

Revue spécialisée  
**Familles et  
santé mentale**

**AQPAMM**   
Association québécoise des  
parents et amis de la personne  
atteinte de maladie mentale

n° 42 - Automne 2014

# LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

LE TPL, C'EST QUOI?  
.....

VIVRE AVEC  
LA MALADIE  
.....

ET LES PROCHES?  
.....

RESSOURCES ET  
PARTENAIRES

**Supplément :**  
Cahier de recommandations  
pour les familles

# TABLE DES MATIÈRES

- 3 Édito
- 3 Le TPL en quelques chiffres
- 4 Le trouble de personnalité limite
- 6 Les causes du TPL
- 7 Crise d'adolescence ou TPL?
- 7 Vieillesse et trouble de personnalité limite
- 8 Le TPL chez les hommes
- 9 Mieux gérer ses émotions au quotidien
- 10 Les thérapies
- 12 Trouver du soutien pour mieux aider
- 13 À chacun sa patate
- 14 Témoignage de parents
- 15 Les centres de crise
- 15 Ressources
- 15 Lectures

## Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

Plus d'infos sur le TPL  
sur notre site internet

[www.aqpamm.ca](http://www.aqpamm.ca)



## L'AQPAMM...

L'association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale Inc. « AQPAMM » est un organisme communautaire à but non lucratif. Elle dispense aux membres des familles et amis ayant un proche atteint de problèmes de santé mentale des services individuels, de couple et familiaux à court terme.



### Le personnel de l'AQPAMM

Julie Cyr	Directrice générale
Judith Marie	Communications
Claire Moran	Accueil
Adelkys Bauza	Intervenante
Diane Tardif	Intervenante
Julie Coache	Intervenante
Soline Blondin	Intervenante
Stéphanie Simard	Intervenante
Suzanne Michaud	Intervenante
Sylvie Peltier	Intervenante
Virginie Dubé	Intervenante
Yves Gariépy	Intervenant
Marie-Laurence Morin	Avocate
Yolande Brisebois	Art thérapie

### Le conseil d'administration

Daniel Dumont	Président du conseil
Line Chainey	Vice-Présidente
Gisèle Tétreault	Secrétaire
Jérôme de Mouillac	Trésorier
Lise Larivière	Administratrice
Bruno Blanchard	Administrateur
Félix-Antoine Bérubé	Administrateur
Joseph Pratico	Administrateur
Marie-Josée Lavoie	Administratrice

### Éditeur

AQPAMM  
1260, rue Ste-Catherine Est, Bur. 208  
Montréal, (QC), H2L 2H2  
Téléphone : 514-524-7131  
Télécopieur : 514-524-1728  
Courriel : [accueil@aqpamm.ca](mailto:accueil@aqpamm.ca)  
[www.aqpamm.ca](http://www.aqpamm.ca)

### Responsable de la production

Judith Marie

### Recherche et rédaction des textes

S. Blondin, A. Bauza, S. Michaud, J. Coache,  
J. Marie, D. Tardif, S. Simard

### Ont collaboré à ce numéro

Christine Deschênes (RECSIQ)



# ABORDER LES CHOSES DIFFÉREMENT

**Julie Cyr**  
Directrice générale

À l'AQPAMM nous soutenons depuis près de 35 ans les parents et proches de la personne atteinte de maladies mentales. En 2013-2014, 13% des personnes ayant utilisé nos services avaient un proche atteint du trouble de personnalité limite. Nous les soutenons notamment en les informant sur la maladie, ses caractéristiques et sur comment cela peut se traduire au quotidien pour la personne qui souffre de ce problème de santé mentale.

Car la souffrance est réelle. Et intense. Dans le cas du trouble de personnalité limite, celle-ci est liée à une angoisse de perte et d'abandon. En ce sens, parler d'une angoisse fondamentale est très différent que de parler de comportements observables, même s'ils paraissent exagérés ou autodestructeurs, mais qui sont souvent la pointe visible d'un iceberg. À partir du moment où l'on sait que pour la personne atteinte d'un TPL toute relation est porteuse d'un risque de souffrance majeure, génère anxiété

et une émotivité qui peut paraître sans limites, on aborde les choses différemment.

Chaque année depuis 3 ans, Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, vient nous parler du trouble de personnalité dont fait partie le TPL lors de nos conférences mensuelles. Vous retrouverez d'ailleurs quelques-unes de ses remarques et conseils au fil des articles présentés dans ce numéro. À cette occasion, elle a expliqué les symptômes, le fonctionnement d'une personne souffrant de ce trouble. Beaucoup des participants se sont retrouvés dans les situations évoquées et ont pu prendre conscience que certains comportements sont en général très souffrants pour la personne.

C'est pourquoi, à travers ce bulletin, dont une grande partie des textes a été rédigée par les intervenantes de l'AQPAMM, nous souhaitons informer sur cette maladie pour que chacun comprenne mieux ce que vit la personne atteinte d'un TPL. Nous souhaitons également informer sur les traitements et techniques possibles pour mieux vivre avec cette maladie. Donner des points de repère et des conseils pour toute personne dont le proche est atteint de ce trouble, pour qu'elle puisse mieux vivre la relation au quotidien, prendre soin d'elle-même et éventuellement mieux aider son proche. Car il y a de l'espoir, malgré les difficultés. À l'AQPAMM nous en sommes convaincus !

Bonne lecture à tous !

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN QUELQUES CHIFFRES

- **Il touche 1 à 2%** de la population générale, 10% des personnes consultant en psychiatrie et 20% des personnes hospitalisées en psychiatrie (*Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005*).
- Il est intéressant de noter que **l'âge, le sexe, et la culture ne sont pas associés avec le TPL** (*Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, 2007*).
- **Le taux de diagnostic TPL entre femmes et hommes est équivalent** (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Personality Disorder, 2012, US*).
- Les personnes qui souffrent de TPL **risquent cinquante fois plus de décéder par suicide** que la population générale (*Lieb, K. et al., 2004*).
- En 2013-2014, **13% des personnes ayant utilisé les services de l'AQPAMM** avaient un proche atteint d'un trouble de personnalité limite.



# LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Par : Soline Blondin  
Intervenante à l'AQPAMM

**Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble psychologique sérieux qui se caractérise par une instabilité persistante dans la sphère affective, cognitive, relationnelle et identitaire. Ce trouble trouve son origine dans une combinaison complexe de facteurs sociaux, génétiques et psychologiques. Troubles associés et conduites à risque augmentent les difficultés quotidiennes pour la personne atteinte de TPL ainsi que pour ses proches. Cependant médication, thérapie, méditation et autres techniques pour gérer les émotions, sont autant de dimensions permettant de mieux vivre avec la maladie.**

Dans le DSM-IV-TR (livre de référence en psychiatrie pour les diagnostics des troubles mentaux), le TPL est désigné comme un « mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles, dans l'image de soi, des affects, avec une impulsivité ».

## Définition selon le DSM IV

Pour recevoir un diagnostic, la personne doit présenter 5 critères sur les 9 critères suivants (APA, 2000) :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie)
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

- Instabilité affective due à une réactivité de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- Sentiments chroniques de vide
- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation de persécution ou de symptômes dissociatifs sévères (sentiment que c'est une autre personne qui agit)

De nombreuses combinaisons de ces facteurs sont possibles. Cependant, certains symptômes centraux sont communs à la majorité des personnes souffrant d'un TPL : les relations interpersonnelles perturbées et instables, le dérèglement émotionnel (incapacité à contrôler son humeur et ses sentiments), et les comportements impulsifs (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005).

## Troubles associés fréquents

Bien que le TPL a des manifestations communes avec d'autres troubles de personnalité et avec des troubles de l'humeur (comme l'anxiété ou la dépression), il s'agit bien d'un trouble distinct. Malheureusement, les comorbidités (le fait de souffrir de plusieurs troubles en même temps) sont fréquentes chez des personnes qui souffrent de TPL.

Selon Lieb, K et al., 2004, au cours de leur vie, les personnes vivant avec un TPL vont avoir :

- à 41-83% un historique de dépression majeure,
- à 64-66% des problèmes d'abus de substance,
- à 46-56% un trouble de stress post-traumatique,
- à 16-51% un trouble de personnalité dépendant,
- à 31-48% un trouble panique,
- à 43-47% un trouble de personnalité évitant,
- à 23-47% de la phobie sociale,
- à 12-39% un trouble de dysthymie (variation de l'humeur),
- à 29-35% un trouble des conduites alimentaires,
- à 14-30% un trouble de personnalité paranoïaque,
- à 16-25% un trouble obsessionnel-compulsif,
- à 10-20% un trouble de bipolarité.



## Comportements d'automutilation et suicidaires

De nombreuses personnes souffrant de TPL ont des comportements automutilatoires, des pensées suicidaires et font des tentatives de suicide. Le risque pour un suicide complété est de 9 à 10% pour des personnes souffrant de TPL.

Toutefois il est très difficile pour les membres de leur famille et les thérapeutes de prédire le risque suicidaire réel. L'automutilation (coupures superficielles, brûlures de peau, se taper la tête, se tirer les cheveux ou s'arracher la peau) est en soi un facteur de risque pour le suicide : 55 à 85% des personnes qui s'automutilent font en effet au moins une tentative de suicide. Cependant, il est important de ne pas sur-réagir en pensant que chaque acte de mutilation est sous-tendu par une intention suicidaire (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005). Les tentatives de suicide et les actes d'automutilation sont vécus de façon très différente dans l'esprit des personnes souffrant de TPL. Plutôt que de se faire du mal pour manipuler les autres et avoir leur attention, beaucoup de personnes souffrant de TPL ont honte de leurs comportements et les cachent aux autres (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005).

Le déclencheur des actes d'automutilation est le plus souvent une perte réelle ou imaginaire d'une relation avec une personne suite à une séparation ou un abandon. Parmi ses fonctions possibles, l'automutilation pourrait aider les individus à réduire la tension émotionnelle qu'ils vivent, les distraire d'un sentiment de douleur psychologique, en transformant cette souffrance émotionnelle en une souffrance concrète et visible, en action. En d'autres termes, l'automutilation semblerait aider à réguler des émotions. Beaucoup de personnes souffrant de TPL qui s'automutilent rapportent un sentiment de soulagement immé-

diat de la tension émotionnelle juste après l'acte. Pendant des périodes de stress extrême qui pourraient mener à une tentative de suicide ou à un épisode d'automutilation, un séjour à l'hôpital peut bloquer ces comportements et aider la personne à tolérer ces émotions jusqu'à ce qu'elles disparaissent.

## Évolution de la maladie

Le TPL apparaît généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte qui vit un problème d'identité: instabilité émotionnelle, questionnements existentiels, choix de vie stressants, conflits concernant l'orientation sexuelle et pressions sociales par rapport à l'avenir professionnel. Peu d'éléments sont connus au sujet de l'évolution à long terme de personnes souffrant de TPL car elle est très variable selon les individus. Il n'est pas encore possible de bien saisir ce qui fait que certains arrivent plus à composer avec leur trouble que d'autres.

*« Certains symptômes sont communs à la majorité des personnes souffrant d'un TPL : les relations interpersonnelles perturbées et instables, le dérèglement émotionnel (incapacité à contrôler son humeur et ses sentiments), et les comportements impulsifs »*

De façon générale, les personnes souffrant de TPL semblent vivre une grande instabilité au début de l'âge adulte avec des périodes de pertes de contrôle des affects et de leurs impulsions. Elles ont souvent recours au système de santé et le risque suicidaire est présent. En effet, 10% décèderont par suicide, ce qui est cinquante fois plus important que dans la population générale (Lieb, K. et al., 2004). Ce risque est plus élevé chez le jeune adulte et diminue progressivement avec l'âge. L'intensité émotionnelle et dans les relations persiste, mais elle peut s'améliorer avec un suivi thérapeutique. Il semblerait qu'une certaine stabilité advienne dans la quarante-cinquantaine. Le DSM-IV-TR avance en effet qu'après 10 ans de suivi, la moitié des sujets ne répondent plus aux critères diagnostiques du TPL. ►

## « PAROLE D'EXPERT »

Les déclencheurs d'une forte émotion sont des choses du quotidien : un patron qui dit « rendez-vous demain dans mon bureau » va se transformer en « est-ce que je vais perdre mon travail? » pour une personne souffrant d'un trouble de personnalité. Des choses banales comme une amie qui n'est pas disponible tel jour peut générer une grande angoisse d'abandon... Pour neutraliser l'intensité de ces émotions, les personnes vont mettre en place des mécanismes de protection : les « passages à l'acte » tels que l'automutilation, les gestes suicidaires, la consommation ou encore les « agir » de colère. **Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, centre spécialisé dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité.**

## Traitements et thérapies

Le TPL n'est pas une maladie au sens médical du terme avec une cause biologique unique. Il s'agit plutôt d'un syndrome (d'un ensemble de symptômes), donc plusieurs médicaments peuvent être nécessaires afin de cibler des manifestations spécifiques. Certains traits du tempérament comme l'impulsivité ou l'instabilité émotionnelle (symptômes du TPL) sont régulés par des signaux chimiques dans le cerveau, appelés neurotransmetteurs. Des médicaments spécifiques peuvent aller cibler des déséquilibres de ces neurotransmetteurs et donc alléger les symptômes. Selon Gunderson, J. & Hoffman, P. (2005), les recommandations pour la pharmacothérapie se basent sur peu d'études, les effets des médicaments sont modestes et les symptômes reviennent souvent. Mais les personnes souffrant de TPL pourraient avoir besoin d'en prendre jusqu'à ce qu'ils apprennent à gérer les stressors qui augmentent leurs symptômes. Le soulagement de symptômes cognitifs, affectifs et impulsifs par les médicaments permet souvent aux individus souffrant de TPL de s'engager avec plus de succès dans une psychothérapie dans le cadre d'un traitement psychosocial.



### Références:

American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association. Task Force on DSM IV. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : Dsm-iv-tr* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Gunderson, John G., & Hoffman, Perry D. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder : A guide for professionals and families* (1<sup>st</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Lieb, Klaus, Zanarini, Mary C, Schmahl, Christian, Linehan, Marsha M, & Bohus, Martin. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.

## QUELLE EST L'ORIGINE D'UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE?

### Résultat d'abus?

Comme dans de nombreux troubles psychiatriques, les premières théories expliquant le trouble étaient plutôt centrées sur des antécédents d'abus ou de négligence et sur des relations néfastes au bon développement affectif du patient. Les vastes études portant sur l'abus d'enfants dans la population générale montrent cependant que 80% des adultes avec une histoire d'abus ne développent pas de troubles psychologiques (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005). Il se peut en effet qu'un enfant ait plus de difficultés à construire un lien avec son parent que la majorité et que ce soit plus ardu pour lui de contrôler ses humeurs et impulsions. Ceci augmenterait le risque d'être plus souvent réprimandé. Les réprimandes pourraient par ailleurs être perçues comme plus sévères, invalidantes et intenses par une personne sensible (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005). Une relation parent-enfant à elle seule ne peut être la cause unique d'un TPL. En revanche, des tensions croissantes qui s'autoalimenteraient peuvent participer au développement et au maintien de certains symptômes.

### Génétique et dérèglements neurobiologiques

Il y aurait également une part génétique importante dans le développement d'un TPL puisque 35% des jumeaux monozygotes comparativement à 7% chez les dizygotes souffrent d'un TPL (Lieb, K. et al., 2004). Des analyses génétiques ont permis d'isoler des traits de troubles de personnalité – dérégulation émotionnelle, labilité affective, instabilité cognitive, dans l'image de soi et les relations interpersonnelles – ressemblant à des caractéristiques du TPL et dont l'héritabilité serait estimée à 47% (Lieb, K. et al., 2004). De plus, certains dérèglements neurobiologiques pourraient participer à l'impulsivité et à l'instabilité affective. Mais il n'est pas possible de statuer s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence du trouble. Un autre facteur serait la difficulté à développer un style d'attachement stable et d'avoir une inquiétude persistante de perdre la figure d'attachement principale. Mais là encore il n'est pas possible de savoir si ce dernier facteur serait une cause et/ou une conséquence du TPL.

### Combinaison complexe de facteurs

Pour conclure, la recherche suggère que les individus pourraient avoir une vulnérabilité génétique au développement d'un TPL et que des événements stressants contribueraient à son déclenchement. Par ailleurs, ces facteurs génétiques couplés à des expériences difficiles durant l'enfance participeraient à une dérégulation émotionnelle et à une impulsivité provoquant des comportements dysfonctionnels. Des difficultés au niveau comportemental et des conflits psychosociaux renforceraient à leur tour le dérèglement émotionnel et l'impulsivité.

## CRISE D'ADOLESCENCE OU TPL?

Par : Adelys Bauza  
Intervenante à l'AQPAMM

**De nombreux parents, inquiets du comportement de leur enfant – colère sans cause apparente, irritabilité, isolement, défiance de l'autorité – appellent l'AQPAMM pour trouver des réponses.**

Un trouble de personnalité, dont fait partie le trouble de personnalité limite, n'est que très rarement diagnostiqué pendant l'enfance et l'adolescence. Pendant ces périodes, la personnalité est en construction. On observe donc des comportements qui sont susceptibles de disparaître et d'autres qui s'installent de manière progressive. Pour diagnostiquer un trouble de la personnalité et par conséquent le TPL chez une personne de moins de 18 ans, les traits inadaptes doivent avoir été présents de manière persistante pendant au moins un an<sup>1</sup>.

Pendant l'adolescence, la recherche et l'instauration progressive d'une identité personnelle inhérente à cette période, génère parfois des questionnements sur les idées reçues des parents et peut être perçue comme l'instauration d'un rejet et la contestation de l'autorité. Le processus de consolidation de l'identité peut également expliquer l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle et relationnelle chez les adolescents, mais ce n'est qu'une période de transition qui ne se répète pas au quotidien et a tendance à disparaître. Il y a d'autres points communs entre le TPL et les manifestations de la crise d'adolescence : comportements de mise en danger (toxicomanie, conduite automobile dangereuse, sexualité..) et suicidaire.

De manière générale, on reste prudent avant de parler de « trouble de la personnalité » et de poser une étiquette sur une personnalité encore en pleine évolution et en construction<sup>2</sup>. L'important pour les parents est de favoriser le plein potentiel de leur enfant, en lui permettant de se développer avec les autres, dans son environnement, et en profitant des opportunités... de la vie.

### Références:

<sup>1</sup>DSM-5 p. 647.

<sup>2</sup>JP Raynaud. Troubles de la personnalité chez l'enfant et l'adolescent (<http://www.medecine.ups-tlse.fr>)



## VIEILLISSEMENT ET TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Par : Suzanne Michaud  
Intervenante à l'AQPAMM

La personnalité désigne ce qui est stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu. Elle se construit principalement pendant l'enfance et l'adolescence, jusqu'à l'âge de 30 ans où elle se stabilise. Ceci explique le fait que la majorité des personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite (TPL) verront leurs symptômes se stabiliser ou s'atténuer avec l'âge.

De façon générale, ce que l'on remarque chez les personnes âgées est une diminution des comportements liés à l'impulsivité (colère, automutilation, tentative de suicide), une persistance des troubles de l'humeur (principalement la dépression) et certaines difficultés sociales, comme la peur de l'abandon, l'isolement et l'opposition envers les soignants.

Comment expliquer que les traits liés au TPL soient plus prononcés chez certaines personnes du troisième âge? Quelques personnes âgées, ayant déjà un TPL sans avoir été diagnostiquées, se voient apposer le diagnostic seulement une fois qu'elles sont prises en charge suite à une perte d'autonomie. Les médecins se basent alors sur les comportements et antécédents des patients pour poser le diagnostic. On retrouve également des personnes déjà diagnostiquées TPL dont les symptômes se sont atténués avec l'âge, puis suite à un choc ou une difficulté d'adaptation, par exemple un placement en CHSLD ou une perte sévère de leurs capacités, vivent une réémergence de la personnalité pathologique stabilisée. Finalement, il y a ceux, qui vivent déjà avec un diagnostic de TPL, voient malheureusement leurs symptômes persister dans le temps.



## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE CHEZ LES HOMMES

Par : Suzanne Michaud  
Intervenante à l'AQPAMM

**Très peu d'hommes reçoivent le diagnostic TPL. Or de récentes études montrent qu'ils sont autant touchés que les femmes par ce trouble.**

Les hommes sont naturellement moins enclins à consulter pour des problèmes d'ordre psychique que les femmes. Pour un homme aux valeurs traditionnelles,

demander de l'aide, parler de ses émotions, et surtout avouer ne pas être en mesure de les comprendre ou de les gérer, équivaut à admettre sa vulnérabilité. De plus, certains comportements typiquement associés au trouble de personnalité limite sont socialement plus tolérés chez les hommes. Une femme colérique, quant à elle, risque beaucoup plus rapidement d'être jugée instable ou hystérique par son entourage. Il ne faut pas généraliser ! Tous les hommes colériques ne sont pas TPL !

**Tout comme les femmes ayant un trouble de personnalité limite, les hommes TPL sont impulsifs et utilisent des comportements à risques. Toutefois, c'est le niveau de dangerosité qui diffère chez l'homme.** L'impulsivité et les émotions à fleur de peau, peuvent se traduire par une forte dépendance aux drogues dures, une violence physique envers autrui (violence conjugale, voie de fait) ou les objets (frapper les murs, lancer des objets), une conduite automobile dangereuse, une dépendance à la sexualité et/ou aux pratiques sexuelles à risques élevés.

### Quels sont les principaux symptômes de l'homme TPL?

- **Très romantique** : obsédé par l'amour, il va exprimer haut et fort son amour, mais en fait, il confond souvent « amour » avec besoin d'attention et de valorisation.
- **Relations à court terme** : étant donné sa peur de l'intimité et de l'abandon, inconsciemment, il provoque les ruptures, pour ensuite se plaindre d'être abandonné une fois de plus !

- **Les changements d'humeur** : ils sont tout aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes TPL. Par contre, c'est l'intensité de la colère et de la violence qui les distingue. C'est d'ailleurs cette violence élevée, et gratuite en apparences, qui mène au diagnostic de trouble antisocial.
- **Dépendant de l'amour et peur de l'amour** : quelle contradiction ! Mais il faut bien l'avouer, l'homme TPL est rempli de contradictions ! Dépendant de la séduction et de la sexualité, tout en étant effrayé par l'intimité et l'engagement, il se montre romantique et sensible et plus la relation prend forme et se développe, plus ses peurs refont surface et l'incitent à saboter cette union.
- **Narcissique et vulnérable** : encore une contradiction ! Sous des allures de confiance, d'estime de soi et de contrôle, l'homme TPL est très vulnérable. Son estime est généralement faible et le narcissisme n'est qu'un masque pour cacher sa fragilité.
- **Abus de substances** : bien que la consommation soit un symptôme fréquent chez plusieurs TPL, et ce peu importe le sexe, encore une fois, c'est l'usage et la fréquence qui différencieront les hommes.
- **Sensibilité à la critique** : que les critiques soient bien réelles ou simplement perçues comme telles, elles peuvent provoquer un état de grande détresse ou de violence.
- **Suspensions, jalousie et incapacité de faire confiance** : puisque l'homme TPL se perçoit souvent de manière négative et qu'il entretient des discours intérieurs dévalorisants à son égard, il développe une attitude suspicieuse envers les gens. Incapable d'accorder son entière confiance en quelqu'un, il est souvent jaloux.
- **Idéations suicidaires** : les idéations suicidaires et les tentatives de suicides seraient 10% supérieures chez les hommes TPL.

### De l'espoir?

Malgré qu'il soit difficile de diagnostiquer le trouble de personnalité limite chez les hommes, de plus en plus de gens œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux s'intéressent à la masculinité et à sa complexité. Que ce soit avec les troubles de la personnalité ou les autres problèmes de santé mentale, les symptômes diffèrent souvent chez les hommes. Une approche adaptée est donc idéale pour les amener à consulter et à retrouver un certain bien être.



## « MIEUX GÉRER SES ÉMOTIONS AU QUOTIDIEN FAVORISE UN MIEUX-ÊTRE »

Entrevue avec Julie Coache  
Intervenante à l'AQPAMM

### Quels sont les principaux défis pour une personne atteinte d'un TPL?

C'est principalement l'instabilité dans la manière de se percevoir et de percevoir les autres qui occasionne une tempête d'émotions. Ces émotions peuvent varier dans le temps et apparaître de manière intense. Lorsque ces émotions perdurent, d'autres problématiques peuvent s'ajouter telles que la dépression, l'anxiété et des comportements à risque. On peut également observer de l'impulsivité résultant d'un manque de recul et d'analyse chez la personne sur l'impact de son comportement pour soi et pour les autres. Au bout du compte, ce sont les émotions qui prennent le contrôle, pas la personne dans ce qu'elle souhaite vraiment.

### Avez-vous des conseils pour mieux gérer ses émotions au quotidien?

La première étape est de prendre conscience de ce qu'on vit, de s'observer, d'identifier les émotions vécues et de les exprimer. Cela peut passer par un journal de bord. Les émotions ont le droit d'exister, mais il ne faut pas qu'elles prennent le contrôle ! Le fait d'écrire ses émotions crée un automatisme : exprimer plutôt que de réagir sans réfléchir. Des exercices faciles de respiration ou de pleine conscience, chaque jour, permettent d'évacuer ces fortes émotions, de réduire l'anxiété, de prendre un temps pour soi. Cela permet de se libérer des tensions profondes, de laisser passer les pensées dérangeantes plutôt que de les laisser prendre toute la place ou de les refouler, et d'être dans l'instant présent. Quand elle identifie une émotion, la personne peut en profiter pour se demander la raison de cette émotion. Quand j'ai une émotion intense, cela correspond en effet à un besoin non comblé. Est-ce que j'ai besoin de repos, ou est-ce que je suis dans l'insécurité et pourquoi? Quel contrôle ai-je sur la situation et quels moyens puis-je utiliser?

### C'est difficile à faire tout seul !

C'est sûr, ce n'est pas évident. Pour tout le monde, c'est le cheminement d'une vie. Trouver une aide psychologique pour faire ce travail peut se révéler utile et efficace. Cependant les personnes atteintes d'un trouble de personnalité peuvent adopter des comportements qui freinent le travail thérapeutique : manque de motivation, indécision sur l'objectif de la thérapie, non-respect du cadre thérapeutique (annulation, retards...). Il ne faut pas hésiter à aller demander de l'aide, auprès d'un ami en qui on a confiance, de sa famille, d'un collègue. Différents organismes peuvent exister aussi. Multiplier les sources de soutien aide à se faire une tête !

### Il est donc possible de trouver un équilibre?

C'est possible, bien sûr. Faire ces exercices liés à la gestion des émotions au quotidien et suivre une thérapie favorise l'acceptation de soi, une meilleure stabilité ainsi que des relations plus harmonieuses avec les autres. Cela favorise concrètement un mieux-être, malgré les difficultés auxquelles peut être confrontée chaque jour une personne atteinte d'un TPL. Il faut tenir compte du rythme de chacun et savoir se féliciter des petites victoires !

*Propos recueillis par Judith Marie.*

### En savoir plus sur la pleine conscience :

« Où tu vas, tu es : apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes », Jon Kabat Zinn. 2005. Éditions J'ai Lu, 288 p.



## « PAROLE D'EXPERT »

Il existe de nombreuses techniques pour réguler les émotions : la cohérence cardiaque, la relaxation, la respiration... L'important est de trouver celle qui nous correspond et de persévérer, aidé par un thérapeute, pour en voir les effets ! **Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, centre spécialisé dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité.**

# LES THÉRAPIES

Par : Soline Blondin  
Intervenante à l'AQPAMM

Les psychothérapies proposées aux personnes souffrant de TPL s'inspirent de plusieurs approches. Ce sont toutes des thérapies par la parole, qui varient par leur intensité, leur complexité et par leurs méthodes. Chaque établissement de santé ou psychologue va proposer des thérapies qui correspondent le plus à son approche. Nous vous présentons ici les thérapies les plus fréquemment utilisées. L'important est de choisir celle qui sera la plus adaptée à la personne souffrant de TPL, en fonction de son histoire, sa situation et de sa sensibilité.

**Thérapie dialectique comportementale (DBT) :** ce programme de traitement comprend quatre étapes : 1) le prétraitement avec l'acquisition d'un contrôle comportemental, 2) assimiler émotionnellement les expériences du passé vécues comme traumatisantes, 3) résoudre des problèmes quotidiens, et 4) développer la capacité à vivre des expériences soutenues de joie. La priorité est le contrôle comportemental qui a pour but d'aider le patient à développer et maintenir un niveau de motivation pour le traitement tout en réduisant les comportements suicidaires, d'automutilation et autres

conduites impulsives à risque. Ce programme regroupe des rencontres de thérapie individuelle hebdomadaires et un groupe, également hebdomadaire, de psychoéducation pour le développement de compétences spécifiques, le tout sur une période d'un an. Il inclut des séances de supervision pour les thérapeutes et la possibilité d'avoir des contacts téléphoniques avec le patient en dehors des heures de rencontres. Les Cochrane Reviews (Stoffers, J. et al. 2013), revue de référence en psychologie, trouvent que ce type de programme a montré des résultats permettant l'amélioration de l'état des personnes souffrant de TPL. Elle est pertinente pour la réduction des manifestations de colères inappropriées, des comportements automutilatoires et pour une amélioration du fonctionnement général.

**Thérapies cognitives et comportementales (TCC) :** c'est un traitement psychologique visant à aider la personne à faire le lien entre ses pensées, ses émotions et ses comportements. Dans le traitement du TPL, elle va s'intéresser au rôle des expériences passées dans le développement de croyances profondes (schémas). Par conséquent, les TCC vont travailler à changer les croyances des gens. C'est un traitement adapté pour le TPL car il prend en compte les éléments qui peuvent perturber le processus de thérapie (comme



le fait de rater des séances ou de ne pas faire ses exercices, d'esquiver les sujets importants ou de se déconcentrer). Les TCC pour les TPL se caractérisent par des séances allant de 30 à 90 minutes de façon hebdomadaire. Les patients doivent faire des exercices chez eux et le thérapeute se rend parfois disponible par téléphone entre les séances.

**Système d'entraînement à la prédictibilité émotionnelle et à la gestion de problèmes (STEEPS) :** c'est un ensemble

## « PAROLE D'EXPERT »

Le traitement de choix est la psychothérapie. La médication est un bon complément. Elle ne traite pas le trouble mais soulage les symptômes. Elle va par exemple diminuer l'anxiété ou encore la colère, ce qui peut être nécessaire pour pouvoir débuter une thérapie. La personne peut rester très sensible aux déclencheurs mais elle peut apprendre à vivre avec cette sensibilité. On a longtemps pensé que la personnalité était fixe dans le temps mais elle est plus plastique en réalité. C'est une démarche à moyen et long terme. Certains arrêtent puis reprennent ou consultent de manière moins fréquente au bout d'un moment. D'autres peuvent aussi être à nouveau fragilisés par des épisodes de vie comme une séparation, un décès. **Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, centre spécialisé dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité.**

de rencontres de 2 heures sur 20 semaines et d'inspiration TCC. Cela inclut 2 heures avec la famille ou les personnes significatives et certains membres de l'équipe afin d'introduire les concepts et les compétences qui vont les aider à renforcer celles du patient. Cette thérapie comprend 3 phases durant lesquelles les patients : 1) sont encouragés à remplacer leurs préjugés sur le TPL par une conscience des pensées, émotions et comportements qui le définissent, 2) reçoivent de l'entraînement à des compétences pour améliorer leur régulation émotionnelle, et 3) reçoivent un entraînement à des compétences comportementales.

**Thérapie centrée sur les schémas :** cette approche souligne le rôle des schémas précoces inadaptés. Elle s'attarde au processus qui les maintient de façon inflexible et qui empêche de nouveaux apprentissages : maintien du schéma, évitement du schéma et compensation du schéma. Les patients sont encouragés à voir le rôle que peuvent avoir ces croyances ou schémas dans la façon dont ils réagissent aujourd'hui et comment les ajuster en questionnant leur adéquation avec les situations. Le traitement inclut une forme de réapprentissage.

**Thérapie psychodynamique (ou psychanalytique) :** elle souligne le rôle des conflits inconscients entre les désirs et les défenses qui s'y opposent en provoquant de l'anxiété. Ces conflits sont compris à la lumière de représentations internes de soi et des autres. Les difficultés interpersonnelles se répétant dans la relation thérapeutique, le thérapeute

peut les interpréter. Traditionnellement les psychanalystes entretenaient une neutralité bienveillante dans le but d'être une surface de projection des conflits du patient, mais cette approche a été rendue plus structurée et plus active pour les personnes souffrant de TPL. L'accent est mis sur l'introspection et un travail sur l'identité. Le thérapeute se soucie de travailler les difficultés sociales et professionnelles quotidiennes du patient. C'est une thérapie individuelle de deux séances par semaine.

**Certaines interventions psychologiques brèves** (durant moins de 6 mois), comme la thérapie cognitive assistée d'un manuel, ou la thérapie de résolution de problèmes, peuvent aider dans un contexte de crise pour les personnes qui ont recours de façon répétée à des gestes para-suicidaires, vivent des tentatives de suicides ou d'automutilation.

**Les arts thérapies :** elles ont souvent été proposées dans la prise en charge de personnes souffrant de TPL. Elles incluent l'art thérapie, la danse, la thérapie de mouvement, la thérapie par le théâtre et la musicothérapie. L'objectif premier est d'initier des changements et le développement de la personne. Il s'agit de créer un environnement thérapeutique sécurisé au sein duquel elle pourra reconnaître et exprimer des émotions fortes. La compréhension de ces émotions sera faite dans une discussion suivant l'activité artistique en tant que telle. Ces interventions reposent sur la conviction que le processus créatif promeut la conscience de soi et augmente l'insight (prise de conscience)

dans le contexte d'une relation thérapeutique réparatrice. Ceci améliorerait ainsi le bien-être psychologique de la personne tout en permettant au thérapeute de travailler à la fois avec du matériel verbal et non verbal.

## Approche multidisciplinaire intégrée

Quand il s'agit de prodiguer des soins à une personne souffrant de TPL à un niveau sévère ou avec des comorbidités, l'important est qu'elle soit prise en charge dans le cadre d'une approche multidisciplinaire structurée et cohérente, partagée avec le patient, et suivie par un thérapeute supervisé. Il ne faut pas utiliser des interventions psychologiques brèves (moins de 3 mois) en dehors d'un de ces programmes au risque de défaire le travail développé par ailleurs par l'équipe qui suit la personne. Les personnes qui souffrent de TPL ont souvent des difficultés à contrôler leurs émotions, leurs impulsions, à maintenir des relations avec les autres, et à gérer le sentiment d'abandon, ce qui peut rendre difficile un engagement dans un processus thérapeutique, d'où l'importance de privilégier une approche spécialisée, adaptée au TPL.

### Références:

NICE. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 8.

## RESSOURCES POUR TROUVER UNE THÉRAPIE ADAPTÉE

Plus d'infos sur les thérapies sur [www.aqpamm.ca](http://www.aqpamm.ca)

- **Votre CLSC :** après une évaluation globale des besoins de la personne, ils pourront s'il y a lieu, vous orienter, en 2<sup>ème</sup> ligne, vers une thérapie adaptée et disponible sur votre territoire.
- **Ordre des psychologues du Québec :**
  - site internet : [www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/trouver-un-professionnel2/service-de-referance.sn](http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/trouver-un-professionnel2/service-de-referance.sn)
  - ligne de référence (du lundi au vendredi): 514 738-1223 / 1 800 561-1223
- **Psycho-propulsion (approche alternative) :** [www.psychopropulsion.com](http://www.psychopropulsion.com)
- **Familles nouvelles (coût selon revenu) :** 514-525-0063

# TROUVER DU SOUTIEN POUR MIEUX AIDER

Par : Judith Marie



**Vivre avec une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite peut être éprouvant et avoir des conséquences sur toutes les sphères de la vie (familiale, sociale, professionnelle) ainsi que sur la santé physique et mentale. Les proches ont besoin de soutien pour pouvoir mieux aider, sans s'oublier.**

« Prendre soin d'un proche souffrant d'un trouble mental peut être éprouvant pour les membres de la famille. Ils vont possiblement ressentir un sentiment de charge (ou fardeau) », explique Soline Blondin, intervenante à l'AQPAMM. « Ce sentiment de charge comprend une partie dite de fardeau objectif (l'impact sur le temps, l'organisation, les finances, sur les relations dans la famille, le stigma social et la difficulté à trouver des structures appropriées) et une autre partie dite de charge subjective (impact émotionnel pour l'aidant qui prend soin de son proche malade et vécu de son rôle d'aidant). Plus le fardeau est perçu comme lourd plus la détresse psychologique est importante », souligne-t-elle.

## Épuisement et enjeux relationnels

Les proches d'une personne souffrant d'un TPL accompagnés par l'AQPAMM expriment souvent le fait d'être épuisés et de ne plus avoir d'énergie. « L'aspect relationnel est particulièrement difficile à gérer pour les familles », explique Diane Tardif, également intervenante à l'AQPAMM. Une grande difficulté pour les familles d'une personne atteinte d'un TPL réside en effet dans la communication avec leur proche. « Pour éviter les accès de colère ou l'agressivité, ils n'osent pas parler des vraies affaires. Leur proche étant instable dans sa vie et dans ses émotions, ils ne savent jamais quels mots employer ou quels comportements adopter car ils ne savent pas dans quel état d'esprit sera leur proche ce jour-là, et comment

il va recevoir les choses. Cette incertitude est épuisante » complète-t-elle. « Les parents se sentent souvent coupables. Ils se demandent ce qu'ils ont mal fait alors que les causes d'un TPL sont très complexes. Ils ont peur que leur proche se retrouve à la rue. Ils font donc tout pour l'aider et éviter cela. Ils craignent que leur proche coupe les liens s'ils posent leurs limites ».

## Demander de l'aide : une nécessité pour les proches

Les aidants soulignent à quel point ce rôle a changé leur vie. C'est un rôle à temps plein, et leur proche ne quitte jamais bien longtemps leurs pensées. En conclusion, même s'ils vivent des situations et des relations différentes de celles vécues par la personne atteinte d'un TPL, ils passent souvent par des épreuves similaires. Ils se disent en mal d'information et de reconnaissance de la part du système de santé. Soline Blondin insiste sur le fait de ne pas se décourager : « Il faut s'informer, aller chercher de l'aide auprès de différents organismes, qui seront centrés, non pas sur leur proche mais sur leurs besoins en tant qu'aidant. Encore une fois, il est important de prendre soin de soi ! »

Aussi, malgré les difficultés il est important de se rappeler que trouver du soutien permet aussi de mieux aider son proche. Comme en témoigne une personne souffrant de TPL : « il n'y a rien de plus profondément pénétrant que d'avoir quelqu'un qui croit en sa valeur et sa capacité à aller mieux. Je ne pourrai jamais souligner suffisamment l'importance de l'implication de la famille. Cela est critique. Je ne serai nulle part, peut-être même pas là aujourd'hui, sans le soutien inconditionnel et l'amour de ma famille » (Gunderson, J. & Hoffman, P., 2005, p.114).

## « PAROLE D'EXPERT »

Les proches peuvent devenir moins sensibles à force d'être confrontés aux mêmes situations, encore et encore ... Des blessures s'accumulent de part et d'autre. Le proche pense parfois que la personne atteinte exagère. Les personnes atteintes d'un trouble de personnalité sont dans une quête affective : elles cherchent à être rassurées par les gens de leur entourage. Le proche peut se sentir impuissant et devant l'impuissance il aura tendance à passer à l'action, à être dans la solution, mais cela peut provoquer de l'irritation chez la personne qui ne se sent pas comprise. **Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, centre spécialisé dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité.**





# À CHACUN SA PATATE

## POUR AIDER VOTRE PROCHE NE PRENEZ PAS SES PROBLÈMES (SA PATATE) SUR VOS ÉPAULES

Par : Diane Tardif  
Intervenante à l'AQPAMM

**Intervenante-** Bonjour Madame, comment puis-je vous aider?

**Mme-** J'ai les mains qui brûlent, je ne dors plus et ne sais plus quoi faire?

**Intervenante-** Que s'est-il passé?

**Mme-** Mon fils souffre, il m'a dit : « Si tu m'aimes, prends ma patate chaude qui me brûle ». Je me retrouve avec sa patate et la mienne qui me brûle affreusement, je me sens prisonnière de 2 patates chaudes ! Aidez-moi s'il vous plait, pouvez-vous prendre mes 2 patates?

**Intervenante-** Mais alors moi je serai aux prises avec 3 patates. Je suis désolée, ma limite est d'une seule patate, je garde la mienne. Par contre, je peux vous aider à redonner la patate à votre fils et refroidir la vôtre.

**Mme-** Comment pouvons-nous l'aider si on lui redonne sa patate? Nous aimerions qu'il cesse sa consommation d'alcool et de drogues, qu'il arrête de dépenser au casino l'argent que nous lui donnons, qu'il suive une thérapie, qu'il vive le jour et non la nuit. Également qu'il soit capable de garder un emploi. Mon conjoint est retourné sur le marché du travail car notre fils nous demande beaucoup d'argent. Nous faisons tout pour lui : payer appartement, auto, contraventions, ses cartes de crédit, son téléphone. Nous lui donnons de l'argent pour faire son épicerie et je lui prépare des petits plats que mon mari va lui porter.

**Intervenante-** Si je comprends bien, vous payez sa drogue, son alcool et vous lui donnez de l'argent pour le casino...

**Mme-** Non ! Non ! Tout sauf ça.

**Intervenante-** En êtes-vous sûre ??? Si vous décidez de ne plus lui donner d'argent, que se passera-t-il selon vous? Si vous cessez de payer son auto, ses contraventions, ses cartes de crédit et son téléphone? Votre fils vous demande de l'aide depuis longtemps, personne n'a avancé d'un pas, car vous ne cessez de le pousser alors que votre fils a les 2 pieds sur le frein. Une personne qui sur-fonctionne ne fait qu'amener l'autre à sous-fonctionner. Je peux vous outiller, vous orienter vers une nouvelle façon d'agir. Un proche aidant doit commencer par prendre soin de soi. Je vais vous enseigner comment mettre vos limites pour vous aider et éventuellement aider votre proche. Vous devez déterminer ce qui est dérangement pour vous, ce que vous désirez changer. Vous souhaitez que votre proche aille consulter, qu'il modifie plusieurs aspects de sa vie, mais cela va lui prendre du temps. N'oubliez pas qu'il vous a fallu plusieurs années à vous-même, avant d'atterrir à l'association pour solliciter notre aide. Avant vous n'étiez pas prêts, vous comptiez sur votre fille et son conjoint. Il vous a fallu être à court de ressources pour arriver à l'AQPAMM. Votre fils s'appuie sur vous. Si vous modifiez l'aide que vous lui apportez, il se tournera vers un soutien extérieur. La souffrance et l'impuissance nous poussent à consulter. Vous êtes ses parents, vous ne pouvez pas être son médecin, son psychologue, son intervenante : vous ne pouvez pas prendre sa patate ! C'est la meilleure façon d'aider sans nuire, et sans y laisser sa peau !

## « PAROLE D'EXPERT »

Dialoguer autour des limites est important. C'est aussi important de ne pas le faire dans un moment de crise, de le planifier dans un temps calme, même si on n'a pas envie de « gâcher » un « bon » moment. C'est possible quand c'est fait de manière claire, annoncée et respectueuse. Mais quand on pose ses limites, cela peut faire réagir. L'important n'est pas le niveau de la limite posée mais la persévérance dans le maintien de celle-ci par chacune des parties. Cela aide la personne que vous aimez car prendre conscience et intégrer des limites lui évitera de « brûler » des relations avec des personnes qui n'auront pas la même patience que vous ! **Nathalie Belda, psychologue et formatrice à l'institut Victoria, centre spécialisé dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité.**



## « DANS L'ACTION, NOUS VOYONS LE RÉSULTAT ! »

Après des années de questionnements face aux difficultés de leur fille – dépression, tentative de suicide, consommation et conflits récurrents – Marina et Paul<sup>1</sup> ont franchi la porte de l'AQPAMM. Témoignage.

Marina a senti qu'une distance s'installait. « Elle a cherché à travailler sur son problème mais nous, je m'en rends compte maintenant, nous n'avancions pas ! » À chaque fois, les relations restaient difficiles, « prêtes à exploser ». Avec l'envie de la soutenir, mais sans savoir comment faire, ni par où commencer, Marina et Paul sont allés au CLSC qui les a orientés vers l'AQPAMM. Ils ont bénéficié d'un suivi de couple avec une intervenante et participé à un groupe de soutien.

que parents pour donner des conseils utiles. Je n'ai plus peur de dire non ou de parler des vraies affaires. Nous avons acquis une certaine assurance quand on lui parle. Je détecte les manipulations ». « Et nous suivons une discipline » complète Paul. « Quand on décide quelque chose, on lui dit et on lâche pas ! On lui a dit " on va t'aider, on a un certain budget, on va te donner tant puis après ce sera fini." Elle a compris le message ».

### Mieux équipés pour de nouveaux obstacles

« Action : c'est un mot que j'ai toujours en tête aujourd'hui » insiste Marina. « Avec l'AQPAMM, on a eu des devoirs à la maison, des choses à lire, d'autres à écrire. On pratique ! J'apprends à l'écouter par exemple. Et on voit les fruits. En étant vrai, en suivant ce que mon nouveau cœur me dit, je ne fais pas de gaffe. Ça sort en positif, elle le ressent et revient vers nous avec du positif. La peur et le stress sont encore là mais ils ont disparu à 80%. » « On se sent plus équipés pour faire face à de nouveaux obstacles s'ils se présentent, dit Paul, et on sait le chemin que nous avons décidé ». Un chemin résumé en quelques mots par sa compagne : « Comprendre pour accepter et travailler ce qu'il faut travailler ».

*Propos recueillis par Judith Marie.*

.....  
Les prénoms ont été changés pour respecter l'anonymat de leur fille.

### Changement de regard

Ils ont fait tout un cheminement en quelques mois. « Notre fille est une femme. Nous avons toujours trouvé des solutions pour elle, ça n'aidait pas » explique Paul. « Nous avons négligé cet aspect : lui permettre de se développer en tant qu'adulte. » « C'est le moment qu'elle prenne ses décisions seule et qu'elle assume leurs conséquences », ajoute Marina. « Nous allons toujours l'aider bien sûr, comme on peut, mais elle a tous les atouts en mains, et beaucoup de qualités, pour se débrouiller dans la vie. Je la valorisais moins avant » souligne-t-elle.

### Des connaissances, une « discipline »

L'accompagnement de l'AQPAMM leur a permis de mieux comprendre leur fille. « Paul a lu les livres qu'on nous a conseillés. On a retrouvé tellement de choses de son fonctionnement ! On n'avait pas les balises, on ne la connaissait pas ! Comment pouvait-on l'aider? » s'exclame Marina. Très vite, tous deux ont pu constater les changements. « La relation est totalement différente maintenant. Nous avons regagné confiance en tant

Plus d'informations pour les proches d'une personne atteinte de TPL sur [www.aqpamm.ca](http://www.aqpamm.ca)

**SUPPLÉMENT**

**RECOMMANDATIONS À L'USAGE DES FAMILLES**  
*Programmes d'intervention familiale et de groupe*

***HÔPITAL Mc LEAN***

**Par**

**Jonh G. Gunderson, M.D.**  
**&**  
**Cynthia Berkowitz, M.D.**

---

**Une publication de**  
**l'Association pour les Troubles de la Personnalité de Nouvelle-Angleterre**

**NEPDA**  
**Mc Lean Hospital**  
**115 Mill Street**  
**Belmont, Mass. 02478**  
**USA**

**(617) 855-2680**

**Traduction :**

Dominique Bideau-de Rozario, Bordeaux, France, Janvier 2008

**Remerciements :**

Ces recommandations sont adaptées de l'ouvrage «*Family Psychoeducation and Multi-Family Groups in the treatment of schizophrenia*», Mc Farlane W. and Dunne B. eds, in *Directions in Psychiatry* 11 : 20, 1991

**LES OBJECTIFS : AVANCEZ PAS À PAS .....Page 2**

1. Changer : un processus difficile
2. Revoyez vos attentes à la baisse

**L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL.....Page 3**

3. Assurez un environnement tranquille et calme
4. Maintenez votre planning habituel
5. Trouvez du temps pour parler

**LA GESTION DES CRISES.....Page 4*****Soyez attentifs mais ne vous énervez pas***

6. Ne soyez pas sur la défensive
7. Les comportements autodestructeurs demandent de l'attention
8. L'écoute

**ABORDER LES PROBLÈMES.....Page 6*****Soyez coopératifs et persévérants***

9. Les trois «clés» pour résoudre les problèmes familiaux
10. Concertez-vous avant d'agir
11. Les contacts avec le thérapeute ou le psychiatre

**FIXER LES LIMITES.....Page 7*****Soyez directs mais prudents***

12. Fixez des limites : vos propres limites et votre seuil de tolérance
13. Ne surprotégez pas votre entourage
14. N'acceptez pas les insultes et autres abus
15. Menaces et ultimatums

## Les objectifs : avancez pas à pas

**1. Rappelez-vous que changer est difficile : c'est un chemin pavé de craintes. Faites attention avant de dire : « Les choses ont vraiment beaucoup avancé », ou de multiplier les formules d'encouragement comme : « Tu peux y arriver ». Progresser évoque la peur sous-jacente de l'abandon.**

Les familles des patients qui souffrent du trouble de la personnalité borderline nous disent invariablement la même chose et les exemples ne manquent pas. Dès que leur enfant commence à avoir un meilleur fonctionnement ou qu'il est sur le point d'assumer plus de responsabilités, il rechute. Cette dualité i.e. une amélioration accompagnée d'une rechute est à la fois déroutante et source de frustration. Mais il existe une logique à ce problème. Lorsque les patients avancent – par le biais du travail, en quittant l'hôpital de jour, en aidant à la maison, en réduisant leurs comportements autodestructeurs ou bien encore en prenant leur indépendance – ils deviennent plus autonomes.

Le risque est le suivant : les proches, qui jusque-là se montraient attentifs, aidants et protecteurs à leur égard sont enclins à prendre de la distance, pensant avoir fait leur devoir. Aussi bien l'aide matérielle que le soutien affectif peuvent décliner rapidement et la personne se retrouve alors seule, obligée de se débrouiller par elle-même. Ainsi, elle va craindre à nouveau d'être abandonnée. En réponse à cette peur, il y a rechute. Il ne s'agit pas d'un processus conscient, mais la peur de l'abandon et l'angoisse les poussent à réutiliser leurs anciens mécanismes de défense. Absentéisme au travail, autodestruction, tentative de suicide, crise de boulimie ou alcoolisme sont autant de signes qui témoignent d'une grande détresse chez le patient. Cela veut dire qu'il a besoin d'aide. De telles rechutes contraignent parfois la famille à recourir à des mesures de protection, comme l'hospitalisation. Une fois hospitalisée, la personne revient à un stade de régression maximal, où elle n'a plus aucune responsabilité

puisqu'elle est prise en charge à l'hôpital.

Lorsqu'une amélioration se profile, les membres de la famille peuvent contribuer à réduire le risque de rechute : il ne faudrait pas s'emballer trop vite et il serait prudent d'avertir le patient en lui conseillant d'avancer en douceur. Voici comment nous procédons, en tant que spécialistes du trouble de la personnalité borderline : quand un patient sort de l'hôpital, l'équipe médicale, ne lui dit non pas qu'elle a confiance en ses perspectives d'avenir, mais plutôt qu'il devra affronter beaucoup de difficultés en dehors. Il est certes important de reconnaître les progrès et d'encourager les patients, mais il est également nécessaire de leur faire comprendre qu'évoluer est un processus difficile. En clair, cela signifie que le patient n'en a pas encore fini avec ses problèmes émotionnels, et que la lutte sera dure. Vous pouvez faire passer ce message en évitant les formules comme « Tu as fait d'énormes progrès » ou bien « Je suis vraiment très impressionné par ton changement ». Ces phrases impliquent que vous pensez : ça y est, il se sent bien et a dépassé ses problèmes d'avant. Même les mots de réconfort comme « Tu vois, ce n'était pas si difficile » ou « Je savais bien que tu allais y arriver » sous-entendent que vous minimisez ses difficultés. Une phrase comme « Tes progrès montrent que tu as vraiment fait des efforts. Tu as travaillé dur. Je suis content que y sois parvenu(e) mais je m'inquiète de savoir si ce n'était pas trop stressant pour toi » peut apporter plus de compréhension et s'avérer moins risquée.

2. Revoyez vos attentes à la baisse. Fixez des objectifs réalistes que le patient sera en mesure d'atteindre. Soyez à même de résoudre les gros problèmes par petites étapes successives. Travaillez à une chose à la fois. Les objectifs importants, sur le long terme, mènent au découragement et à l'échec.

Bien que les personnes borderline possèdent des atouts, tels que l'intelligence, l'ambition, une apparence agréable et des dons artistiques, elles restent toutefois handicapées par une très forte vulnérabilité émotionnelle dès lors qu'elles doivent mettre en pratique leurs points forts. Très souvent, les patients borderline



et leurs familles ont des aspirations basées sur ces points forts. Le patient va tout faire pour retourner à l'université, obtenir ses diplômes ou suivre un stage qui l'amènera à gagner son indépendance financière. La famille va également le souhaiter. Les proches désirent qu'il ou elle ait son logement et se prenne en charge de manière plus autonome. Motivés par des ambitions élevées, le patient borderline va d'un seul coup faire un grand pas en avant.

Par exemple, il ou elle peut insister pour retourner à l'université à temps plein malgré des hospitalisations récentes. Évidemment ce genre de projets trop ambitieux ne prend pas en considération les difficultés très importantes que le patient borderline rencontre au niveau émotionnel. Idem pour son mode de pensée binaire et son incapacité à rester seul. Pour illustrer notre exemple, la première difficulté serait la suivante : si le patient obtient un B au premier examen et qu'il juge cette note injuste, il peut manifester une colère inappropriée. S'il considère que cette note est un échec complet pour lui, il peut s'engager dans des comportements autodestructeurs ou éprouver de fortes angoisses à l'idée que ses parents se désintéressent de lui s'il ne réussit pas.

Cette question de la réussite dans le domaine professionnel est primordiale car elle émane d'un désir d'indépendance lui-même vecteur de la peur de l'abandon. Le résultat d'un bond en avant trop important entraîne souvent un violent retour en arrière dans l'autre sens, comme cela se produit dans les mouvements d'un pendule. La personne rechute et régresse, ce qui nécessite parfois une hospitalisation.

La famille tient ici un rôle fondamental : elle doit ralentir le rythme du patient qui cherche à atteindre ses objectifs. En ralentissant la cadence, la famille prévient les revirements brusques du pendule et anticipe les échecs qui sont de véritables coups pour le patient en termes d'image et de confiance.

En réajustant les attentes et en fixant des objectifs modestes, les patients comme leurs familles ont plus de chance de réussir et d'éviter les rechutes. Les buts à atteindre doivent être réalistes. À titre d'exemple, un patient qui a laissé tomber l'université à mi-chemin à cause d'une dépression, de la pression des études et d'idées suicidaires, ne pourrait vraisemblablement pas y retourner à temps complet quelques mois plus tard, tout en espérant réussir. Envisager d'assister à quelques cours tout en poursuivant la stabilisation serait plus réaliste pour le patient. Les objectifs doivent être réalisés par paliers.

Un patient borderline ayant toujours vécu chez ses parents n'est sans doute pas en mesure de quitter le domicile familial du jour au lendemain. Mieux vaut recourir à des solutions permettant d'assurer une transition : d'abord, il pourrait aller vivre dans un centre de réhabilitation, puis dans un appartement thérapeutique. C'est lorsqu'il aura retrouvé un certain équilibre grâce à des petites étapes, qu'il pourra ensuite avancer et décider de vivre seul.

Il faut non seulement subdiviser les objectifs en petites étapes successives, mais également s'atteler à une seule chose à la fois. Par exemple, si le patient veut terminer son cursus scolaire et

avoir un logement à lui, il est plus raisonnable de viser l'un de ces deux objectifs seulement.

## L'environnement familial

**3. Assurez un environnement calme et tranquille. Il est normal d'approuver ou de désapprouver. Dans les deux cas, faites-le en douceur.**

Ces recommandations constituent un aide-mémoire et résument la pensée essentielle de notre programme à Mc Lean : le patient borderline éprouve de très grandes difficultés à gérer le stress dans ses relations interpersonnelles (rejet, critiques, différends etc...) donc il lui faut un environnement familial calme et tranquille pour se sentir bien. Il est absolument indispensable de garder à l'esprit que le patient borderline se bat contre ses émotions tous les jours et que cette lutte est vraiment acharnée. Comme il est difficile de transposer des expériences et un vécu interne, voici un aperçu des trois handicaps principaux auxquels les patients borderline se heurtent : perturbation des affects, incapacité à rester seul, pensée binaire ou dichotomique.

### Perturbation des affects :

Au cours d'une seule et même journée les sentiments des personnes borderline sont extrêmement fluctuants et particulièrement intenses. Ces émotions – ou affects – sont souvent d'une très grande violence. Nous vivons tous des sentiments intenses par moments. Il nous arrive aussi d'avoir le cœur battant et la peur au ventre : par exemple au travail, quand on réalise subitement que l'on vient de faire une erreur susceptible d'avoir des conséquences pour notre entreprise. Chez la personne borderline, ces émotions intenses sont une constante. La majorité des gens parviennent à se calmer en se disant qu'ils trouveront bien la solution pour réparer leur erreur et que de toute façon l'erreur est humaine, mais le patient borderline, lui, est incapable de se maîtriser. Il se passe la même chose pour les conflits familiaux. Nous avons tous été furieux contre une personne qui nous est chère un jour dans notre vie. En règle générale, quand cela se produit, on décide de s'expliquer franchement ou de laisser retomber la colère. Mais chez la personne borderline, la fureur prend une telle ampleur qu'elle est complètement dépassée et incapable de se calmer. Il en résulte une hostilité inappropriée au contexte ou des comportements excessifs qui se traduisent par des actes autodestructeurs (prise d'alcool, coupures, blessures).

### Incapacité à rester seul :

À la moindre perspective de séparation, le patient borderline se sent très souvent désespéré, par exemple, lorsqu'un proche ou le thérapeute part en vacances, au moment d'une rupture sentimentale, quand un ami s'en va etc... Dans ces situations-là, notre parent, thérapeute ou ami nous manquerait très certainement mais la personne borderline, elle, va véritablement paniquer. Elle n'est pas à même de se représenter physiquement celui ou celle qui n'est plus avec elle.

Elle n'est pas capable de se raisonner en se disant, « Cette personne se soucie vraiment de moi, elle reviendra plus tard pour

m'aider ». Sa mémoire ne fonctionne plus en ce sens. Elle se sent rassurée uniquement en présence de l'autre. Ainsi, l'absence de l'autre est vécue comme un abandon. Parfois, les sentiments et les pensées deviennent si douloureux que le patient en perd le contrôle : c'est un mécanisme de défense appelé dissociation. Il s'agit d'un sentiment étrange et inquiétant où le patient ne se sent plus dans la réalité et peut même avoir l'impression de se détacher de son corps.

#### **Mode de pensée dichotomique « tout blanc ou tout noir » :**

L'intensité extrême des émotions va de pair avec le mode de pensée extrême également. Le patient borderline a tendance à porter des jugements excessifs. L'autre est perçu en ces termes : soit tout blanc, soit tout noir (i.e. ou très bien ou très mauvais). Si l'accompagnant se montre bienveillant et aidant, le patient borderline le voit tel un sauveur ou comme quelqu'un doté de qualités exceptionnelles. Mais si l'autre le déçoit, n'est pas d'accord ou le désapprouve d'une façon ou d'une autre, alors le patient le voit comme quelqu'un de mauvais et de négligent à son égard. La grande difficulté réside dans cette incapacité à percevoir les autres de manière plus réaliste et à les accepter avec leurs qualités et leurs défauts, bref de faire la synthèse.

Passé en revue les différents handicaps des patients borderline nous rappelle qu'ils ont beaucoup de mal à gérer le stress. C'est pourquoi les familles peuvent les aider à trouver une certaine stabilité en créant autour d'eux un environnement serein et calme. Quand une crise survient, il est nécessaire de ralentir le rythme et de prendre tout son temps. Il faudrait aussi tempérer sa propre réaction émotionnelle. Cela implique de fixer des objectifs modestes au patient de façon à réduire la pression qu'il subit. Cela veut dire savoir communiquer avec le patient, en adoptant un ton et une attitude calmes. Pour autant, il ne s'agit pas de ranger les déceptions et les points de désaccord au vestiaire pour les éviter : on doit en effet aborder les conflits de manière claire et directe, en restant calme, sans être blessant. Les recommandations suivantes vous donneront la méthode à suivre pour communiquer tous ensemble dans ce sens.

#### **4. Maintenez votre planning habituel autant que possible. Restez en contact avec votre famille et vos amis. Dans la vie il n'y a pas que des soucis, alors ne manquez pas les occasions de vous distraire.**

Dans le cercle familial, quand l'un des membres souffre d'un trouble mental grave, il arrive souvent que tout le monde finisse par le retrouver isolé. Gérer de tels problèmes peut prendre énormément de temps et d'énergie. Les gens s'éloignent de leurs amis car ils se sentent stigmatisés et honteux par rapport à des difficultés qu'ils préfèrent cacher et garder pour eux. L'isolement conduit nécessairement à des sentiments de colère et à de la tension.

Nous avons tous besoin d'avoir des amis, de faire la fête et de prendre des vacances pour nous détendre et nous relaxer. Il ne faut pas manquer une occasion de se distraire; de cette manière tout le monde parvient à retrouver son calme et peut envisager l'avenir avec un regard nouveau et plus d'optimisme. L'ambiance

ne pourra que s'améliorer dans la famille. C'est pourquoi vous devez vous réserver des bons moments, pas seulement pour votre bien-être mais également pour celui de la famille dans son ensemble.

#### **5. Trouvez du temps pour parler. Discuter de choses simples ou de la pluie et du beau temps peut vous aider. Prévoyez des moments exprès pour cela et notez-les sur votre agenda si nécessaire.**

Bien souvent, quand il y a des conflits entre les différents membres de la famille, gérer des problèmes émotionnels graves devient un fardeau trop lourd à porter. On finit par en oublier de vivre pour ne plus penser qu'à la maladie. Le fait de pouvoir parler un peu de tout et de rien est très utile pour diverses raisons. Le patient borderline met toute son énergie et consacre beaucoup de temps à ses différentes sessions de thérapie ou à son traitement à l'hôpital de jour.

Par conséquent, il passe à côté de ses possibilités, n'exploite pas ses capacités et ne sait pas tirer parti de ses atouts. Il a une image négative de lui-même, image qui peut encore continuer à se fracturer en raison de l'attention exclusive dont il fait l'objet à cause de sa maladie. Quand la famille prend le temps de discuter de choses et d'autres avec la personne malade, elle l'encourage à développer les aspects positifs de sa personnalité et à chercher d'autres centres d'intérêt.

Bavarder un peu permet de relâcher la tension entre les différents membres de la famille, grâce à l'humour et à la distraction que ces petites conversations amènent tout naturellement. De cette manière, on peut avancer et suivre les conseils qui figurent section 3.

Dans certaines familles, la discussion est très difficile : pour ces familles, discuter normalement n'est pas naturel. Cela les met mal à l'aise. On pourrait évoquer des centaines de raisons pour expliquer cette incapacité à communiquer. Les familles ont besoin de trouver le temps de le faire. On peut prévoir un programme que l'on colle sur le réfrigérateur à l'aide d'un post-it.

Par exemple, on peut se mettre d'accord pour dîner tous ensemble quelques soirs par semaine, à condition de décider que l'on ne parlera ni des problèmes ni des conflits à ces moments-là. En fin de compte, ces conversations peuvent très bien devenir une habitude et dans ce cas-là, à l'avenir, plus besoin de planning.

## **La gestion des crises**

### **Soyez attentifs mais ne vous énervez pas**

#### **6. Ne soyez pas sur la défensive face aux reproches et aux critiques. Même si cela vous semble injustifié, ne dites rien et ne vous battez pas. Même si vous vous sentez blessés, admettez la part de vérité que renferment ces critiques.**

Lorsque des gens qui s'aiment se disputent violemment, ils peuvent se traiter de tous les noms dans un accès de rage : c'est particulièrement vrai pour les personnes borderline qui ont

tendance à éprouver beaucoup de colère. Tout naturellement, la première réponse à une critique que l'on trouve injuste est de se défendre. Mais comme chacun le sait, dans une situation pareille, se défendre ne marche pas. Une personne en pleine crise est incapable de trouver l'alternative calmement et rationnellement. Tenter de se défendre équivaut à jeter de l'huile sur le feu. Avant tout chose, être sur la défensive signifie qu'à vos yeux, la colère de l'autre n'est pas justifiée, attitude qui mène à une rage encore plus violente. À partir du moment où la personne qui exprime sa colère par des mots ne représente pas un danger pour elle-même et pour les autres, il est plus sage de simplement l'écouter sans s'énerver contre elle.

Que souhaite le plus cette personne ? Elle veut être écoutée. Bien sûr, écouter sans intervenir signifie être capable d'encaisser et de souffrir. Il est vraiment très douloureux d'avoir en face de soi une personne chère qui se sent traitée injustement. Parfois, les reproches font mal parce qu'ils sont vraiment sans fondement. Mais d'autres fois, ils peuvent être blessants parce qu'il y a du vrai dans ce que vous venez d'entendre. Si vous avez l'impression que c'est le cas, admettez-le clairement en répondant par exemple ceci : « Je pense que là tu as raison. Je vois bien que je t'ai fait du mal, excuse-moi ».

Souvenez-vous que la colère fait partie intégrante du trouble de la personnalité borderline. L'agressivité est certainement innée chez la personne borderline. Cette colère, qui est l'un des aspects de sa personnalité, peut s'inverser très rapidement, comme nous l'avons vu précédemment (cf. section « mode de pensée dichotomique tout blanc ou tout noir »). En gardant tout cela à l'esprit, vous serez plus à même de prendre du recul et vous verrez que cette colère n'est pas dirigée contre vous.

**7. Les comportements autodestructeurs demandent de l'attention. Tenez-en compte. Ne paniquez pas. Il est toujours préférable de savoir : ne les passez pas sous silence. Parlez-en franchement avec votre parent ou vos proches, en vous assurant que l'équipe médicale soit au courant.**

Les patients borderline et leurs familles voient arriver les ennuis de plusieurs façons. Les menaces ou les allusions autodestructrices peuvent se manifester par des attitudes de provocation très diverses. La personne peut parler ouvertement de l'envie de se suicider. Elle peut s'isoler progressivement ou s'infliger des blessures superficielles. Certains parents ont constaté que leur fille se rasait la tête ou se colorait les cheveux en fluo quand elle commençait à ne plus aller bien du tout. Plus fréquemment, il s'agit de troubles alimentaires type anorexie ou des comportements dangereux. Quelquefois, il y a un passage à l'acte évident comme une tentative de suicide devant les parents. Les crises peuvent être précipitées par une séparation ou un départ en vacances. Lorsque les familles repèrent les signes de problèmes à venir, elles hésitent souvent à y faire face. La personne borderline insiste parfois pour qu'on ne se mêle pas de ses affaires. Elle peut même défendre son droit à l'intimité. Dans d'autres cas, les membres de la famille redoutent d'aborder directement un problème parce que la discussion n'est pas aisée. Elles craignent de créer un problème supplémentaire dans la tête du patient,

alors qu'à priori, il n'y en a pas. En fait, les familles anticipent les ennuis parce qu'elles connaissent bien leurs enfants, et qu'elles ont peur pour leur sécurité. Les signes avant-coureurs leur sont familiers, ils en ont déjà fait l'expérience. On ne crée pas les ennuis en posant les questions. C'est en faisant face aux attitudes de provocation ou ce qui les déclenche, que les familles peuvent aider à prévenir d'autres crises. Les personnes borderline ont souvent du mal à exprimer leurs sentiments, elles ont plutôt tendance à se laisser envahir par eux pour s'autodétruire. Pour cette raison, mieux vaut aborder un problème franchement en demandant à son enfant ce qui ne va pas ou en s'adressant au thérapeute, de façon à soigner son vécu par les mots et la parole et non par les actes.

L'intimité est évidemment une préoccupation essentielle lorsqu'on traite une personne adulte. Cependant, dans ce genre de situations, la priorité reste la sécurité de la personne si elle représente un danger pour elle-même. Pour celle ou celui que vous aimez, prendre la décision d'appeler les secours ou le thérapeute est toujours délicat, mais il faut peser le pour et le contre. Quand la sécurité de la personne est en jeu, la sécurité doit l'emporter sur les questions d'intimité. La majorité des gens sont d'accord là-dessus. À vouloir trop respecter la vie privée de la personne, on court le risque de ne pas réagir assez vite en cas de problème. Inversement, on peut aussi dramatiser, ce qui renforce l'attitude du patient. Ainsi, lors de son transfert à l'hôpital psychiatrique, une jeune fille, excitée à cette idée avait dit à sa mère « Super, c'est la première fois que je prends une ambulance ! ». Les familles doivent apprécier la situation au cas par cas. Les thérapeutes peuvent apporter leur aide en anticipant les crises et en imaginant des plans d'actions personnalisés.

**8. Restez à l'écoute. Les personnes malades ont besoin d'exprimer leur ressenti. Ne dites pas « mais non, ce n'est pas ça ». N'essayez pas d'étouffer ses sentiments. Employer des mots comme peur, solitude, inadaptation, colère ou besoin est bénéfique. Mieux vaut parler qu'agir sous le coup de l'émotion.**

Lorsqu'on exprime ouvertement ses sentiments, cela peut être douloureux à entendre. Une fille peut dire à ses parents qu'elle se sent abandonnée et qu'ils ne l'aiment pas. Dans l'exaspération, un père ou une mère peut dire à son enfant qu'il ou elle est au bout du rouleau. L'écoute est le meilleur moyen d'aider une personne très émotive à se calmer. Les gens apprécient l'écoute, ils souhaitent que l'on comprenne leurs sentiments. Cela ne signifie pas que vous approuvez. Examinons ensemble les méthodes pour mieux écouter.

La première méthode est de rester silencieux tout en montrant de l'empathie, de la compréhension et de l'intérêt. Vous pouvez poser des questions pour faire mieux passer la communication. Par exemple, on peut demander : « Depuis combien de temps tu te sens comme ça ? » ou « Que s'est-il passé pour que tu ressentes ça ? ». Notez bien que témoigner à une personne qu'on s'intéresse à elle ne veut pas dire pour autant approuver ce qu'elle dit. Une autre méthode d'écoute consiste à employer des formules qui expriment votre compréhension. Avec cette formule-là, vous prouvez à la personne que vous l'avez vraiment

entendue. Par exemple, si votre fille vous dit qu'elle a l'impression que vous ne l'aimez pas, vous pouvez répondre : « Comment, tu as l'impression que je ne t'aime pas ?!! », même si vous restez sans voix face à l'absurdité de cette affirmation. Quand un enfant reproche à ses parents d'avoir été injustes avec lui, les parents peuvent lui répondre : « Tu as l'impression d'être incompris, n'est-ce pas ? ». Remarquez toujours que les formules d'empathie ne signifient pas que vous approuvez.

Ne vous précipitez pas pour argumenter avec votre enfant sur ce qu'il ressent ou pour le convaincre qu'il se trompe. Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, essayer d'argumenter coûte que coûte avec une personne qui veut être écoutée, peut s'avérer stérile et contrariant pour elle. Rappelez-vous ceci : même s'il est difficile de comprendre des sentiments dénoués de tout fondement, les exprimer par la parole est gratifiant. Et peu importe que la réalité soit déformée, peu importe le degré de distorsion. Il est toujours bon de traduire ses sentiments par la parole, c'est particulièrement vrai et réconfortant pour le patient borderline, qui sera alors moins sujet à exprimer ses sentiments par l'autodestruction.

L'impression de se sentir très seul, différent ou inadapté doit être entendu. Si vous y prêtez attention, en montrant bien que vous avez entendu, vous aidez la personne à se sentir un peu moins seule et isolée. Cette impression de solitude, de différence ou d'inadaptation est le quotidien des patients borderline. Les parents ne savent pas forcément tout cela, souvent ils ne l'acceptent pas. Dès lors qu'on partage les sentiments, ils deviennent moins douloureux.

Les proches ont souvent envie de couper court à ces sentiments-là, ils essaient d'en débattre ou bien ils sont dans le déni. Ces disputes sont à la fois décevantes et frustrantes pour le patient qui veut exprimer ses sentiments. Quand il y a déni, la personne peut vouloir passer à l'acte afin d'être entendue. C'est un S.O.S. qu'elle envoie.

## Aborder les problèmes

### Soyez coopératifs et persévérez

**9. Lorsque vous avez à résoudre les problèmes de votre enfant, vous devez TOUJOURS :**

- a) **Impliquer les autres membres de la famille pour savoir ce qu'il faut faire**
- b) **Vous demander ce que la personne peut faire pour solutionner ce problème**
- c) **Vous demander si vos proches souhaitent vous aider à faire ce qui est nécessaire**

Au sein de la famille, c'est en discutant ouvertement que l'on parvient le mieux à solutionner les problèmes. Chacun doit participer à la discussion. Les personnes ont plus de chances de s'impliquer si on demande leur participation et si on respecte leurs points de vue concernant la solution à trouver.

Il est important de consulter tous les membres de la famille pour savoir si elle ou il se sent capable de prendre les dispo-

sitions nécessaires à la mise en œuvre de la solution qui a été adoptée. En lui demandant, vous reconnaissez la difficulté de la tâche qui lui incombe. Cela va de pair avec la reconnaissance des difficultés inhérentes au changement.

À cette occasion il se peut que vous éprouviez le désir insistant d'intervenir pour aider un autre membre de votre famille. Votre aide peut soit être la bienvenue, soit être considérée comme une intrusion. Si vous sollicitez la personne avant d'intervenir, votre proposition d'aide aura plus de chances d'être accueillie favorablement.

### **10. Les membres de la famille doivent se concerter. Des attitudes parentales contradictoires alimentent de graves conflits familiaux. Imaginez des stratégies qui rassemblent tout le monde.**

Les différents membres peuvent avoir des avis radicalement opposés sur la gestion de tel ou tel problème de comportement chez leur proche atteint du trouble borderline. Lorsque chacun agit selon ses propres vues, les efforts de tous sont alors réduits à néant. Classiquement, le résultat est une tension accrue au sein de la famille, à laquelle s'ajoute une stagnation des progrès. Voici un exemple concret pour illustrer notre propos : Une jeune fille appelle régulièrement ses parents pour qu'ils viennent la renflouer car elle a largement dépassé son autorisation de découvert. Elle veut de nouveaux vêtements. Elle n'a pas été capable d'économiser assez d'argent pour payer son loyer. Bien qu'elle soit en constante demande d'argent, elle n'est pas en mesure de prendre ses responsabilités sur le plan financier. En effet, elle ne garde aucun emploi stable et ne sait pas tenir un budget.

Son père reste ferme sur ce point et refuse de lui accorder l'aide financière qu'elle demande. À chaque nouvelle demande, il insiste pour qu'elle prenne ses responsabilités et pour qu'elle résolve le problème par elle-même. Pendant ce temps, la mère se laisse attendrir facilement à chaque demande, et lui donne l'argent qu'elle désire. Elle a le sentiment qu'en subvenant partiellement aux besoins de sa fille, elle va l'aider à atténuer ses problèmes émotionnels. Le père, lui, en veut à la mère de réduire à néant ses efforts pour fixer des limites. La mère, quant à elle, trouve son mari beaucoup trop dur et l'accuse d'aggraver l'état de leur fille. La jeune fille s'obstine dans ses comportements, et pour cause, les parents n'arrivent pas à s'en tenir à un plan cohérent pour régler cette question d'argent.

Avec un peu de communication, ils peuvent convenir ensemble d'un compromis qui permettra d'assurer une aide financière adaptée et satisfaisante pour la mère comme pour le père. Mais attention : la fille sera à même d'adhérer à ce plan seulement à partir du moment où les deux parents y adhèrent.

Les frères et les sœurs peuvent aussi se retrouver au milieu des conflits intrafamiliaux et contrecarrer les efforts des uns et des autres à résoudre les problèmes. Dans ce genre de situations, les différents membres de la famille ont besoin de communiquer plus ouvertement, de confronter leurs points de vue et d'écouter ce que chacun a à dire sur le problème pour ensuite décider d'un



plan qui rassemble tout le monde.

**11. Si vous posez des questions sur les traitements ou les interventions du thérapeute, assurez-vous bien que tous les membres de la famille et l'équipe soignante soient au courant. Si vous êtes soutien de famille, vous avez le droit de faire part de vos préoccupations au thérapeute ou au psychiatre.**

Les familles peuvent être amenées à se poser de nombreuses questions concernant le traitement psychotrope que prend celle ou celui qu'elles aiment. Elles peuvent se demander si le psychiatre est conscient des effets secondaires des médicaments. Le psychiatre réalise-t-il que le patient est trop assommé ou bien en surpoids ? Est-ce qu'il ne compromet pas la santé du patient en lui prescrivant trop de médicaments ? Les familles et les amis peuvent aussi se demander si le psychiatre ou le thérapeute a connaissance du refus de soins ou d'antécédents de toxicomanie et d'abus de substances.

Lorsque les membres de la famille sont préoccupés par ces questions-là, ils ont souvent l'impression qu'ils ne doivent pas s'en mêler ou le patient leur intime de ne pas le faire. Nous pensons que si les familles jouent un rôle majeur dans la vie du patient, sur le plan financier, au niveau affectif, sur la question de l'hébergement, elles devraient également s'impliquer dans le déroulement des traitements. Les familles peuvent participer et contacter elles-mêmes le psychiatre ou le thérapeute pour lui faire part de leurs inquiétudes. Les médecins sont astreints au secret professionnel et ne peuvent pas divulguer des informations sur les patients majeurs sans leur consentement. Cependant, ils savent écouter les observations et remarques de la famille proche ou celles des amis. Parfois, ils collaborent avec les membres de la famille et les amis, ceci avec l'accord du patient bien entendu.

## Fixer les limites

### Soyez directs mais prudent

**12. Fixez les limites en posant vos propres limites, i.e. votre seuil de tolérance. Faites savoir quelles sont vos attentes dans un langage clair et simple. Chacun a besoin de savoir ce qu'on attend de lui.**

Il faut faire valoir ses attentes de manière claire. On suppose trop souvent que les membres de la famille savent ce qu'on attend d'eux, on agit machinalement. Il est utile de renoncer à des suppositions comme celles-là.

Le meilleur moyen d'exprimer ses attentes, est d'éviter d'y joindre des menaces. Par exemple, vous pourriez dire ceci : « Je veux que tu prennes une douche au moins tous les deux jours ». Une affirmation exprimée en ces termes-là, permet de responsabiliser l'autre. Dans une situation comme celle-là, les membres de la famille ont tendance à joindre des menaces pour se faire respecter. Ils cèdent à cette tentation, en disant : « Si tu ne prends pas de douche au moins tous les deux jours, je te demanderai de quitter la maison ». Cela soulève un premier problème : la personne qui s'exprime ainsi assume la responsabilité. Elle est en train de dire : « Je vais prendre des mesures si tu ne remplis pas

tes obligations », par opposition à un message tel que : « Il faut que tu prennes tes responsabilités ! ». Le second problème tient au fait que la personne qui menace d'agir n'a pas l'intention réelle de mettre ses menaces à exécution même si elle y est contrainte. La menace est alors vide de sens et chargée d'hostilité. Bien-sûr, il arrive parfois que le point de non-retour soit atteint et que la famille soit obligée de lancer un ultimatum et agisse vraiment. Nous aborderons ce point un peu plus tard.

**13. Ne surprotégez pas votre entourage. Logiquement, les actes ont des conséquences. Apprenez-leur à se confronter à la réalité. Mettre les gens au pied du mur est souvent nécessaire.**

Les personnes touchées par le trouble borderline peuvent s'engager dans des comportements dangereux, risqués ou hasardeux. Les préjudices subis, autant sur le plan financier que sur le plan affectif, peuvent être énormes pour le malade et sa famille. En dépit de cela, les familles peuvent aller très loin pour satisfaire les désirs du malade, réparer ses bêtises et prévenir les situations embarrassantes. Les conséquences de cette surprotection sont loin d'être simples.

D'abord et avant toute chose, les troubles du comportement vont vraisemblablement persister puisqu'ils n'ont entraîné aucune conséquence fâcheuse, et que la personne en tire un certain bénéfice.

En second lieu, les proches vont certainement être furieux parce qu'ils n'apprécient pas d'avoir sacrifié leur honnêteté, leur argent et toute leur bonne volonté afin d'assurer la protection du malade. Dans ce cas de figure, la tension au sein de la famille peut s'accroître alors que les attitudes protectrices visaient justement à réduire les tensions. Pendant ce temps, le patient peut retirer un certain bénéfice de la colère familiale, car il devient ainsi l'unique centre d'intérêt, même si c'est en termes négatifs. Troisièmement, le malade peut commencer à déplacer ces comportements pathologiques en dehors du cercle familial ce qui va l'exposer beaucoup plus au danger. Dans la vraie vie, il y a plus de risques que de sa famille. De cette façon, la tentation de surprotéger le malade ne va pas l'aider à surmonter la réalité dans la vraie vie. Voici quelques exemples pour illustrer notre propos :

- Une jeune fille avale une boîte entière de médicaments devant sa mère. La mère lui fait tout recracher. Il est raisonnable de l'empêcher de se faire du mal. La mère pense qu'elle va appeler les secours. Elle craint pour sa fille qui est suicidaire et risque de mettre sa vie en danger. Pourtant, choisir cette option-là aurait des conséquences néfastes. La mère et la fille devraient faire face à la situation plus que gênante d'avoir une ambulance devant la maison. La fille ne veut absolument pas être hospitalisée. Elle serait complètement hors d'elle et incontrôlable si sa mère le faisait.

Dans cette situation, la mère à la fois désireuse de sauver la face par rapport aux voisins et soucieuse d'éviter la colère rageuse de sa fille, serait fortement tentée de ne pas appeler les secours. Elle pourrait essayer de rationaliser et se convaincre elle-même que sa fille ne courait pas vraiment de danger immédiat. La principale question est la suivante : en faisant ce choix, la mère aiderait

sa fille à rester dans le déni. Elle l'empêcherait de trouver l'aide dont elle a réellement besoin à un moment où elle a été et est encore suicidaire. Une évaluation médicale est nécessaire pour savoir si oui ou non la fille représente un danger pour elle-même. Si le geste désespéré de la fille n'a pas été suffisamment pris en considération, une escalade dans les comportements suicidaires est probable. L'intensification des gestes suicidaires peut aboutir à des tentatives et des risques de plus en plus graves. En outre, si les secours ne viennent pas parce que la famille craint ses accès de rage, on l'encourage à exercer un contrôle sur les autres par la menace d'une nouvelle crise.

Une jeune fille de 25 ans dérobe de l'argent à ses proches alors qu'elle habite chez eux. La famille entre dans une colère noire et menace parfois de la mettre dehors. Mais elle ne prend jamais aucune mesure. Lorsque leur fille demande à ce qu'on lui prête de l'argent, les parents le lui donnent malgré le fait qu'elle ne les rembourse jamais. Ils craignent qu'en ne lui prêtant pas cet argent, elle aille le voler en dehors du cercle familial et que cela entraîne des problèmes avec la justice et des humiliations pour les uns et les autres.

Dans ce cas de figure, les parents ont donné cet enseignement à leur fille : elle peut les voler, elle s'en sortira quand même. La fille a donc exercé un chantage sur eux. Ils lui donnent ce qu'elle veut parce qu'ils vivent dans la peur. Les comportements de leur fille continueront sans doute car on ne lui a jamais fixé aucune limite à respecter. La famille peut cesser de la surprotéger en insistant pour qu'elle déménage ou en cessant les prêts d'argent. Si jamais elle vole quelqu'un en dehors de la famille et doit répondre de ses actes devant la justice, cela peut l'amener à changer et à fonctionner nettement mieux à l'extérieur du cercle familial.

- Une jeune fille de 20 ans qui a déjà été hospitalisée à de nombreuses reprises et qui n'a jamais été en mesure de garder un travail stable décide de reprendre l'université à temps plein. Elle demande à ses parents de l'aider à financer les frais de scolarité. Les parents observent leur fille et comme elle passe ses journées au lit, ils doutent qu'elle soit capable de rester à la fac tout un semestre et qu'elle passe ses examens. Les frais de scolarité représentent un très gros sacrifice pour eux. Malgré cela, ils sont d'accord pour appuyer ses projets, parce qu'ils ne veulent pas voir qu'elle ne fonctionne pas normalement et parce que s'ils ne le font pas, elle fera encore une crise.

Ils lui ont donné carte de blanche et c'est un message dangereux. Un plan plus réaliste consisterait à lui faire suivre un cours à la fois pour voir si elle tient la route, ensuite elle pourra reprendre sa scolarité à plein temps seulement si elle prouve bien ses capacités à suivre ce cours malgré ses problèmes émotionnels. Dans ce projet-là, elle doit faire face aux conséquences logiques de ses actes, i.e. son récent échec. Ce plan fait appel à sa responsabilité. Si elle veut obtenir un privilège, elle doit prouver qu'elle est capable de tenir ses engagements.

Chacun de ces exemples montre les dangers à vouloir trop protéger un être cher qui fait des choix déraisonnables ou qui s'engage dans des comportements franchement dangereux. En fixant des limites sur ses choix ou ses comportements, la famille peut pousser son enfant à prendre davantage de responsabilités

et à déterminer ses propres limites. Fixer des limites est souvent la décision la plus difficile qui soit pour les familles comme pour le patient borderline. Cela veut dire assister à sa lutte contre la colère et la frustration. Il est important pour les parents de se rappeler que leur travail n'est pas d'épargner ces sentiments à leur enfant, mais de lui apprendre comment vivre avec ces sentiments-là, sentiments auxquels nous devons tous faire face.

**14. Vous ne devez en aucun cas tolérer les abus quels qu'ils soient (accès de colère, menaces, coups et autres débordements). Partez et revenez ensuite pour discuter ensuite de ce problème.**

Les crises de violence ne sont pas acceptables. Il existe plusieurs moyens de poser des limites efficacement : la manière douce est de quitter la pièce pour éviter d'accorder trop d'importance à la crise. La manière forte est d'appeler les secours. Beaucoup de familles redoutent d'en arriver là parce qu'elles n'ont pas envie de voir arriver une ambulance devant leur maison ou parce qu'elles ne veulent pas s'attirer les foudres de celui ou celle qui est en pleine crise. Face à un tel dilemme, on doit regarder les choses sous un autre angle. La sécurité peut être en jeu quand quelqu'un devient violent et a totalement perdu le contrôle de lui-même. La plupart des gens seraient d'accord pour dire que la sécurité des personnes passe avant les considérations d'ordre privé. De plus, en refusant les solutions médicales adaptées pour les crises de ce type, on finit par fermer les yeux. Or, cela ne fait que contribuer à l'escalade de la violence. Les crises sont des appels à l'aide. Si un appel à l'aide n'est pas entendu, il se fait entendre encore plus violemment.

**15. Soyez prudents avant d'en arriver aux menaces et ultimatums. Ils doivent être utilisés en dernier recours. Ne vous servez pas de menaces ou d'ultimatums dans le but de faire changer l'autre. Si vous posez un ultimatum, vous devez aller jusqu'au bout. Demandez l'avis d'autres personnes, notamment celui de l'équipe soignante.**

Lorsqu'un membre de la famille ne supporte plus le comportement d'un proche, elle ou il en arrive au point de lui adresser un ultimatum. Cela veut dire menacer la personne d'agir si elle refuse de coopérer. Par exemple, quand la fille rechigne à prendre une douche ou à sortir de son lit, un parent exaspéré la prierait de quitter la maison si elle ne se décide pas à changer. Le parent espère alors que la peur la poussera à agir. En même temps, le parent n'a peut-être pas l'intention d'agir vraiment. Si la fille s'obstine à ne pas vouloir changer, il va faire marche arrière en lui montrant que c'était une simple menace. Quand un ultimatum est envoyé à la personne de cette manière, il est contre-productif et source d'hostilité. Donc, pour être pris au sérieux, les ultimatums doivent être suivis par des actes. C'est souvent lorsque la famille ne supporte plus de vivre sous le même toit que son enfant que la séparation devient inéluctable.

## LES CENTRES DE CRISE



Par Christine Deschênes  
Directrice du centre de crise Tracom à Montréal  
et vice-présidente du RESCICQ

Les centres de crise au Québec offrent des services court terme professionnels, individualisés et gratuits à toute personne adulte âgée de 18 ans et plus vivant une détresse importante, à risque de suicide ou non, ainsi qu'à leurs proches. Nous offrons le soutien téléphonique 24/7, l'hébergement, ainsi que le suivi dans la communauté. Nous recevons les gens souffrant du trouble de personnalité limite vivant une situation de crise, mais nous pouvons aussi offrir des services à une personne de leur entourage qui vit une détresse issue, entre autres, des impacts de leurs comportements à risque.

Nous prenons en compte l'état de vulnérabilité constant des personnes souffrant d'un TPL ainsi que leurs passages à l'acte plus fréquents. Ayant une trajectoire de vie marquée par un cumul de difficultés et d'événements adverses, avec peu de facteurs de protection, ces personnes risquent fort de demander les services du centre fréquemment. Par conséquent, nous envisageons le travail avec eux de cette façon : la prévention systématique d'un possible passage à l'acte (estimation de la dangerosité), la désescalade de l'état de crise, la création d'un lien de confiance et la recommandation en vue d'un suivi à plus long terme.

Les intervenants abordent chaque personne comme étant un être humain avant tout, tenant compte de sa trajectoire de vie, sa spécificité, son rythme, et de ses forces. Nous comprenons les enjeux spécifiques que peut rencontrer la personne souffrant d'un tel trouble, spécialement en période de crise et de détresse importante. Nous l'accueillons dans sa souffrance et tentons de faire un petit bout de chemin avec elle, ou ses proches.

[www.centredecrise.ca](http://www.centredecrise.ca)

## RESSOURCES

Par : Stéphanie Simard  
Intervenante à l'AQPAMM

### En cas d'Urgence

- Pour les jeunes ayant moins de 18 ans, le CHU Ste-Justine offre un service d'urgence pédopsychiatrique. Pour rejoindre le secrétariat : 514-345-4696.
- Pour tout adulte, vous pouvez contacter le 911 ou le centre de crise de votre région : [www.centredecrise.ca](http://www.centredecrise.ca)

### Pour la personne atteinte et ses proches

#### Institut Victoria

- Coaching individuel de courte durée pour les proches et psychothérapie individuelle pour les personnes atteintes d'un trouble de personnalité. Honoraires demandés.
- Informations ou inscriptions : 514-954-1848

#### Institut universitaire en santé mentale de Montréal

- Soins aux personnes de 18 ans et plus présentant un trouble de personnalité.
- La population ne peut s'adresser directement au programme pour obtenir des soins et services. La porte d'entrée pour accéder aux services spécialisés et surspécialisés offerts dans l'établissement constitue le programme d'évaluation et d'interventions brèves. Informations : 514-251-4000 poste 3836

#### Carrefour TPL

- Site ressource de l'Association québécoise du trouble de personnalité limite : [www.carrefourtpl.com](http://www.carrefourtpl.com)
- Offre des groupes d'entraide pour les personnes ayant des traits ou le trouble de personnalité limite (à Laval).
- Gratuit. Inscription obligatoire par courriel : [info@carrefourtpl.com](mailto:info@carrefourtpl.com)

### Problématiques associées

Drogue, aide et référence : 1800-265-2626

Jeu, aide et référence : 1800-668-6868

Sexolique anonyme : 514-254-8181

S.O.S violence conjugale : 1800-363-9010

Suicide Action Montréal : 514 723-4000

## LIVRES SUR LE TPL

**La maison des intempéries** (*Lise Laporte & Ronald Fraser, 2013*). Livre destiné aux jeunes enfants qui vivent avec un parent ayant un trouble de personnalité limite.

**Vivre avec un proche impulsif, intense, instable** (*Sandra D'Auteuil, 2006*). Apprendre à respecter ses limites et mieux gérer les émotions intenses de son proche.

**Ces gens qui sont Borderline ; apprenez à composer avec les personnalités limitées** (*Paul T.Mason & Randi Kreger, 2011*). Apprendre à donner un sens au chaos. Apprendre des techniques de communication adaptées.

**Borderline, retrouver son équilibre** (*Dominique Page, aux Éditions Odile Jacob (2006)*). Ce livre contient des exercices pratiques pour les TPL, ainsi que de l'information sur la problématique.

Votre proche souffre d'un  
problème de santé mentale...

Nous sommes là pour  
vous aider.

INFORMATION, RÉFÉRENCE ET ÉCOUTE  
SUIVIS INDIVIDUELS ET FAMILIAUX  
FORMATIONS ET GROUPES DE SOUTIEN  
CONFÉRENCES MENSUELLES PUBLIQUES



**514 524-7131**  
accueil@aqpamm.ca  
[www.aqpamm.ca](http://www.aqpamm.ca)