

Troubles de la personnalité et états-limite : un défi pour l'équipe soignante

Hôpital de Sainte-Marie, Rodez,
21 février 2019

Dr Vassilis Kapsambelis
Association de Santé Mentale
dans le 13ème arrondissement de Paris

qu'est-ce qu'une « maladie »? (I)

dominance de la tradition hippocratique en médecine occidentale

- « symptôme » : l'incident, l'occurrence, ce qui arrive, ce qui « tombe » (bien ou mal), ce qui n'est là qu'à partir d'un certain moment
- les deux piliers de la description clinique : symptôme (subjectivité) et signe (objectivité) – la sémiologie
- symptômes et signes → syndromes → maladies (« entités cliniques ») → nosographie

qu'est-ce qu'une « maladie » ? (II)

le symptôme : « quelque chose qui arrive »

- notion de « rupture de continuité » : quelque chose a changé : irruption cutanée, renflement (signes) + signes biologiques – douleur, nausée (symptômes)
- notion d'écart par rapport à une « moyenne »
 - un symptôme est aussi quelque chose qui n'arrive pas (ex. retard de croissance)
 - donc : fondement d'une certaine logique de la « normalité »
- est « maladie » ce qui arrive d' « anormal », en bien ou en mal ! (ex. Superman, Spiderman...)

qu'est-ce qu'une « maladie » ? (III)

la psychiatrie a-t-elle des signes et des symptômes ?

- absence ou rareté des signes – domination des symptômes
 - signes: « oméga mélancolique », catatonie, expressions faciales (exaltation de la manie, stupeur de la confusion mentale, amimie du déprimé...)
 - mais surtout, symptômes : ce que le patient pense, dit et exprime
 - psychiatrie : clinique de l'observation et de l'échange – regard et écoute – « subjectivité » fondamentale du symptôme en psychiatrie

qu'est-ce qu'une « maladie » ? (IV)

les symptômes en psychiatrie sont des symptômes comme en médecine (mais différences d'attribution, d'intentionnalité)

- phobie, crise d'angoisse, compulsions, hallucinations : « ce qui arrive » - définition valable pour **toute** pathologie psychiatrique : le symptôme est « ce qui arrive »
- **attribution** : pas toujours « intérieur » (ex. persécution), mais le « corps » est-il « intérieur » ? notion d'inconscient – le moi (qui parle, qui pense...) n'est pas le corps, n'est même pas tout le psychisme
- **intentionnalité** : le corps a-t-il des « intentions » ? Les « autres », oui (clinique de l'échange car pathologie de l'échange)

qu'est-ce qu'une « maladie » ? (V)

- **les premières nosographies**
 - les « névroses » (1777) : maladies des nerfs (hystérie, Parkinson, chorée, colique, palpitations, épilepsie...)
 - les « psychoses » (1843) : les maladies du psychisme (sans intervention des « nerfs »)
- **la fin du 19^{ème} siècle**
 - l'importance de la « conscience du trouble »
 - certaines névroses ont des lésions cérébrales, d'autres s'expliquent par le système nerveux périphérique
 - les autres (ex. hystérie) ont aussi des symptômes psychiques (« l'état mental des hystériques » - notion de « psychonévroses », Freud)

qu'est-ce qu'une « maladie » ? (VI)

- **la nosographie de Kraepelin (1899)**
 - deux grands groupes :
 - démences précoces (futures schizophrénies, l'ensemble des psychoses)
 - troubles de l'humeur (maladie maniaque et dépressive)
 - les « névroses » (angoisse, hystérie, phobies, obsessions, compulsions): Freud et Janet
- **le 20^{ème} siècle**
 - tradition allemande → psychiatrie américaine (DSM)
 - conservation de la dichotomie schizophrénies (psychoses) – troubles de l'humeur (→ bipolaires)
 - démantèlement du groupe des névroses (éloignement de l'influence psychanalytique) : entités cliniques encore en remaniement

les troubles de la personnalité : une « maladie »? (I)

- la notion de « types » bio-psychologiques est ancienne
- typologie d'Hippocrate : quatre humeurs fondamentales (tempéraments) :
 - sang : type sanguin, marqué par la spontanéité des réactions émotionnelles, coléreux mais aussi chaleureux et jovial
 - pituite (ou flegme ou lymphe) : type flegmatique, froid et distant, ou encore lymphatique, apathique et mou
 - bile jaune : type bilieux, anxieux et se faisant souvent du souci
 - bile noire : type mélancolique (de *mêlas*, noir, et *cholé*, bile

les troubles de la personnalité : une « maladie »? (II)

- **diverses autres typologies :**
 - Ivan Pavlov : a) fort et impulsif, b) fort, équilibré et tranquille, c) fort, équilibré et vif, d) faible.
 - Jung (1921) : deux grands « types psychologiques » : introvertis et les extravertis
 - Freud (1905) : les « caractères » : oral, anal, phallique...
 - Kretschmer (1921) : bio-psycho-morphologie :
 - a) le type leptosome (« corps fin ») - schizoïdie
 - b) le type pycnique (« dense », « ramassé », « râblé » - pathologies maniaco-dépressives ;
 - c) le type athlétique correspond au « caractère épileptoïde

les troubles de la personnalité : une « maladie » ? (III)

diversité des termes (tempérament, caractère, personnalité), mais une constante :

il existerait un « continuum » entre types de personnalité et « pathologies » (entités cliniques)

- personnalités pathologiques :
 - schizoïde → schizophrénie
 - paranoïaque → paranoïa
 - hystérique (histrionnique) → hystérie
 - obsessionnel, anankastique → névrose obsessionnelle
 - anxio-phobique, évitant → névrose d'angoisse, phobique
 - cyclothymique → maladie maniaco-dépressive, bipolarité

les troubles de la personnalité : une « maladie »? (IV)

différents problèmes...

1) peut-on viser (ou espérer) une correspondance réciproque entre « maladie » et « personnalité » ?
(modèle du continuum) – affrontement (psychologues chercheurs) – cliniciens (dont psychiatres)

par ex., paranoïaque → paranoïa : oui, c'est évident,
mais quid des
personnalités narcissiques, états-limite, borderline,
personnalités abandonniques, dépendantes ?

débat toujours en cours, et remaniements
nosographiques à prévoir (DSM 6, CIM-11...)

les troubles de la personnalité : une « maladie »? (V)

2) où est la limite ?

- en psychiatrie, comme en médecine, la limite est donnée par la patient lui-même (ou, éventuellement, par son entourage) : notion de souffrance
- comment « mesurer » les « traits » (personnalité, caractère, tempérament) → échelles d'évaluation
- comment tenir compte de l'intrication personnalité – environnement (notions d'adéquation, d'adaptation réciproque, de satisfaction mutuelle)
- DSM 5 : « déviations » d'un sujet par rapport aux normes relatives à sa culture dans différents domaines - « durables » et « rigides » - entraînent « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel »
- problème éthique : que soigne-t-on ?

les troubles de la personnalité : une « maladie » ? (VI)

3) et surtout : **quel est le symptôme ?**

- rappel : rôle central du symptôme dans la constitution d'une « maladie - une « façon d'être » peut-elle être un « symptôme » ?
- **changement de modèle thérapeutique :**
 - **maladie** : « alliance » entre médecin/soignant et malade pour combattre « ce qui est arrivé » (ceci se vérifie même dans les psychoses)
 - **trouble de la personnalité** : apprendre à « faire avec » la « façon d'être de l'autre » en espérant la changer à travers la relation...
 - ...dans le contexte d'une aide médiocre des médicaments

quelques rappels historiques

- le terme : Adolf Stern (1938), « groupe limite des névroses » (*border-line groupe of neuroses*)
- la préhistoire : schizophrénies latentes (Bleuler), schizonévroses (Henri Ey), schizophrénies pseudo-névrotiques (Hoch et Polatin)
- la description de Stern, un classique :

narcissisme	sentiments d'infériorité constitutionnels
hémorragie psychique	masochisme
hypersensibilité excessive	état d'insécurité ou d'angoisses profondes, organiques
rigidité psychique et physique	recours aux mécanismes projectifs
réactions thérapeutiques négatives	difficultés avec l'épreuve de la réalité, en particulier dans les relations interpersonnelles

les états-limite (II)

- **le rapport à soi-même (« narcissisme »)**
 - insécurité quant à sa cohésion, son identité, la permanence de son « profil » (« hémorragie narcissique », angoisses de dépersonnalisation, troubles identitaires, y compris genre) - nécessité d'étayage du moi (→ toxicomanies)
 - insécurité quant à sa valeur (estime de soi) – hypersensibilité → réactions de catastrophe devant échecs, critiques, rejets – alternance : mégalomanie – sentiments d'infériorité (ouverture: troubles bipolaires)
 - idéalité élevée (« moi idéal ») – sentiments d'impuissance et d'effondrement si idéal non atteint
 - protection contre l'insécurité: rigidité – « faux self », « personnalités comme si »

les états-limite (III)

- **le rapport aux autres (« objectalité »)**
 - peur de la perte – la perte comme catastrophe – l'« objet », garant du narcissisme (perte objectale et perte narcissique)
 - → impulsivité, réactions d'explosion
 - → tentatives de suicide, auto-agressions
 - → violences contre l'objet
 - relations « anaclitiques » (d'étayage) à l'objet → dépressions anaclitiques, dépressivité, infériorité – masochisme (« érotisation de la perte »)
 - relations tyranniques à l'objet → réactions de rage en cas de perte → violences auto- et hétéro-agressives
 - non prise en compte des besoins de l'objet (absence d'empathie, cruauté)

les états-limite (IV)

- **le rapport à la réalité**
 - idée grandiose de soi – objectifs élevés – sous-estimation des contraintes – découragement et déceptions rapides
 - projectivité et idées paranoïdes occasionnelles (problèmes de diagnostic différentiel avec la schizophrénie)
 - absence d'autonomie – nécessité d'accompagnement
 - exigences considérées comme excessives (« tout leur est dû »)

les états-limite (V)

- les différents types
 - **CIM-10** :
 - personnalité émotionnellement labile : impulsivité sans tenir compte des conséquences possibles, instabilité de l'humeur, faibles capacités d'anticipation, → échecs, colère, violence explosive
 - type impulsif : instabilité émotionnelle, impulsivité, violences
 - type borderline : trouble de l'image de soi et de l'identité, sentiments de vide, relations intenses, éphémères → déceptions, TS
 - **DSM-5** : personnalité borderline, personnalité narcissique, personnalité dépendante
 - personnalité borderline

les états-limite (VI)

- **l'environnement familial et sociétal : des névroses vers les états-limite ?**
 - fréquence des carences et négligences précoces, des abus sexuels dans l'enfance (« faille narcissique », défauts du « holding » (Winnicott))
 - valorisation sociétale de l'immédiateté
 - démantèlement de la famille traditionnelle – familles monoparentales et la question du « tiers » (Green) – raréfaction des appuis de famille élargie
 - valeurs d'autonomie, indépendance : l'enfant « adultomorphe »

1) les « borderline »

- efforts pour éviter abandons (réels ou imaginés)
- relations interpersonnelles instables, intenses - alternance entre idéalisation excessive et dévalorisation
- perturbation de l'identité : instabilité de l'image de soi ;
- impulsivité (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie...)
- répétition gestes ou menaces suicide, automutilations
- instabilité affective et réactivité marquée de l'humeur (« fausses dépressions ») ;
- sentiments chroniques de vide ;
- crises de colère intenses, inappropriées, passages à l'acte
- transitoire : idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs si angoisse

2) les personnalités « comme si » (*as if*), le « faux-self »

- « comme si » (H. Deutsch) « faux-self » (D. Winnicott)
- hyperadaptation sociale, sans « profondeur »
- fonctionnement en « duplicata » face à l'autre (imitation ≠ identification)
- « défenses maniaques », hyperactivité
- conformisme, passivité, absence d'initiative
- non accès aux relations intimes, à l' « authenticité »
- risque d'effondrement à la moindre contrariété ou difficulté
- questions d'identité (et de « fausse » identité)

3) personnalités « anaclitiques », abandonniques

- modèle de Spitz : orphelinats pendant la guerre – hospitalisme, anaclitisme
- subordination totale à l'autre
- effondrements narcissiques aux moments d'abandon (réels ou imaginaires)
- dépression et « dépressivité »
- masochisme
- liens avec « personnalité dépendante »

4) les psychoses froides

- Kestemberg : psychoses « froide » ou « fétichiques »
- l'autre : garant du narcissisme
- fétiche : objet inanimé, immuable, à la disposition, n'ayant pas de pulsions ou désirs propres
- une certaine utilisation de l'autre sous forme « réifiée » (faire de l'autre une « chose ») → conduites de délinquance sexuelle, comportements violents (Balier)

les médicaments

- inconstance des antidépresseurs
- utilité des anxiolytiques (mais risque de dépendance)
- place des neuroleptiques dans certaines indications (impulsivité, violence)
- utilité aléatoire mais réelle des thymorégulateurs

problème général : pas de symptômes !

les traitements psychothérapeutiques et institutionnels (I)

- une similitude avec le paradigme existant : travailler en équipe (notion de pluridisciplinarité, avec rôles – fonctions – espace défini)
- un changement de paradigme : travailler dans la discontinuité

changement majeur par rapport au traitement des états psychotiques : imaginer plusieurs séquences de traitement

raisons pragmatiques (insertion socio-professionnelle) et raisons psychodynamiques (perte active et vérification de présence)

les traitements psychothérapeutiques et institutionnels (II)

- trois dispositifs de base :
 - le « holding » : situations de risque vital, accueil de crise, accueil sans RV
 - le tiers – la tiercéité : « des gens différents font des choses différentes » (et notre enjeu est que ces choses s'emboîtent et se complètent) – l'accompagnement et la distance
 - l'aménagement d'un espace d'intimité : la psychothérapie

traitement des états-limite (IV)

les « dispositions psychiques soignantes » (les « contre-attitudes »)

- faire face à la répétition
- ne pas être pris dans la mégalomanie du « tout en un », sœur jumelle et cachée de l'agressivité – recours à l'autre (soignant, collègue...) – risque de « réification »
- supporter les ruptures (les discontinuités)
- accepter un certain degré de « manipulation » (lien à la « fiabilité de l'objet », Winnicott)