'énergie en ces patients, l'intervenant finit par se refermer émotionnellement ou carrément mettre fin au suivi; Cette situation se reproduisant, rappelons-le, auprès de patients hypersensibles au rejet et à l'invalidation de leurs efforts.



Graphique 2. Cercle vicieux du renforcement réciproque des attitudes négatives à l'endroit du TPL (Inspiré de Aviram et al., 2006).

Ce type d'impasse engage tout le système et sa résolution réside dans une meilleure formation des professionnels du réseau de soins. En effet, nous savons que les attitudes des intervenants en santé mentale face au TPL peuvent être modifiées par l'enseignement des attitudes à adopter avec cette clientèle et que la formation a des effets positifs significatifs sur la qualité des soins offerts (Bouchard et Villeneuve, 2006;

Treolar, 2009; Treolar et Lewis, 2008; Villeneuve et Lemelin, 2009). Une étude suggère même que le fait d'avoir assisté ou non à ce genre d'atelier explique mieux les différences d'attitudes à l'endroit du TPL que le nombre d'années d'expérience clinique, le type de scolarité complétée et la fréquence de contacts directs avec des patients présentant un TPL qui s'automutilent délibérément (Treolar et Lewis, 2008) !

5) Établir une véritable alliance de travail. Quantité d'études ont bien démontré les liens entre l'efficacité des traitements psychosociaux et la qualité de l'alliance de travail (Castonguay et Beutler, 2006). Or, on semble parfois oublier que cette alliance de travail est généralement constituée de trois facteurs (Horvath, 1995) soit une entente sur ce qui doit se faire en thérapie pour qu'elle puisse améliorer la situation du patient (tâche et responsabilités de chaque partie), une entente sur les objectifs de la relation thérapeutique et le type de changement qui serait bon pour le patient (objectifs et buts précis) et une entente sur la qualité positive du climat affectif (confiance et chaleur).

Les résultats des études sur la partie de l'efficacité de la psychothérapie explicable par la qualité de l'alliance de travail ont été largement popularisés et nous avons observé certains biais lors de la présentation des conclusions de celles-ci. À notre avis, on insiste parfois trop sur une seule dimension de l'alliance, l'importance d'un sentiment de confiance et de chaleur, au détriment de l'importance de l'alliance sur la tâche et de l'alliance sur les buts du suivi.

Avec la clientèle présentant un TPL plus que tout autre, l'établissement d'un *climat affectif positif* lors des premières séances, lorsque c'est possible, doit servir d'assise à la construction d'une véritable alliance de travail basée sur une entente claire

sur les *tâches et responsabilités* de chaque partie impliquée et sur les *buts et objectifs* qui devraient être atteints pour pouvoir dire que le suivi puisse être jugé efficace. En particulier avec les patients présentant un TPL, lorsqu'on vise exclusivement à maintenir une relation chaleureuse et confortable en tout temps, le risque d'impasse devient très grand. On risque de voir se développer un type d'impasse où le seul but des rencontres devient, consciemment ou inconsciemment, de maintenir à tout prix un transfert positif et d'éviter d'être perçu comme frustrant ou méchant de la part d'un client qui, de par la nature du TPL, a tendance à fusionner ou devenir très exigeant envers les personnes qui tentent de répondre parfaitement à ces besoins affectifs immédiats...

6) Adopter une attitude d'acceptation radicale, de validation et de mentalisation. Peut importe ses allégeances théorique, la combinaison de l'utilisation de ces trois types d'attitudes peut grandement venir en aide lorsque l'on sent l'impasse poindre à l'horizon. La validation de la partie tout à fait légitime de l'émotion vécue par ces patients a souvent pour effet immédiat de réduire l'intensité émotionnelle du patient et de rétablir quelque peu la collaboration (Linehan, 1993). L'idée avancée ici est de toujours tenter de paver la voie à une demande bienveillante de changement par la démonstration de notre capacité à apprécier la partie justifiable des émotions exprimées par le patient. L'adoption d'une *attitude mentalisante* (Fonagy et Bateman, 2006) ne vise pas à chercher à interpréter avec exactitude la fonction inconsciente des actes du patient. Bien au contraire, l'objectif est de se montrer sincèrement intéressé à comprendre les intentions, désirs et besoins que les comportements tentent de traduire, à placer *son esprit*

dans notre esprit (principe de la posture intentionnelle²) tout en se montrant ouvertement incertain de la nature exacte du vécu intérieur de l'autre (principe du respect de l'opacité des esprits).

Enfin, l'acceptation radicale de notre impuissance à pouvoir soulager rapidement la souffrance morale de nos patients et l'acceptation de ce qu'il y a d'attachant, mais aussi de choquant et de repoussant dans les manifestations relationnelles du TPL, est essentielle. Dans le meilleur des cas, ce que l'on souhaite, c'est d'entendre notre patient faire son bilan de fin thérapie dire : «J'avais jamais l'impression que mes émotions étaient jamais injustifiées avec lui. Il ne visait pas toujours juste mais je sentais vraiment qu'il cherchait à comprendre ma perspective et qu'il m'aidait à trouver les désirs et les intentions qui se cachaient derrière mes agissements et mes états d'âme. Curieusement, j'ai senti qu'il ne tenait pas à me changer et cela m'a transformé.»

Points communs aux approches efficaces auprès du TPL

Outre l'utilisation des stratégies que nous venons de voir, les professionnels ayant tendance à être efficaces et confortables dans leur travail auprès des personnes souffrant d'un TPL ont certains points en communs. Quels sont les ingrédients essentiels pour risquer de réussir à aider les personnes souffrant d'un TPL? A-t-on trouvé une approche supérieurement efficace aux autres pour qu'on sache enfin laquelle choisir? À ce sujet, plusieurs recherches et revues de littérature récentes suggèrent qu'il est en vérité assez difficile de trouver des différences d'efficacité cliniquement significatives et constantes entre les diverses approches spécifiquement au TPL. En fait, les études d'efficacité

² Traduction libre de *your mind in mind* et de *intentional stance*

tendent à démontrer une chose : un traitement structuré offert par des professionnels dûment formés et supervisés de façon continue est généralement supérieur à *l'approche habituelle*³, non spécialisée (Hadjipavlou & Ogrodniczuk, 2010; McCain et al. 2009; Bateman et Fonagy, 2009; Yeomans, 2007; Leichsenring et Leibing, 2003).

Pour cette raison, certains auteurs (de Groot, Verheul, et Trijsburg, 2008 ; Critchfield & Benjamin, 2005 ; Livesley, 2004 ; Links, 2005), dont nous sommes, proposent que l'on investisse moins de ressource dans la recherche visant à trouver un gagnant entre modèles de traitement concurrents et que l'on cherche plutôt à approfondir notre compréhension des facteurs *spécifiques à l'efficacité* du traitement du TPL mais *non spécifiques à l'approche théorique* les sous-tendant. D'ailleurs, peu importe leur allégeance théorique, on retrouve plusieurs points communs au sein des équipes de professionnels ayant en commun d'offrir un traitement efficace pour le TPL (Bateman et Fonagy, 2000; de Groot, Verheul, et Trijsburg, 2008 ; Gunderson, 2000; Kolla et al., 2009; Livesley, 2005): 1) elles se dotent de supervision continue, 2) elles sont hautement cohérents sur le plan théorique, 3) elles ont des épisodes de soin à long terme, sur plusieurs années 4) elles disposent de soutien émotionnel, 5) elles partagent un cadre de traitement clair et des limites justes, 6) elles dévouent considérablement d'efforts à s'assurer de l'observance au traitement du patient, 7) elles sont fidèles à une hiérarchisation des thèmes prioritaires à aborder pendant chaque séance et gardent un objectif précis, 8) elles se disent authentiquement attachés à leur patient, 9) elles prônent d'être actifs dans la relation thérapeutique, 10) et elles tâchent de faire que les autres services offerts à leur patient soient intégrés à leur approche de traitement.

³ Traduction de «treatment-as-usual».

La maîtrise des six stratégies que nous venons de présenter et la chance de travailler au sein d'une équipe qui base ses interventions sur les facteurs communs dont nous avons discuté sont loin de pouvoir empêcher la survenue d'impasses thérapeutiques. En fait, les impasses et les bris d'alliances en psychothérapie sont attendus et vus comme tout à fait normaux. La plupart du temps, ceux-ci peuvent s'avérer être une occasion d'approfondissement de la relation thérapeutique. Dans le prochain segment, nous nous proposons d'illustrer comment cette façon de voir les impasses cliniques peut être appliquée dans le cas d'une patiente présentant un TPL sévère, probablement aux limites de la traitabilité.

Histoire de cas

À l'origine, madame T. avait été référée au volet d'hôpital de jour de notre programme-clientèle pour troubles sévères de la personnalité suite à une série de crises suicidaires entremêlées d'attaques à l'endroit de policiers et de gardiens de sécurité. Par le passé, ces crises se soldaient la plupart du temps par des hospitalisations brèves en psychiatrie. En période de grande détresse émotionnelle, madame T avait la fâcheuse habitude de choisir un endroit discret, juste en marge d'une rue piétonnière ou d'une attraction touristique de la ville, et d'entreprendre de s'automutiler jusqu'à ce qu'un passant finisse par la remarquer et alerte ensuite les autorités. La patiente accueillait l'intervention policière d'abord docilement, avec un apparent soulagement, pour ensuite changer de *mode* de pensée (Lobbestael, Van Vreeswijk et Arntz, 2008) et devenir subitement irrévérencieuse et menaçante. Que ce soit dans un lieu public ou à l'urgence psychiatrique, la patiente finissait par se quereller avec la personne en charge de

l'intervention et tenter de la rosser de coups au corps jusqu'à ce que l'on vienne l'immobiliser par la force.

Lors d'une de ces altercations, la patiente a blessé un gardien en le mordant et s'est vue accusée de voie de fait grave contre un représentant des forces de l'ordre. Compte tenu des multiples récidives de ses agressions envers autrui et l'impossibilité d'utiliser son diagnostic de TPL sévère avec traits antisociaux et dépendants comme facteur atténuant, un juge condamna madame T à être incarcérée pour une période de six mois, à être placée sous probation pour un période de trois ans et à suivre «tous traitements psychosociaux qui lui seront offerts». Outre ces multiples gestes d'automutilation et ses attaques envers les représentants des forces de l'ordre, madame T présentait aussi d'autres difficultés importantes : instabilité résidentielle proche de l'itinérance, incapacité à être autonome financièrement, transfert amoureux (Bouchard, 2008) avec les professionnels de sexe masculin et aliénation de son réseau de soutien familial.

Dans le but de réduire quelque peu l'impulsivité de madame T et d'améliorer ses fonctions exécutives, un psychiatre de l'urgence lui prescrit de la quétiapine en monothérapie (Villeneuve et Lemelin, 2005; Van den Eynde et al., 2009). Du côté des séjours en psychiatrie, on gardait madame moins de soixante-douze heures à chaque visite. L'approche privilégiée en était une d'hospitalisation brève (soixante-douze heures ou moins). Plus tard, après un passage de six semaines à notre hôpital de jour, celle-ci fut référée en thérapie motivationnelle (quatre séances sur une période d'un an). Suite à ce préambule à son entrée en psychothérapie, madame T fut d'abord référée à un premier

segment de thérapie de groupe et individuelle, d'une durée de six mois, basée sur l'approche dialectique-comportementale (Linehan, 1993). Cet épisode de soin visait surtout à aider la cliente à mieux comprendre l'impact du TPL sur sa vie via la psychoéducation et à l'aider à cesser les gestes impulsifs autodestructeurs. Ce n'est qu'après toutes ces étapes que nous fûmes appelés à faire un essai en psychothérapie avec madame T.

Des impasses et des opportunités dans la tourmente

Lors de nos premières rencontres, madame T avait donc complété le premier tiers de notre programme de traitement de trois ans, s'était impliquée avec succès dans un groupe psychoéducatif d'une durée de six mois et avait cessé depuis trois mois les automutilations et les attaques contre autrui. Comme nous le verrons, notre travail avec cette patiente a été parsemé d'impasses. Dans la section qui suit, nous décrirons les huit des principales impasses rencontrées dans le suivi de cette patiente. Nous tenterons ensuite de démontrer que pour chaque impasse il est possible dans la plupart des cas de voir se dessiner une opportunité de croissance pour le thérapeute ainsi que pour son patient.

L'impasse de l'autodestruction et du manque d'autocritique. Comment quelqu'un peut se faire autant de tort, souffrir autant depuis aussi longtemps et pourtant ne pas vraiment sembler vouloir changer ? Dans ce cas, notre patiente a d'abord eut l'opportunité de réaliser qu'elle avait plus de contrôle sur elle-même que ce qu'elle croyait et qu'elle ne s'exerçait cependant pas assez sérieusement pouvoir vraiment y arriver. De plus, face à notre attitude responsabilisante et acceptante, elle a pu

comprendre que certaines personnes la croient compétente et tout à fait saine d'esprit, la voyant comme un être intentionnel dont les comportements problématiques traduisent des besoins, des désirs et des intentions légitimes.

Comme psychothérapeute, ce premier type d'impasse nous a amené à comprendre qu'il est possible de privilégier une approche thérapeutique ne prenant pas pour acquis les capacités d'autorégulation et de mentalisation du client. De plus, cette situation nous a forcé à nous questionner sur la notion de responsabilité civile lorsqu'en face de patients apparemment aptes à faire des efforts pour se contenir mais se déclarant victimes d'une maladie mentale. Sur le plan théorique, l'impasse du manque d'autocritique nous a amené à comprendre que le contrôle des gestes autodestructeurs et la construction d'une théorie partagée du sens de ces gestes doit être la priorité avant tout autre chose en début de suivi.

L'impasse du rejet de l'aide de ceux à qui on s'agrippe. Ce deuxième type d'impasse se produit le plus souvent avec des patients présentant un trouble de l'attachement de type désorganisé (Holmes, 2004): *«Je vous déteste, ne me quittez pas. Aidez-moi à tout prix, mais pas de cette façon là, ni de celle là non plus»*. Nos voisins du sud les appellent, non sans un certain cynisme, les *«help rejecting complainers»*. Dans ce cas, nous avons amené notre patiente à saisir l'opportunité de prendre conscience de sa destructivité et de l'incompatibilité de certains de ses objectifs relationnels, détruire et agresser d'une main ce qu'elle demande de l'autre. Madame T a pu aussi explorer pourquoi elle prend un certain plaisir à user le sentiment de compétence de son intervenant et voir en quoi elle a peut-être peur de devoir vivre une séparation advenant

un suivi efficace. De notre côté, l'assiduité paradoxalement sans faille de la patiente, entremêlée de menaces d'une demande de changement de thérapeute et le refus, intermittent, de collaborer nous a permis de mieux comprendre l'ambivalence à changer de madame T. Enfin, afin de lui laisser la liberté de choisir entre une implication plus efficace dans son suivi et la suspension d'un suivi jugé inadéquat, cette impasse nous aura permis de pratiquer les techniques de l'approche motivationnelle.

L'impasse du risque de la mort par suicide. Ce troisième type d'impasse est peut être l'un des plus inquiétants pour les intervenants qui s'attachent sincèrement à leurs patients. Dans le cas de madame T, nous avons rapidement clarifié que ce n'était pas notre rôle de la convaincre, contre gré, que la vie valait la peine d'être vécue. De plus, nous lui avons expliqué que si son désir le plus cher était de mourir par suicide, nous ne disposons pas de moyens infaillibles pour l'en empêcher et donc, qu'il risque fort qu'elle y arrive tôt ou tard. Or, l'opportunité ici pour cette patiente aura été d'être placée face à son libre arbitre et à son droit de vivre sa vie de façon dangereuse et destructrice. À l'intérieur des mesures de sécurité habituelles avec ce type de patient, madame T a pu sentir qu'elle pouvait faire un choix éclairé entre continuer librement de détruire sa vie ou décider de tenter de se construire en thérapie et lutter, avec nous, contre son désir de mourir. De notre côté, madame T nous a aidé à prendre conscience des limites du pouvoir de la psychothérapie et d'apprendre à contenir nos sentiments d'impuissance et de colère. Ce fût aussi l'occasion pour nous d'apprendre à tolérer l'idée que, malgré toute notre bonne volonté, la patiente puisse malgré tout choisir de se tuer et de saboter ses chances de vivre une vie meilleure.

L'impasse de l'interruption du suivi suite à un emprisonnement. Alors que le thérapeutique semblait s'approfondir, madame T continuait néanmoins à briser, de semaines en semaines, les conditions de sa probation et de notre entente contractuelle en s'en prenant physiquement à des policiers ou gardiens qui se trouvaient sur son chemin les jours où elle se sentait en crise. Son retour en prison pour voie de fait lui donnât l'opportunité de réaliser qu'elle n'était peut-être pas plus forte que la police et au-dessus des loi et du même coup, de faire en partie le deuil de l'omnipotence grandiose qu'elle attribuait à son pouvoir de destruction (la cliente s'identifiait à une «arme parfaite»). De notre côté, cette pause dans le suivi de madame T nous aura permis de chercher conseils auprès de notre superviseur en bureau privé et de reconsidérer la pertinence de l'offre d'un suivi en psychothérapie en équipe multidisciplinaire. Le maintien des actes agressifs envers autrui de notre patiente nous aura aussi permis d'explorer les limites d'action de la pharmacothérapie du TPL auprès de patients ambivalents à décider de s'efforcer à contrôler leur agressivité.

L'impasse de l'exacerbation des symptômes du TPL dans l'attachement.

C'est avec un certain plaisir que nous apprîmes que madame T désirait toujours poursuivre son suivi avec nous suite à sa sortie de prison et avait hâte de nous revoir parait-il. Notre enthousiasme fût vite tempéré par le fait que celle-ci progressivement à s'automutiler entre les séances et nous confia certains aspects inconnus et déroutants de sa vie sexuelle. Lueur d'espoir, la patiente se montrait elle-même curieuse de comprendre pourquoi cela lui arrivait, pourquoi elle «régressait» disait-elle. Après plusieurs séances d'exploration de la fonction de ses gestes destructeurs et de ses passages à l'acte sexuels,

nous eurent l'opportunité d'esquisser une compréhension voulant qu'une part de son autodestruction soit en lien avec l'idée qu'elle se fait des autres (donc, de nous) en situation d'attachement; des autres perçus comme cruels, insensibles et prenant un plaisir sadique à la voir se «décomposer», elle, la petite fille détestable, méritant qu'on la batte et la maltraite, refusant de se laisser consoler, refusant de croire que nous serons capable de la tolérer et de ne pas l'abandonner. De notre côté, cette impasse de l'exacerbation des symptômes du TPL en période de rapprochement affectif nous a permis de prendre conscience de la nécessité de se doter de supervision continue lorsqu'on travail auprès de patients présentant un trouble grave de la personnalité. Cette nouvelle impasse nous a aussi permis d'utiliser le soutien de mes collègues afin d'éviter que notre contre-transfert nous fasse agir de façon nuisible pour la thérapie de madame T.

L'impasse de l'agression physique du psychothérapeute. À ce stade de sa thérapie, après environ deux ans de suivi avec nous, madame T avait complètement cessé de fréquenter les urgences psychiatriques, elle ne s'automutilait apparemment plus, entretenait une relation amoureuse stable depuis six mois, vivait seule en appartement pour la première fois de sa vie... mais défendait farouchement son droit d'accès à la compensation financière en lien avec son statut de «contrainte sévère à l'emploi». Or, à notre avis, ce statut s'avérait dorénavant incompatible avec un des objectifs que nous avions convenu de poursuivre en thérapie soit celui d'abandonner le rôle de malade et d'arriver à entretenir un rôle productif (travail, bénévolat, études, soins d'un enfant, etc.). C'est dans le cadre d'un échange tendu portant sur l'exploration des raisons du refus de madame T d'entreprendre des démarches de réinsertion sociale que celle-ci s'en pris à nous physiquement.

Avec le recul, cette perte de contrôle offrit à la patiente l'occasion de forcer son thérapeute à la toucher et la contenir physiquement pour ne pas qu'elle le frappe. Cette situation permit aussi à madame T de faire montre de contrôle dans sa perte de contrôle en s'élançant d'abord pour nous frapper pour en fait seulement s'agripper à notre chemise et nous empêcher d'éloigner de nous. Pour notre équipe de traitement, cet esclandre nous aura amené à reconsidérer notre protocole d'évaluation du risque hétéroagressif. Sur un plan plus théorique, cette situation nous a amené à comprendre que pour certains patients, lorsqu'enfant, provoquer la colère de leurs parents sachant que cela les amèneraient à se faire secouer et frapper était bien souvent la seule façon pour eux d'avoir accès à un contact physique avec leur parent et que malgré la douleur, une part d'eux appréciait ce contact tant espéré. Sur un plan plus personnel, cela nous a fait comprendre que le simple fait d'avoir l'impression de comprendre son patient ne suffit pas à arrêter ses passages à l'acte !

L'impasse du danger de passage à l'acte suivant l'imposition d'une suspension. En s'en prenant physiquement à nous, madame T savait qu'elle venait de transgresser une des règles capitales de l'accès à l'intérieur de notre clinique. Pour conséquence, il fût rapidement décidé de suspendre le traitement pendant six mois, de considérer la possibilité de poursuite civile et de voir à ce qu'un psychiatre veille à réévaluer, suite à son retour de suspension, la possibilité de reprise de sa thérapie. Pour la patiente, la suspension fût l'occasion d'être traitée en adulte responsable de ses actes et d'être soumise aux mêmes conséquences que les autres dans ce contexte. Pendant sa suspension, elle eût l'occasion de réfléchir à la façon dont elle pourrait s'y prendre pour rassurer l'équipe afin que l'on se sente à nouveau en sécurité en sa présence. Elle eût

aussi l'occasion de mettre en pratique ses habiletés de tolérance à la détresse sans le soutien d'aucun intervenant. Pour notre part, nous eurent l'opportunité d'apprendre à moduler notre peur d'être à nouveau attaqué par madame T et de tenter de se montrer en contrôle, ni intimidé, ni complaisant, lors de l'annonce de la suspension de service. Encore une fois, notre supervision individuelle (ainsi que notre propre psychothérapie personnelle) nous aura permis de mieux comprendre pourquoi nous avons minimisé la signification des menaces faites à notre endroit dans les semaines précédant l'altercation et pourquoi nous avons peut-être manqué de *timing* dans le fait d'aborder la question du retour au travail à ce moment précis du suivi.

L'impasse des limites de la psychothérapie comme traitement de choix.

À son retour de suspension, madame T nous est apparue à la fois penaude mais de bonne humeur. Malgré qu'elle soit allée à l'urgence à une ou deux reprises pendant sa suspension, elle nous expliqua, au psychiatre qui menait l'entrevue et à nous même, qu'elle s'étonnait du maintien de son fonctionnement pendant sa suspension. Elle montrait en fait très peu de culpabilité face au geste qu'elle avait posé à notre endroit et résistait toujours à l'idée qu'elle devait s'engager formellement à ne plus jamais user de violence envers quiconque à la clinique. Après une psychiatrie et six séances d'évaluation avec nous, il fût décidé conjointement avec la patiente de ne plus lui offrir de suivi en psychothérapie pour une période indéterminée. L'équipe de traitement proposa de maintenir un lien minimal avec elle par le biais de rencontres à toutes les six semaines avec une infirmière à l'extérieur de la clinique. Son psychiatre traitant demeurant dans le dossier pour le suivi psychopharmacologique.

La suspension, la rencontre bilan post-suspension et la décision conjointe de prendre des «vacances de la thérapie⁴» donna à madame T l'opportunité de découvrir qu'elle pouvait dorénavant bien fonctionner sans le soutien régulier d'un intervenant. Elle pût aussi voir qu'elle était digne de pardon et vérifier si nous gardions malgré tout le désir de la reprendre en psychothérapie⁵. La cliente aura aussi eu l'opportunité de sentir que notre équipe gardera en tête, aussi longtemps qu'il le faudra, un projet de changement pour elle. De notre côté, cette huitième et dernière impasse fût l'occasion pour nous de nous rappeler que les patient souffrant d'un TPL sévère préfèrent parfois, consciemment ou non, exercer de la pression sur leur environnement (afin que les autres se plient aux exigences de leur psychopathologie) plutôt que de choisir d'augmenter leurs capacités à s'autoréguler (et ainsi devenir véritablement autonome). L'interruption de ce suivi a donné aussi l'occasion de nuancer notre découragement en se rappelant qu'après tout, après cinq ans dans notre programme-clientèle, la cliente aura tout de même réussi à faire plusieurs gains appréciables : contrôle de l'automutilation, diminution marquée du nombre d'hospitalisation, stabilité résidentielle, capable de bénévolat, arrêt des voies de fait envers les policiers, relation amoureuse chaotique mais stable. En somme, toute cette série d'impasse nous aura permis de mieux saisir la sagesse inhérente au serment voulant que l'on ait une obligation de moyens et non de fins.

Conclusion

Les sentiments d'impasses dans le travail clinique auprès de patients présentant un TPL sont monnaie courante. Dans la mesure où ces sentiments serviront de moteur à

⁴ L'expression est de Marsha Linehan.

⁵ À conditions bien sûr qu'elle nous paraisse plus disposé à tenter de renoncer à la toute puissance narcissique qui la caractérise et à vraiment viser à contrôler son agressivité interpersonnelle.

l'approfondissement de l'alliance thérapeutique et du sentiment de compétence du patient et de son intervenant, derrière chaque impasse se cache souvent une opportunité. Nous avons vu que certaines stratégies permettent d'éviter ou de limiter le développement des impasses les plus fréquentes : faire une offre de service séquentielle; éviter de démarrer à la hâte une psychothérapie long terme; se doter d'un cadre thérapeutique cohérent; être conscient de ses propres attitudes négatives à l'endroit du TPL; prendre le temps d'établir une véritable alliance de travail et enfin, adopter une attitude d'acceptation radicale en tentant d'être validant et mentalisant en tout temps.

Dans cet article, nous avons tenté de mettre l'accent sur la cohérence de la structure de soins à l'intérieur de laquelle les services sont offerts. Les équipes de traitement faisant appel à nos services de formation et de supervision ne sont jamais bien loin de trouver par eux même la raison de leur inconfort avec les patients souffrant d'un TPL. Seulement, on a tendance à chercher dans le contenu du dialogue entre patients et intervenants la raison de l'impasse et on néglige souvent le rôle central du contenant à l'intérieur duquel on tente de travailler avec les patients présentant un TPL. La plupart du temps l'issue à bien des impasses se trouve dans le contenant, dans les réponses aux quelques questions suivantes: «Le patient est-il insuffisamment organisé lui-même pour être en mesure de coordonner sa séquence de services et expliquer aux intervenants les inconvénients des messages parfois incohérents qu'on lui envoie?», «Avez-vous établi un cadre et des règles du jeu claires de façon à ce qu'il sente qu'il peut librement choisir de s'engager ou non à faire des efforts précis?», «Avez-vous en gros les mêmes objectifs et la même compréhension de vos rôles respectifs dans la relation?», «Est-ce que vous vous êtes donné suffisamment de temps pour atteindre vos buts avant de vous décourager?»,

«Disposez-vous de supervision clinique continue, de soutien émotionnel et de réunions d'équipe hebdomadaires afin de travailler tous ensemble dans le même sens?».

Une dizaine d'années nous sépare de nos débuts dans une clinique de troisième ligne surspécialisée dans le traitement des troubles sévères de la personnalité. Depuis nos débuts, nous avons assisté à l'augmentation fulgurante du nombre d'études portant sur le TPL. Les études longitudinales nous ont appris que la progression naturelle du TPL est beaucoup plus favorable que ce que l'on croyait. Les études sur l'efficacité de la psychothérapie du TPL nous ont montré que le TPL se traite aussi bien que les troubles de l'axe I. Et enfin, les neurosciences nous ont permis de voir que les systèmes neurobiologiques impliqués dans la cognition sociale et la modulation affective chez le TPL comportent des altérations subtiles et ce faisant, sont venus appuyer la validité scientifique des interventions psychologiques (Bouchard, Dubé, Lemelin & Giguère, 2010). Toutes ces nouvelles données ont apporté avec elles un vent d'espoir qui est venu balayer une grande partie du pessimisme ambiant qui planait sur l'avenir des personnes souffrant d'un TPL jusque dans les années quatre-vingt. Nous espérons que cet article a pu lui aussi contribuer à faire s'envoler quelques grains de doute dans l'esprit des lecteurs désireux de faire avec nous le pari que derrière chaque impasse rencontrée dans le traitement du TPL se cache une opportunité de croissance pour le patient et pour tout son réseau de lien avec les autres, incluant son psychothérapeute.

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry*, 158, 1-52.

ARNTZ, A., GENDEREN, H. V., & GENDEREN, H. V. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorders*. Chichester, West Sussex, Wiley-Blackwell.

BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.

BATEMAN, A., FONAGY, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization Based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, no 12, 1355-64.

BETAN, E., HEIM, A. K., CONKLIN, C. Z., WESTEN, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, no 5, 890-898.

BOUCHARD, S., DUBÉ, C., LEMELIN, S. & GIGUÈRE, J.-F. (2010). Dysfonction du système exécutif et de la théorie de l'esprit : Intérêt clinique d'une conception neuroscientifique du TPL. *Revue de santé mentale au Québec*, (accepté).

BOUCHARD, S. (2008). Psychodynamique du transfert amoureux chez les organisations limites. *Psychothérapies*, 28, no 3, 173-187.

BOUCHARD, S., VILLENEUVE, É. (2006). Modifications des attitudes négatives et du sentiment d'efficacité personnelle des intervenants en santé mentale

suisant un atelier de formation sur le trouble de personnalité. Institut Universitaire en santé mentale de Québec, Programme-Clientèle des troubles sévères de la personnalité.

Non publié.

CAIHOL, L., BOUCHARD, S., BELKADI, A., BENKIRANE, G., CORDUAN, G., DUPOUY, S., VILLENEUVE, É., GUELFY, J. D. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients présentant un trouble de la personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques*, 168, 435-439.

CASTONGUAY, L. G., BEUTLER, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press: New York.

CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., & KERNBERG, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Arlington, VA, American Psychiatric Publication.

CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, no 6, 922-928.

CLEARY, M., SIEGFRIED, N., WALTER, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186-191.

CRITCHFIELD, K. L. & BENJAMIN, L. S. (2005). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. Dans *Principles of therapeutic change that work*. L. G. Castonguay & L. E. Beutler, 253-274.

DEANS, C., MEOCEVIC, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21, no 1, 43-49.

DE GROOT, E. R., VERHEUL, R., TRIJSBURG, R. W. (2008). An Integrative Perspective on Psychotherapeutic Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, no 4, 332-352.

FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 no 4, 411-430.

GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., SPINHOVEN, P., VAN TILBURG, W., DIRKSEN, C., VAN ASSELT, T., KREMERS, I., NADORT, M., ARNTZ, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 63, no. 6, 649-658

GUNDERSON, G. J. (2000). Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. Dans : GUNDERSON, J. G., GABBARD, G. O. (2000). *Psychotherapy for personality disorders*. American Psychiatric Press: Washington, DC.

HORVATH, A. O. (1995). The therapeutic relationship: from transference to alliance. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, no 1, 7-18.

KOLLA, N. J., LINKS, P. S., MCMAIN, S., STREINER, D. L., CARDISH, R., COOK, M. (2009). Demonstrating adherence to guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, no 3, 181-189.

HOLMES, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6, 181-190.

LEICHSENRING F, LEIBING E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, no 7, 1223-1232.

LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press: New York.

LIEB, K., ZANARINI, M., SCHMAHL, et al. (2004). Borderline personality disorder, *Lancet*, 364, 453-461.

LIVESLEY, J. (2008). Integrated therapy for complex cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64, no 2, 207-221.

LOBBESTAEL, J, VAN VREESWIJK, M. F., ARNTZ, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders, *Behaviour research and therapy*, 46, no 7, 854-860.

MCMAIN, S. F., LINKS, P. S., GNAM, W. H., GUIMOND. T., CARDISH, R. J., KORMAN, L., STREINER, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, no 12, 1365-1374.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (2004). *Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary*

prevention of self-harm in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 16. Leicester: British Psychological Society.

HADJIPAVLOU, G., & OGRODNICZUK, J. S. (2010). Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*. 55, 202.

PARIS, J. (2007). Intermittent psychotherapy: an alternative to continuous long-term treatment for patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, no 3, 153-158.

SILK, K. R. (2008). Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder: the STEPPS program. *The American Journal of Psychiatry*, 165, no 4, 413-415.

STANLEY, B., BRODSKY, B., NELSON, J. D., DULIT, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy for suicidal behavior and non-suicidal self injury, *Archives of Suicide Research*, 11, no 4, 337-341.

STONE, M. H. (2006). *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*. American Psychiatric Pub : Washington, DC.

TRELOAR, A. J. (2009). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 60, no 8, 1128-1131.

TREOLAR, A. J. C., et LEWIS, A. J. (2008). Professional attitudes toward deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 578-584.

VAN BEEK, N., VERHEUL, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22, 1, 89-100.

VAN DEN EYNDE, F., DE SAEDELEER, S., NAUDTS, K., D. J., VOGELS, C., VAN HEERINGEN, C., AUDENAERT, K. (2009). Quetiapine treatment and improved cognitive functioning in borderline personality disorder. *Human Psychopharmacology*, 24 no 8, 646-649.

VILLENEUVE, É., LEMELIN, S. (2009). La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité, *Santé Mentale au Québec*, 34, no 1, 199-206.

VILLENEUVE, E., LEMELIN, S. (2005). Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, no 10, 1298-1303.

YEOMANS, F. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64, no 5, 609-610.

YEOMANS, F. E., SELZER, M. A., CLARKIN, J. F. (1992). *Treating the borderline patient: A contract based approach*. BasicBooks: New York, NY.

YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., & WEISHAAR, M. E. (2005). *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. Carrefour des psychothérapies. Bruxelles, De Boeck.

ZANARINI, M., FRANKENBURG, F. R., HENNE, J., SILK, K. R., (2004).

Mental health utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., SILK, K. R.,

HUDSON, J. I., et Mc SWEENEY, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow up study. *American Journal of Psychiatry*, 164, no 6, 929-935.

ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, no 3, 284-290.