Document generated on 05/18/2025 2:15 p.m.

Santé mentale au Québec

Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite
Success and Failure in the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder

Joel Paris, MD

Volume 22, Number 1, Spring 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI: https://id.erudit.org/iderudit/502092ar
DOI: https://doi.org/10.7202/502092ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Paris, J. (1997). Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, *22*(1), 16–29. https://doi.org/10.7202/502092ar

Article abstract

This paper reviews the main treatment options for patients with borderline personality disorder. Pharmacological interventions are of marginal value, and hospitalization has not been shown to prevent suicide in this population. Psychodynamic psychotherapy has not been proven to be effective, but dialectical behavior therapy yields symptomatic improvement. Borderline patients present many special difficulties in therapy, particularly their chronic suicidality. Future developments in treatment could involve improved drug treatment combined with cognitive therapy.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1997

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1996, XXII, 1, 16-29

Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite

Joel Paris*

Cet article examine les principales options de traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. Les interventions pharmacologiques sont de valeur marginale et l'hospitalisation ne s'est pas révélée valable pour la prévention du suicide chez cette population. La psychothérapie psychodynamique n'a pas fait ses preuves non plus, mais la thérapie dialectique comportementale produit une amélioration symptomatique. Les patients souffrant de ce trouble présentent plusieurs difficultés en thérapie, particulièrement une tendance chronique au suicide. Les futurs traitements pourraient faire appel à une médication améliorée jointe à une thérapie cognitive.

Nous voulons ici présenter une revue critique des options disponibles pour le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite (TPL, *trouble de personnalité limite*). Il existe une vaste documentation scientifique sur le sujet (Paris, 1994). Les écrits cliniques sur les personnalités limites (Gunderson, 1984) abondent d'observations sur les difficultés rencontrées dans le traitement de ces patients. Certaines formes de thérapies ont démontré leur efficacité dans des essais contrôlés. Toutefois, bien que certaines conclusions de cet article soient fondées sur des preuves scientifiques, d'autres s'appuient surtout sur l'expérience clinique de l'auteur. Les preuves demeurent insuffisantes pour appuyer l'une ou l'autre des méthodes de traitement. Conformément au principe des « thérapeutiques différentielles » (Frances et al.,1984), des patients différents présentant le même trouble doivent être traités de façon différente.

Nous passerons en revue les options pharmacologiques, le recours à l'hospitalisation, et les différentes formes de psychothérapies qui ont été utilisées avec les patients souffrant de TPL. Nous examinerons ensuite certains des problèmes cliniques spécifiques à cette population :

* M. Paris, MD, travaille à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital Général Juif-Sir Mortimer B. Davis et est professeur de psychiatrie à l'Université McGill.

contre-transfert, violation des limites, tendance chronique au suicide et automutilation. Enfin, nous esquisserons quelques lignes directrices possibles pour le traitement des TPL à l'avenir.

Traitement pharmacologique

Les patients borderlines se font couramment prescrire des médicaments. Il n'est pas rare en effet de les voir prendre quatre ou cinq médicaments à la fois. Cette pratique n'est pas très rationnelle. La plupart des médicaments n'ont qu'un effet marginal sur les TPL (Soloff, 1993). De plus, ces patients peuvent avoir une forte réaction placebo. Ainsi lorsqu'un médicament s'avère inefficace après quelques mois, on en ajoute un autre, jusqu'à ce que le patient soit sous un « cocktail ».

Les preuves de l'efficacité de la médication avec les patients présentant un TPL demeurent minces ; tout au plus, les médicaments soulagent les symptômes (Paris, 1994). Les interventions pharmacologiques ont sur les TPL un effet différent que sur la dépression (Gunderson et Phillips, 1991). Les médicaments marginalement utiles pour les troubles de la personnalité limite — surtout pour contrôler l'impulsivité — sont les inhibiteurs spécifiques de recaptage de la sérotonine et les neuroleptiques (Soloff, 1993). D'autres, dont le lithium, les anticonvulsivants et les inhibiteurs monoamine oxidase, ont aussi été utilisées pour atténuer l'impulsivité et la dysphorie. Toutefois, ces médicaments ne sont généralement pas utilisés pour le traitement des TPL en raison de leur profil d'effets secondaires néfastes et de surdoses fatales. De plus, certains médicaments, particulièrement les antidépresseurs tricycliques qui peuvent produire de l'agitation, et les benzodiazépines qui ont un effet de désinhibition, peuvent empirer la condition des patients (Soloff, 1993).

Bref, les cliniciens peuvent se rassurer. Si les thérapeutes ne prescrivent pas de médicaments, ils ne privent pas pour autant les patients d'une modalité nécessaire de traitement. Mais la psychopharmacologie est absolument essentielle seulement lorsque des neuroleptiques doivent être administrés pour traiter les épisodes psychotiques.

L'hospitalisation

La plupart des patients borderlines ont probablement été hospitalisés à quelques reprises. Cela ne prouve pas pour autant que l'hospitalisation soit utile. L'admission à l'hôpital doit se faire dans l'intérêt du patient et non pour le confort du thérapeute. En principe, ces ressources dispendieuses devraient être envisagées seulement quand un plan de traitement définitif ne peut être appliqué que dans le cadre d'un hôpital.

Les patients souffrant de TPL sont souvent hospitalisés soit pour des épisodes psychotiques soit pour une tendance chronique au suicide (Hull et al., 1996). Il y a une certaine logique à hospitaliser les patients psychotiques puisque l'hospitalisation permet au thérapeute d'offrir un traitement pharmacologique spécifique. La tendance chronique au suicide crée une situation plus complexe. Une grave tentative de suicide peut justifier une brève admission, au moins pour évaluer le risque de voir compléter le geste. Les problèmes surviennent quand les thérapeutes admettent des patients qui n'ont fait que des menaces de suicide ou qui se sont mutilés.

Les patients qui souffrent de troubles de la personnalité limite ont une tendance chronique au suicide et inévitablement vivent de graves exacerbations de cette tendance. Pourtant, il n'y a pas de preuves empiriques que l'hospitalisation prévienne chez eux l'accomplissement du suicide (Paris, 1994). Pour être juste, peu de preuve montre que l'hospitalisation, quel que soit le diagnostic du patient, empêche le suicide. Cela provient probablement de la difficulté de prédire ou de prévenir les événements rares (Pokorny, 1982).

Pour les patients souffrant de dépression mélancolique sévère, l'hospitalisation se justifie au plan clinique, car elle permet d'appliquer à la maladie des méthodes spécifiques de traitement telles que des doses élevées d'antidépresseurs ou des thérapies électroconvulsives. Mais pour les patients borderlines, l'hospitalisation n'est souvent qu'une surveillance préventive contre le suicide. Si le patient devient suicidaire peu après sa sortie, le thérapeute aura fort peu accompli.

De plus, certains auteurs croient que l'hospitalisation peut en fait renforcer les comportements suicidaires que les thérapeutes tentent d'éliminer. Linehan (1993) décourage fortement ces admissions, bien qu'elle tolère un séjour de nuit. Pour Dawson et MacMillan (1993), qui adoptent une position plus radicale, le thérapeute ne devrait jamais hospitaliser le patient souffrant de troubles de la personnalité limite. Selon eux, l'admission mène souvent à une escalade de la tendance chronique au suicide en renforçant par une attention clinique accrue ce comportement même que le thérapeute vise à contrôler.

Si le traitement n'est plus contrôlable et que le thérapeute doit recourir à une équipe spécialisée, une admission en centre de jour pourrait être une option beaucoup plus valable qu'une hospitalisation complète (Paris, 1994). Bien que ce mode de traitement n'ait pas été étudié de façon systématique, les centres de jour offrent un programme hautement structuré. Lorsqu'ils offrent des activités prévues à chaque

heure, les patients ont moins de temps pour s'entailler les poignets. La régression aussi est limitée du fait que les patients rentrent chez eux le soir. Bien plus, en l'absence de preuve que la pleine hospitalisation prévient vraiment l'accomplissement du suicide, il semble logique de prendre un tel risque comme les thérapeutes le font souvent en thérapie externe.

Une *structure* est l'élément essentiel de toute méthode de traitement efficace pour ces patients. À l'hôpital ou en traitement externe, les patients borderlines bénéficient d'un horaire et de paramètres clairs qui minimisent les régressions malignes (*malignant regressions*, Dawson et MacMillan, 1993).

Psychothérapies pour patients borderlines

Les patients souffrant de troubles de la personnalité limite continuent de présenter un défi de taille et sont la cause de maintes frustrations pour les cliniciens. Des études sur ces patients en psychothérapie (Skodol et al., 1983 ; Gunderson et al., 1989 ; Waldinger, 1987) montrent que lorsqu'on leur offre des thérapies ouvertes à long terme, les deux tiers abandonnent après quelques mois. Dans l'essai clinique contrôlé de Linehan (1993) « de thérapie dialectique comportementale », le taux d'abandon était de seulement 16 %, bien que ce faible taux n'ait pas encore été reproduit en dehors d'un cadre de recherche.

1) Approches psychodynamiques

La personnalité limite a été d'abord définie par les psychanalystes. Pourtant, chez la plupart des chercheurs qui se sont penchés sur le sujet (Stern, 1938 ; Hoch et al., 1962), une des caractéristiques particulières de ces patients était l'absence du profil requis pour un traitement formel en psychanalyse. Les thérapeutes l'ont tôt noté, soumettre de tels patients à des séances psychanalytiques d'association libre pouvait potentiellement empirer leur condition.

Avec le temps, deux écoles de pensée se sont formées parmi les analystes quant au traitement des troubles de la personnalité limite. Un groupe (par ex. Zetzl, 1968) recommandera que les patients borderlines reçoivent un support mais sans exploration en profondeur de leur condition. Un autre groupe (par ex. Kernberg, 1975 ; Masterson and Rinsley, 1975 ; Adler, 1985 ; Waldinger et Gunderson, 1984, 1987) recommandera une version modifiée de thérapie psychanalytique introduisant un niveau plus important d'interventions de la part du thérapeute pour compenser la « faiblesse de l'ego » caractéristique de cette population.

Comme le note Waldinger (1987), ces deux écoles reflètent probablement des expériences cliniques effectuées avec des populations différentes. Une large part de patients de psychothérapie ne sont pas référés aux psychanalystes. Les thérapeutes d'orientation dynamique pourraient voir seulement ces patients borderlines hautement fonctionnels qui répondent, jusqu'à un certain point, à une approche introspective, et conclure à tort que cette méthode convient également à d'autres patients. D'un autre côté, un thérapeute qui traite en clinique communautaire un grand nombre de patients moins fonctionnels, pourra, on le comprend, rester sceptique à l'idée que de tels patients puissent tirer profit d'une approche introspective.

Plusieurs cliniciens qui ont écrit sur la question (par ex. McGlashan, 1993) soulignent que le changement se produit au cours de l'expérience thérapeutique plutôt qu'à travers l'« insight ». Le problème, c'est que les patients souffrant de troubles de la personnalité limite ont souvent de la difficulté à établir un rapport avec leur thérapeute, probablement à cause de leur incapacité à percevoir les autres de façon réaliste. Ils sont généralement très conscients des émotions des autres (Frank and Hoffman, 1986), mais interprètent mal leurs intentions. Ils ont tendance à diviser le monde en deux, à voir les gens comme tous bons ou tous mauvais (Kernberg, 1975). Ils sont enclins à percevoir les inévitables failles empathiques en thérapie comme le reflet de réactions hostiles ou malveillantes (Krohn, 1974).

Les études empiriques ont aussi montré que les alliances thérapeutiques étaient anormalement fragiles dans les cas de TPL (Frank, 1992). Ainsi les patients borderlines peuvent réagir fort mal aux interprétations qui sous-entendent que leurs sentiments par rapport au thérapeute sont fondés sur des expériences passées plutôt que sur la relation actuelle (Adler, 1979).

Malgré une vaste documentation sur la thérapie dynamique pour patients borderlines, il n'y a pas de preuve démontrant nettement son efficacité. Toutes les données sont établies à partir d'essais non contrôlés faits parmi des échantillons très sélectifs (Stevenson et Meares, 1992; Sabo et al., 1995). Il est fort probable que les méthodes dynamiques sont utiles pour les patients hautement fonctionnels, mais qu'elles ne le sont guère pour la majorité des cas de diagnostic borderline.

2) Thérapies interpersonnelles

Les thérapies interpersonnelles (Klerman and Weissman, 1993) mettent l'accent sur les conflits avec les autres dans l'ici et le mainte-

nant par opposition aux problèmes avec les membres de la famille dans le passé. Le *Structured Assessment of Social Behavior* (Benjamin, 1993) est une thérapie interpersonnelle qui a été développée spécifiquement pour les patients souffrant de troubles de la personnalité limite.

Plusieurs formes de thérapie de groupe découlent de cette théorie interpersonnelle. Marziali et Munroe-Blum (1994) ont développé une méthode spécifique pour ces patients et montré dans un essai clinique comparatif qu'on pouvait ainsi atteindre des résultats aussi valables qu'en thérapie individuelle.

3) La thérapie dialectique comportementale (TDC)

La thérapie dialectique comportementale (TDC, Linehan, 1993) est un amalgame éclectique de plusieurs approches, mais la plupart de ses méthodes découlent de la thérapie cognitive comportementale et de la psychoéducation. Les éléments essentiels de ce modèle sont les suivants :

1) Le TPL est une dysfonction de la gestion des émotions. La dysfonction apparaît à partir d'une interaction entre une vulnérabilité constitutionnelle et un « environnement invalidant » (où les parents échouent à aider leur enfant à gérer ses sentiments). L'objectif premier du traitement est d'aider le patient à moduler l'intensité de ses émotions.

2) Le thérapeute travaille au sein d'une « dialectique » où la pathologie du patient est comprise et acceptée mais où on s'attend tout de même à des changements.

3) Avant le traitement, patient et thérapeute doivent s'entendre sur leurs objectifs.

4) Le traitement va cibler les comportements problématiques à l'intérieur des priorités suivantes : a) diminuer les comportements suicidaires ; b) diminuer les comportements qui interfèrent avec la thérapie ; c) diminuer les comportements qui affectent négativement la qualité de vie ; d) accroître les habiletés de comportement.

Ces stratégies d'ensemble sont ponctuées de manoeuvres tactiques originales. Les tactiques de la TDC sont fondées sur le principe que les gens ont besoin d'un *coach* pour changer des comportements maladaptés. À cet égard, la « stratégie téléphonique » de Linehan mérite une attention particulière. Le patient est encouragé à appeler son thérapeute lorsqu'il se sent suicidaire bien qu'il ne lui soit pas permis

de le faire s'il a déjà posé un geste suicidaire. L'idée est d'encourager le patient à appeler son thérapeute afin d'obtenir conseil pour gérer ses émotions dysphoriques et ainsi le dissuader de passer à des gestes négatifs sur le coup de ces sentiments. Le contact téléphonique est bref et structuré et comprend des instructions méthodologiques allant de la distraction du patient à la suggestion de solutions alternatives aux problèmes qui le bouleversent.

Il convient de noter que la cohorte de recherche de Linehan incluait seulement des individus chroniquement dysfonctionnels vivant de l'assistance sociale. Si la thérapie dialectique comportementale est efficace pour un plus grand éventail de patients que la thérapie psychodynamique traditionnelle, cela pourrait s'avérer son plus important avantage clinique.

Contrairement aux autres méthodes de traitement des troubles de la personnalité limite, la TDC a été soumise à des essais cliniques contrôlés la comparant à des psychothérapies de soutien dans la communauté (Linehan, 1993). La recherche a démontré qu'après un an de traitement, la plupart des patients avait réduit leur comportement parasuicidaire ; ils étaient davantage susceptibles de rester hors de l'hôpital et généralement ils étaient moins impulsifs. Toutefois, la cohorte n'exprimait pas de sentiments moins dysphorique à la fin du traitement. En l'absence de tests comparatifs, il demeure possible que les mêmes résultats pourraient être obtenus des thérapies interpersonnelles ou dynamiques.

Problèmes spécifiques dans le traitement

1) Contre-transfert

Les patients borderlines sont difficiles à traiter en grande partie à cause de leur tendance au clivage (Kernberg, 1975), et aussi à cause de leur tendance chronique au suicide (Fine et Sansone, 1990). Maltsberger et Buie (1973) ont suggéré que les thérapeutes pouvaient se sentir envahis par ces problèmes au point d'en venir à souhaiter le suicide de leurs patients.

Ces problèmes sont souvent attribués au « contre-transfert », un processus au cours duquel les patients agissent haineusement, provoquant en retour une haine de la part du thérapeute. Ce concept, tout comme le construit qui lui est associé de « l'identification projective » (Kernberg, 1975), suggère que les réactions du thérapeute peuvent être le miroir du monde intérieur de son patient. Plusieurs chercheurs (par

ex. Gunderson, 1984) croient aussi que lorsque les thérapeutes mettent ces réactions en perspective comme étant ce que les patients leur font vivre, le traitement a plus de chance de succès.

Ces idées contiennent plus qu'un grain de vérité; toutefois elles passent à côté de la cible d'une certaine manière. Le contre-transfert n'est souvent rien de plus que ces réactions que d'autres personnes ont aussi envers le patient. Si les patients leur manquent de considération ou sont injustement fâchés, les thérapeutes ont tout à fait le droit d'en être ennuyé. Il est probablement beaucoup plus utile de structurer la thérapie de manière à prévenir le développement de ce genre de situations.

2) Maintenir les limites

Depuis qu'on est davantage conscient des conséquences de l'échec à maintenir des limites thérapeutiques, cette question a fait l'objet de sérieuses préoccupations chez les cliniciens (Gutheil et Gabbard, 1993). Bien que nous ne possédons pas de données solides sur la fréquence de ces problèmes de limites, au moins un thérapeute expérimenté (Gutheil,1989) a suggéré que ces violations risquent particulièrement de se produire avec les patients borderlines.

Comme le soulignent Gutheil et Gabbard (1993), les graves violations des limites thérapeutiques, qui vont jusqu'au contact sexuel, commencent souvent innocemment et glissent inévitablement vers ce contact. Un des problèmes pour le thérapeute, c'est que les patients borderlines font appel à des fantasmes de sauveur. Ils sont souvent vus, du moins au début, comme vulnérables, incompris, mais aimables. De plus, les patients borderlines incitent le thérapeute à faire entorse aux principes pour répondre à leurs besoins.

3) Tendance chronique au suicide

Les patients borderlines peuvent constamment penser au suicide pendant des années. Ils adoptent aussi des comportements parasuicidaires, la plupart du temps impliquant des surdoses de médicament à la suite de déceptions dans leurs relations. De plus, ces menaces suicidaires ont de graves implications à long terme. Des études de suivi (Paris et al., 1987; Stone, 1990; Silver et Cardish, 1991) montrent que presque 10 % des patients borderlines vont éventuellement se suicider. La consolation pour les thérapeutes est que peu de ces suicides se produisent en cours de traitement. Il s'agit surtout de patients qui ne sont pas en traitement ou qui ont abandonné après que plusieurs tentatives de thérapies aient échoué (Paris, 1993).

Les patients borderlines sont parmi les personnes les plus bouleversantes pour les thérapeutes. Ils sont aussi les patients pour qui les thérapeutes s'inquiètent le plus. En outre, le processus thérapeutique peut s'avérer fort houleux. Plus d'un thérapeute se souvient du patient qui semblait bien engagé en thérapie, puis qui dénonce son thérapeute comme incompétent, claquant la porte pour ne plus jamais revenir.

La tendance chronique au suicide constitue l'élément le plus épuisant de cette expérience. La plupart des thérapeutes qui ont traité de tels patients ont vécu l'expérience de ne pas savoir d'une semaine à l'autre si le patient restera en vie. Ajoutant à ce fardeau, certains patients peuvent appeler leur thérapeute à toute heure, dérangeant sa vie personnelle par leurs menaces suicidaires.

Bien que la tendance chronique au suicide soit bouleversante, elle fait partie intégrante de ce trouble. Le thérapeute est donc mieux avisé d'accepter cet état de fait. Aucune donnée ne nous permet de penser actuellement que nous pourrions empêcher ces patients de se suicider. Et même, tenter de le faire en hospitalisant le patient pourrait accroître le risque d'empirer la situation (Dawson et MacMillan, 1993).

Ultimement, la thérapie sert à aider les patients à régler leur problème. Lorsque les thérapeutes passent tout leur temps à s'inquiéter du suicide, ce processus peut dérailler. Afin de garder le focus sur la tâche à accomplir, les menaces suicidaires devraient être comprises comme des efforts de communication, par ex. des expressions de détresse. Cela implique que le thérapeute soit solide. Garder son sang-froid face à de telles menaces est plus facile à dire qu'à faire, mais demeure la seule façon d'obtenir des progrès.

Selon Fine et Sansone (1990), certains patients borderlines ont besoin d'être suicidaires. Quand on n'a aucun pouvoir sur sa vie, on peut au moins encore choisir sa façon de mourir. À ce point de vue, les thérapeutes devraient être prudents avant d'enlever un mécanisme de *coping* qui reste utile. Pour certains patients, seul le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet de continuer à vivre.

4) L'automutilation

Une forme spécifique de comportement suicidaire qui trouble souvent le thérapeute est la coupure ou l'automutilation, un des symptômes caractéristiques du trouble de la personnalité limite. Les patients peuvent s'entailler les poignets, ou couper d'autres parties de leur corps, de façon chronique. Bien que ces coupures soient rarement profondes, elles ont tendance à être répétitives. Toutefois, se couper n'est

pas nécessairement un comportement suicidaire et ne devrait pas être mis dans la même catégorie que la surdose. Des études de suivi démontrent que des surdoses multiples chez les patients borderlines augmentent les risques d'un suicide réussi, mais pas nécessairement les automutilations (Kroll, 1993, 27).

L'automutilation chronique peut mieux être comprise autrement. D'abord, il s'agit d'une forme de comportement addictif (Linehan, 1993). En se coupant, le patient remplace des émotions douloureuses par le soulagement du sang qui coule. En fait, la plupart des patients disent se sentir mieux après s'être coupés parce que leur dysphorie est ainsi soulagée.

Deuxièmement, se mutiler est communicatif. Zanarini et Frankenburg (1994) décrivent ces patients comme souffrant d'« hyponcondrie émotive ». En d'autres mots, leur style de communication est axé sur les émotions négatives avec comme objectif premier d'étaler leur détresse au vu des autres. Ces patients disent souvent qu'il est impossible pour leur thérapeute de comprendre l'ampleur de leur souffrance. Peut-être parce qu'il ne s'attend pas à être compris ou entendu, le patient borderline doit « hausser le volume ». Bien que certains se mutilent en secret, leur comportement finit par retenir l'attention des autres et provoque une forte réaction.

Conclusion

Succès et échecs avec les patients borderlines

Actuellement, les thérapeutes ne possèdent aucune méthode qui soit régulièrement efficace pour traiter ces patients. La psychopharmacologie est tout au plus palliative. L'hospitalisation est peu valable à long terme. La thérapie psychodynamique est efficace mais seulement pour les patients hautement fonctionnels qui possèdent un ego fort (Paris, 1994). Le développement le plus prometteur en psychothérapie est la thérapie dialectique comportementale de Linehan (1993), mais jusqu'à maintenant elle a semblé efficace surtout pour contrôler le parasuicide, et moins pour aider les patients à se sentir mieux.

Les frustrations des psychothérapeutes qui traitent ces patients proviennent surtout du fait qu'ils se fixent des objectifs élevés peu réalistes. Comme dans le cas de psychoses fonctionnelles, les thérapeutes peuvent souvent se contenter d'aider les patients à fonctionner et à maintenir leur rôle social. De plus, les thérapeutes ne devraient pas mettre inutilement d'énergies à empêcher ces patients de compléter le

suicide alors qu'il n'existe pas de preuves que nous puissions actuellement le faire.

Les prochains développements dans le traitement des patients souffrant de troubles de la personnalité limite dépendent du progrès de la recherche sur l'étiologie de cette condition. Prendre pour acquis que les TPL sont causés par des facteurs psychologiques tels que des expériences traumatiques de l'enfance trouve peu de confirmation empirique (Paris, 1994).

Par contre, une meilleure compréhension des origines biologiques de ce trouble pourrait aider à développer des interventions psychopharmacologiques fort utiles. Par exemple, Siever et Davis (1991) ont fait l'hypothèse que les patients borderlines ont des traits de personnalité particulièrement prononcés d'impulsivité et d'instabilité affective. Si ces traits pouvaient être modifiés en utilisant une nouvelle génération de médicaments qui les cibleraient spécifiquement, les thérapeutes pourraient mieux traiter ces patients. La pharmacothérapie pourrait aussi être combinée à des interventions cognitives comportementales conçues pour aider le patient à éviter d'agir impulsivement.

En attendant, plusieurs patients borderlines sont traités soit en intervention de crise soit en psychothérapie de soutien. Les thérapeutes ne devraient pas sous-estimer ces approches puisqu'elles sont compatibles avec la chronicité du trouble de la personnalité limite. Avec des objectifs et des limites réalistes, le patient ainsi que le thérapeute seront plus portés à voir le traitement comme un succès et non un échec.

RÉFÉRENCES

ADLER, G., 1985, *Borderline Psychopathology and its Treatment*, Jason Aronson, New York.

ADLER, G., 1979, The myth of the alliance in borderline patients, *American Journal of Psychiatry*,136, 642-645

BENJAMIN, L. S., 1992, An interpersonal approach to the diagnosis of borderline personality disorder, in Clarkin, J., Marziali, E., and Munroe-Blum, H., eds., *Borderline Personality Disorder : Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, 161-198.

DAWSON, D., MACMILLAN, H. L., 1993, *Relationship Management of the Borderline Patient : From Understanding to Treatment*, Brunner/Mazel, New York.

FINE, M. A., SANSONE, R. A., 1990, Dilemmas in the management of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 44, 160-171.

FRANCES, A. J., CLARKIN, J., PERRY, S., 1984, *Differential Therapeutics : The Art and Science of Treatment Selection*, Brunner/Mazzel, New York.

FRANK, A. F., 1992, The therapeutic alliances of borderline patients, in Clarkin, J. F., Marziali, E., Munroe-Blum, H., eds., *Borderline Personality Disorder : Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford Press, New York, 220-247.

FRANK, H., HOFFMAN, N., 1986, Borderline empathy : an empirical investigation, *Comprehensive Psychiatry, 27*, 387-395.

GUNDERSON, J. G., 1984, *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, New York.

GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., RONNINGSTAM, E. F., WAHTER, S., LYNCH, V. J., WOLF, P. J., 1989, Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.

GUNDERSON, J. G., PHILLIPS, K. A., 1991, A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *American Journal of Psychiatry, 148,* 967-975.

GUTHEIL, T. G., 1989, Borderline personality disorder, boundary violations and patient-therapist sex : medicolegal pitfalls, *American Journal of Psychiatry, 146,* 597-602.

GUTHEIL, T. G., GABBARD, G. O., 1993, The concept of boundaries in clinical practice, *American Journal of Psychiatry, 150,*188-196.

HOCH, P. H., CATTELL, J. P., STRAHL, M. D., PENNESS, H. H., 1962, The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia, *American Journal of Psychiatry, 119,* 106-115.

HULL, J. W., YEOMANS, F., CLARKIN, J., LI, C., GOODMAN, G., 1996, Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder, *Psychiatric Services, 47,* 638-641.

KERNBERG, O. F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York.

KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M., 1993, *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, American Psychiatric Press, New York.

KROHN, A., 1974, Borderline "empathy" and differentiation of object representations, *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 3,* 142-165.

KROLL, J., 1993, *PTSD/Borderlines in Therapy*, Norton Press, New York.

LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

MALTSBERGER, J. T., BUIE, D., 1973, Countertransference hate in the treatment of suicidal patients, *Archives of General Psychiatry, 30,* 625-633.

MARZIALI, E., MUNROE-BLUM, H., 1994, *Interpersonal Group Psychotherapy For Borderline Personality Disorder,* Basic Press, New York.

MASTERSON, J., RINSLEY, D., 1975, The borderline syndrome : role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality, *International Journal of Psychoanalysis, 56,*163-177.

MCGLASHAN, T. H., 1993, Implications of outcome research for the treatment of borderline personality disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder : Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, 235-260.

PARIS, J., 1993, The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome, *Canadian Journal of Psychiatry, 38,* 528-534.

PARIS, J., 1994, *Borderline Personality Disorder : A Multidimensional Approach*, American Psychiatric Press, Washington.

PARIS, J., BROWN, R., NOWLIS, D., 1987, Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry, 28,* 530-535.

POKORNY, A. D., 1982, Prediction of suicide in psychiatric patients : report of a prospective study, *Archives of General Psychiatry, 40,* 249-257.

SABO, A. N., GUNDERSON, J. G., NAJAVITS, L. M., CHAUNCEY, D., KIESEL, C., 1995, Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy : a prospective follow up, *Journal of Nervous and Mental Disease, 183,* 370-376.

SIEVER, L. J., DAVIS, K. L., 1991, A psychobiological perspective on the personality disorders, *American Journal of Psychiatry, 148,* 1647-1658.

SILVER, D., CARDISH, R., 1991, *BPD outcome studies : psychotherapy implications*, presented at the American Psychiatric Association, New Orleans, LA.

SKODOL, A. E., BUCKLEY, P., CHARLES, E., 1983, Is there a characteristic pattern in the treatment history of clinic outpatients with borderline personality ?, *Journal of Nervous and Mental Disease, 171,* 405-410.

SOLOFF, P. H., 1993, Psychopharmacological intervention in borderline personality disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder : Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, 319-348.

STERN, A., 1938, Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses, *Psychoanalytical Quarterly, 7,* 467-489.

STEVENSON, J., MEARES, R., 1992, An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry, 149,* 358-362.

STONE, M. H., 1990, *The Fate of Borderline Patients*, Guilford, New York.

WALDINGER, R. J., 1987, Intensive psychodynamic therapy with borderline patients : an overview, *American Journal of Psychiatry, l44,* 267-274.

WALDINGER, R. J., GUNDERSON, J. G., 1984, Completed psychotherapies with borderline patients, *American Journal of Psychotherapy, 38,*190-201.

WALDINGER, R. J., GUNDERSON, J. G., 1987, *Effective Psychotherapy With Borderline Patients*, MacMillan, New York.

ZANARINI, M. E., FRANKENBURG, F. R., 1994, Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient, *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3,* 25-36.

ZETZL, E. R., 1971, A developmental approach to the borderline patient, *American Journal of Psychiatry*, 127, 867-871.

ABSTRACT

Success and failure in the treatment of patients with borderline personality disorder

This paper reviews the main treatment options for patients with borderline personality disorder. Pharmacological interventions are of marginal value, and hospitalization has not been shown to prevent suicide in this population. Psychodynamic psychotherapy has not been proven to be effective, but dialectical behavior therapy yields symptomatic improvement. Borderline patients present many special difficulties in therapy, particularly their chronic suicidality. Future developments in treatment could involve improved drug treatment combined with cognitive therapy.