

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET TROUBLE DE L'HUMEUR

LE JEU DES SEPT ERREURS

Vous rencontrez Sandra, une patiente de 25 ans nouvellement arrivée dans votre région. Lorsque vous la questionnez sur ses problèmes de santé, elle vous répond d'un ton bourru :

« J'ai des sautes d'humeur. Mon précédent médecin m'a dit que je suis bipolaire. Mon copain, lui, répète que je fais "limite". Alors je souffre de quoi ? Des deux ? »

Christiane Bertelli et Ouanessa Younsi

L'association entre trouble de l'humeur (trouble bipolaire de type 1, trouble bipolaire de type 2 et épisode dépressif majeur) et trouble de la personnalité limite se révèle complexe et fréquente. En effet, près de la moitié des patients dysthymiques (trouble dépressif persistant) souffriraient d'un trouble de la personnalité¹. Chez les patients bipolaires, la prévalence à vie d'un trouble de la personnalité varie de 30 % à 50 % contre 9 % dans la population générale².

Le premier défi du clinicien est sans contredit de distinguer ces troubles, dont le tableau clinique initial peut parfois prêter à confusion. Il s'agit de se concentrer sur les différences entre les troubles de l'humeur et le trouble de la personnalité limite, comme dans le jeu des sept erreurs lorsque deux images se ressemblent et qu'il faut trouver les différences. Le second défi s'avère celui de la comorbidité entre trouble de l'humeur et trouble de la personnalité limite. Les principes de base du traitement du trouble de la personnalité limite doivent s'appliquer. Parmi eux, on trouve l'adage *primum non nocere* (d'abord, ne pas nuire), ce qui signifie qu'il faut établir le bon diagnostic afin de prodiguer un traitement approprié. La comorbidité entre ces deux troubles appelle, quant à elle, un renforcement du cadre et un traitement adapté.

QUEL EST MON DIAGNOSTIC, DOCTEUR ?

La première question de Sandra, à savoir si elle souffre d'un trouble de la personnalité limite ou d'un trouble de l'humeur, est la plus importante, car elle orientera votre conduite concernant d'autres demandes (arrêt de travail, prescription, etc.).

Commencez par le plus simple : la distinction entre trouble bipolaire de type 1 et trouble de la personnalité limite. Le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 demande la présence d'un épisode de manie (un épisode de dépression n'est pas nécessaire). Une phase maniaque dure au moins une

semaine (moins en cas d'hospitalisation) au cours de laquelle le patient présente une exaltation excessive, une humeur anormalement euphorique ou irritable de façon persistante, en plus de trois des symptômes classiques de manie (quatre si l'humeur est seulement irritable) : idées de grandeur ou hausse de l'estime de soi, réduction du besoin de sommeil, logorrhée ou augmentation du besoin de parler, fuite des idées ou tachypsychie subjective, distractivité, activité accrue ou agitation psychomotrice, engagement excessif dans des activités agréables, mais aux conséquences possiblement fâcheuses. Ces symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement. Le diagnostic de manie est posé automatiquement si une hospitalisation est nécessaire ou si le patient éprouve des symptômes psychotiques (50 % des cas)³.

La distinction entre le trouble bipolaire de type 2 et le trouble de la personnalité limite prête davantage à confusion et à débat, étant donné le partage de certaines caractéristiques, comme l'impulsivité, les variations de l'humeur et la dysphorie. Un diagnostic de trouble bipolaire de type 2 exige la survenue d'un épisode de dépression et d'un épisode d'hypomanie, ce dernier devant durer quatre jours (de manière soutenue). Il doit y avoir modification indiscutable du fonctionnement habituel de la personne, mais sans altération marquée. On comprend donc mieux la difficulté du diagnostic. Par ailleurs, critère important de l'hypomanie, la perturbation de l'humeur et des comportements doit être manifeste pour les autres, et pas seulement pour le patient. Soulignons que, dans le trouble bipolaire de type 2, le nombre de jours avec symptômes de dépression est 37 fois plus élevé que le nombre de jours avec symptômes d'hypomanie⁴, ce qui ajoute à la difficulté de différencier le trouble bipolaire de type 2 du trouble de la personnalité limite. Pour outiller le clinicien, nous donnons, dans le *tableau I⁵⁻⁸*, une liste non exhaustive des différences entre le trouble de la personnalité limite et le trouble bipolaire de type 2.

La D^{re} Christiane Bertelli, psychiatre, exerce à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Elle est chef intérimaire du Département de psychiatrie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. La D^{re} Ouanessa Younsi, psychiatre, pratique au même endroit.

TABEAU I | DIFFÉRENCES ENTRE LE TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE 2 ET LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE⁵⁻⁸

	Trouble bipolaire de type 2	Trouble de la personnalité limite
Variation temporelle de l'humeur	Hypomanie : 4 jours soutenus Dépression : 2 semaines soutenues	Sur quelques heures ou d'un jour à l'autre (dysrégulation émotionnelle)
Cours de la maladie	Caractère épisodique	Caractère longitudinal, amélioration au fil du temps
Changements d'humeur	Autonomes et persistants	Souvent précipités par la sensibilité interpersonnelle ou le sentiment de rejet ou d'abandon
Automutilation présente ou passée	Rare	Plus fréquente
Impulsivité	Épisodique, liée aux phases de la maladie	Plus longitudinale, mais s'améliore avec le temps
Antécédents psychiatriques familiaux	Maladie bipolaire plus probable	Maladie bipolaire moins probable, davantage de troubles liés au contrôle des impulsions
Association avec des antécédents de sévices sexuels dans l'enfance	Moins probable	Plus probable (40 % – 71 %) ⁶

Pour distinguer les deux troubles, plusieurs techniques d'entrevue et plusieurs démarches pourront vous être utiles avec Sandra (tableau II).

Dans un registre similaire, des techniques semblables doivent être employées pour distinguer un trouble de la personnalité d'un épisode dépressif majeur. En outre, une attention doit être portée au point de vue des proches. Y a-t-il une rupture nette du fonctionnement et un changement par rapport à l'humeur habituelle ou le patient présente-t-il plutôt un mal-être depuis longtemps (« Je suis malheureux depuis mon enfance »)? Il faut également tenter de vérifier en observant le patient et auprès des proches s'il y a présence de certains indicateurs neurovégétatifs de dépression : ralentissement psychomoteur ou agitation, perte ou prise de poids, insomnie ou hypersomnie manifeste. Par ailleurs, la comorbidité n'est pas exclue et est même fréquente : une étude de patients atteints d'un trouble de la personnalité limite évoque une comorbidité à vie avec un trouble de l'humeur de 96 %⁹!

L'anamnèse et le point de vue des proches s'avèrent d'autant plus pertinents que les patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ne sont pas toujours en crise. Ils peuvent se présenter dans votre cabinet de manière relativement compensée ou chroniquement instable avec leurs qualités (sensibilité, créativité, générosité, capacité de compassion, dynamisme, etc.), ce qui peut vous induire en erreur.

COMMENT TRAITER UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE NON ASSOCIÉ À UN TROUBLE DE L'HUMEUR SANS NUIRE AU PATIENT ?

Les patients ayant un trouble de la personnalité limite viennent voir le médecin en demandant de l'aide « rapidement » pour un autre problème : dépression, symptômes somatiques, insomnie, anxiété. Souvent, le diagnostic de

trouble de la personnalité limite deviendra évident uniquement lorsque le traitement ne fonctionnera pas ou lorsque vous constaterez que votre patient ne vous fait pas confiance, teste votre disponibilité, prend ses médicaments de façon inappropriée et se plaint encore et encore. D'après les recommandations du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2012¹⁰, le médecin traitant d'un patient ayant un trouble de l'humeur devrait systématiquement rechercher un trouble de la personnalité limite, car ce dernier nuit à l'évolution du trouble de l'humeur quel qu'il soit. Cependant, d'après le D^r Joel Paris, psychiatre à l'Université McGill, le DSM-5, en étirant la définition de la plupart des troubles mentaux, encourage la « psychiatisation »¹¹, ce qui se produit lorsqu'on assimile un trouble de la personnalité limite à un « trouble du spectre bipolaire » et que l'on veut le traiter par une pharmacothérapie dont l'efficacité a été prouvée strictement pour les troubles bipolaires classiques. Le patient souffrant d'un trouble de la personnalité limite n'en tire pas les avantages escomptés, présente une pléthore d'effets indésirables et est privé d'approches plus utiles.

L'importance de dépister précocement un trouble de la personnalité limite a déjà été soulignée, tout comme celle d'informer le patient du diagnostic^{12,13}. Mais pourquoi le médecin hésite-t-il encore à engager son patient comme partenaire en lui faisant part de ce diagnostic¹⁴? Parfois, il estime qu'il peut traiter le patient sans expliciter ce diagnostic. Souvent, il craint que le patient ne réagisse mal (une projection de ses propres préjugés) ou il croit qu'il ne saura gérer un trouble de la personnalité limite. Or, un tel diagnostic encadre les attentes du patient et du médecin au sujet de son évolution à court, à moyen et à long terme et clarifie les cibles des interventions et les attentes par rapport au traitement médicamenteux. La psychoéducation du patient et de ses proches permet de construire une relation de collaboration

TABLEAU II

TECHNIQUES D'ENTREVUE
ET DÉMARCHES POUR DISTINGUER
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ
LIMITE ET LE TROUBLE DE L'HUMEUR

- ▶ Obtenir le point de vue des proches
- ▶ Éviter les questions sous forme de suggestions (ex. : dire : « Comment était votre sommeil durant cette période ? » plutôt que « Est-ce que vous ressentiez moins le besoin de dormir durant cette période ? »)
- ▶ Porter attention à l'examen mental (activité psychomotrice, affects mobilisables ou non, réaction à l'humeur, démarche, etc.)
- ▶ Vérifier explicitement la présence de critères du trouble de la personnalité limite en portant une attention particulière aux relations interpersonnelles, aux relations de travail, etc.
- ▶ Attention au piège d'un diagnostic rétrospectif hâtif (questionner aussi les proches, obtenir les dossiers antérieurs, etc.)

Tableau des auteures

TABLEAU III

SUIVI MÉDICAL D'UN PATIENT
SOUFFRANT D'UN TROUBLE
DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Éviter

- ▶ l'usage de benzodiazépines en raison du potentiel de dépendance
- ▶ les arrêts de travail de durée indéterminée
- ▶ les traitements de faveur (ex. : des rendez-vous à des heures imprévues, plus rapprochés ou plus longs que nécessaire)

Favoriser

- ▶ la prise de responsabilité
- ▶ la réinsertion sociale
- ▶ l'orientation vers des groupes de soutien (ex. : alcooliques anonymes, dépendants affectifs anonymes, centre de femmes, groupes spécialisés pour victimes de violence et d'agressions sexuelles, pour parents avec enfants difficiles et pour hommes violents, ressources de médiation et d'aide au budget)

Tableau des auteures

(Ce qui constitue le processus d'encadrement) et transforme le patient en partenaire. Le livre *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*, de Sandra d'Auteuil et Caroline Lafond, est un exemple d'outil de psychoéducation pour les proches¹⁵. La psychoéducation souligne que le trouble de la personnalité limite, en partie héréditaire, entraîne une hypersensibilité au stress et est lié à une hyperactivité de l'amygdale (hyperstimulée) et à une hyporéactivité du lobe préfrontal. Cette formulation assoit la base biologique du trouble (et son sérieux) au même titre que celle des troubles de l'humeur. Le patient et ses proches apprennent que la plupart des troubles de la personnalité limite s'atténuent avec le temps, que plusieurs types de psychothérapie sont efficaces, mais que la majorité des patients connaîtront des améliorations seulement avec le temps sans ces thérapies¹⁴. Une « assez bonne » pharmacothérapie, dont les limites sont connues, est un important facteur de contenance pour le patient qui y voit la reconnaissance de sa souffrance¹⁶. Pour maintenir la collaboration, certaines attitudes sont de mise : être actif mais non réactif, contenir l'expression des émotions, soutenir sans prétendre savoir ce qui est le mieux dans la vie du patient, lui remettre la responsabilité de ses actes et de leurs conséquences. Enfin, le but est d'orienter le patient vers un avenir meilleur et d'insister sur la résolution de problèmes concrets dans sa vie présente.

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET TROUBLE DE L'HUMEUR : COMMENT RENFORCER LE CADRE ?

Le trouble de la personnalité limite s'accompagne souvent d'autres troubles de santé mentale, plus particulièrement

de troubles de l'humeur. Régulièrement, le trouble de la personnalité limite n'est pas considéré, le médecin se sentant mal outillé pour effectuer des interventions psychosociales. Cependant, chaque médecin devrait intervenir lorsqu'un état limite concomitant à un trouble de l'humeur doit être pris en compte en priorité afin de prévenir une dérive iatrogène. Peu d'études ont établi ce qui doit devenir la cible principale du traitement en cas de comorbidité « trouble de la personnalité limite – trouble de l'humeur ». Néanmoins, en l'absence de recherches importantes, Gunderson soumet quelques propositions¹⁴ (tableau III). Ainsi, il faut traiter le trouble concomitant au trouble de la personnalité limite (dépression ou trouble bipolaire) en premier lorsque la gravité de la dépression ou de la manie ne permet pas au patient de participer activement à son traitement psychothérapeutique. Par ailleurs, il faut intervenir parallèlement dans les cas de toxicomanie étant donné les troubles de jugement associés. Même principe lorsque la motivation manque, comme chez un patient atteint d'un trouble de la personnalité antisociale ou d'anorexie mentale. Soulignons que parmi ces troubles, seul l'épisode maniaque exige une intervention d'abord et avant tout médicamenteuse.

À l'inverse, il faut soigner le trouble de la personnalité limite en premier si une rémission est peu probable pour le trouble de l'humeur concomitant ou, lorsqu'il y a rémission, si le risque de rechute du trouble de l'humeur est lié à l'état limite par manque d'observance du traitement, par exemple.

S'il est important de cibler le traitement du trouble de la personnalité limite d'abord, il ne faut pas exclure l'emploi

du médicament approprié contre les troubles de l'humeur. Il faut d'emblée combiner les interventions psychoéducatives et pharmacologiques. Certains problèmes peuvent survenir. Si un patient ne veut pas réduire son traitement pharmacologique excessif en dépit d'avantages incertains ou absents, le médecin doit affirmer son opinion clinique, mais tolérer un certain temps le point de vue du patient, à moins que les effets indésirables ne soient trop problématiques. Lors d'un essai, le médecin doit aussi aviser clairement le patient qu'en cas d'inefficacité, le médicament sera progressivement réduit. Pendant une crise interpersonnelle, le recours à un sédatif (mais pas une benzodiazépine en raison des risques de dépendance et d'abus) peut être avantageux pour soulager la souffrance et renforcer la collaboration du patient. Si le patient refuse tout médicament, vous pouvez préciser qu'un traitement pharmacologique pourrait l'aider, mais que vous le laissez libre de l'essayer ou non. Parfois, le patient veut être traité uniquement pour une dépression, car il n'admet pas le diagnostic de trouble de personnalité limite, qui a pour lui une connotation négative. Le médecin doit alors souligner que la dépression majeure et le trouble de la personnalité limite sont très souvent concomitants. La souffrance du patient doit être validée, tout comme son désir d'un soulagement rapide. Le médecin peut prescrire un médicament contre la dépression, tout en informant le malade que l'atténuation de son trouble de la personnalité limite aurait de fortes chances d'être aussi utile contre sa dépression majeure, sans les effets indésirables des antidépresseurs (comme un gain de poids). Vous précisez également que la psychothérapie sera plus efficace à moyen et à long terme.

Dans d'autres cas, le patient a reçu un diagnostic de trouble bipolaire de type 1 ou de type 2 et est traité par des stabilisateurs de l'humeur. Son état est relativement stabilisé, mais une impulsivité et une instabilité émotionnelle persistent malgré tout. Il n'est cependant pas nécessaire de remettre en question le diagnostic de trouble bipolaire. Il s'agit plutôt d'aborder la question de la comorbidité.

CONCLUSION

Somme toute, la psychoéducation et le processus d'encadrement doivent permettre de réduire le clivage qui a longtemps existé entre ce qui relevait de la « maladie » associée aux troubles de l'axe I et ce qui relevait plutôt d'un « mauvais caractère » lié aux troubles de l'axe II. Un avantage manifeste du DSM-5 est qu'il se révèle « désaxé » : le trouble de la personnalité limite est enfin devenu un trouble mental comme les autres. Quant à votre réponse à Sandra, tout dépendra de votre évaluation diagnostique! Dans l'incertitude: primum non nocere (d'abord, ne pas nuire). //

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Près de la moitié des patients dysthymiques (trouble dépressif persistant) souffriraient d'un trouble de la personnalité.
- ▶ Le patient et ses proches apprennent que la plupart des troubles de la personnalité limite s'améliorent avec le temps.
- ▶ Dans le cas des patients ayant une comorbidité « trouble de la personnalité limite et trouble de l'humeur », les interventions psychoéducatives et pharmacologiques doivent d'emblée être combinées.

Date de réception : le 17 avril 2015

Date d'acceptation : le 30 mai 2015

Les Drs^{es} Christiane Bertelli et Ouanesa Younsi n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rosenbluth M, MacQueen G, McIntyre R et coll. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24 (1) : 57.
2. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 2005; 7 (suppl. 3) : 40.
3. Ibid., p. 18.
4. Ibid., p. 20.
5. Ibid., p. 46.
6. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et coll. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364 (9432) : 454.
7. Bayes A, Parker G, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27 (1) : 14-20.
8. Johnson AB, Do J, Gentile JP. Accurately diagnosing and treating borderline personality disorder: A psychotherapeutic case. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7 (4) : 21-30.
9. Rosenbluth M, MacQueen G, McIntyre RS et coll. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24 (1) : 58.
10. Ibid., p. 56-68.
11. Paris J. *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. New York : Oxford University Press; 2013. p. 183-5.
12. Frère P, Denis JP. Sur quel axe danser ? Dépistage des troubles de l'axe II. *Le Médecin du Québec* 2010; 45 (11) : 39-43.
13. Ménard N. C'est quoi mon diagnostic, docteur ? *Le Médecin du Québec* 2010; 45 (11) : 47-51.
14. Gunderson JG, Links P. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. [chap. : Making the diagnosis]. Arlington : American Psychiatric Publishing; 2014. p. 21-5.
15. Lafond C, D'Auteuil S. *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*. Montréal : Bayard Canada; 2010. 156 p.
16. Gunderson JG, Links P. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder* [chap. 5 et 6]. Arlington : American Psychiatric Publishing; 2014. p. 41-55.