

Troubles de personnalité

Thanh-Lan Ngô, M.D., M.Sc., FRCPC

Psychiatre répondant, GASMA CDI

Avril 2019

Se présentent pour

- Abus de substance ou alcool
- Dysfonction sexuelle
- Trouble anxiété généralisée
- Trouble bipolaire
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Trouble panique
- Dépression caractérisée
- Trouble alimentaire
- TDAH

Epidémiologie

- Les troubles de personnalité sont fréquents:
 - 9% de la population a un trouble de personnalité
 - Prévalence à vie 10-13%
 - 30% des patients en première ligne
- Les patients avec un TP:
 - Ont plus de problèmes de santé
 - Peuvent moins bien répondre au traitement
 - Utilisent plus fréquemment les soins de santé
 - Coûts plus élevés des soins de santé

Les troubles de la personnalité

- Traits de personnalité non adaptés dans la façon de **penser**, de **ressentir**, de réguler ses **impulsions** et ses **relations aux autres**.
- Depuis la fin de l'adolescence ou le début de l'âge adulte et sont relativement **constants** dans le temps.
- Mode **durable, rigide, envahissant** dans différentes situations personnelles et sociales
- **Souffrance cliniquement** significative ou **altération du fonctionnement** social/professionnel/autre domaine important

Les troubles de la personnalité

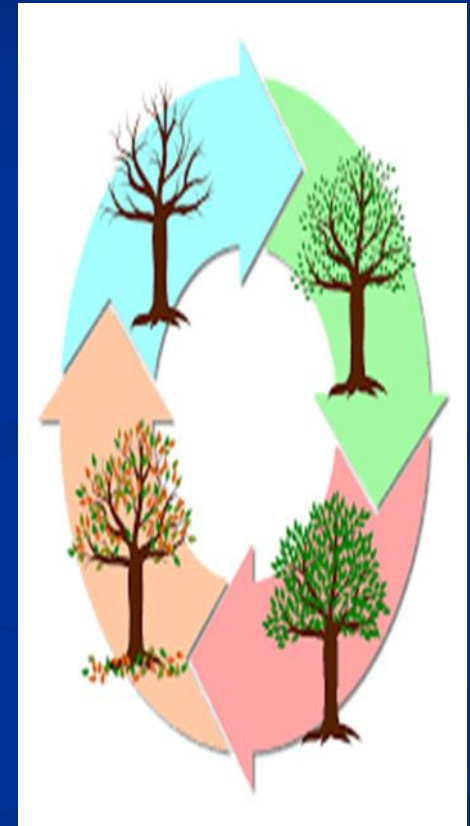
Les traits de personnalité affectent typiquement:

- L'image et l'estime de soi
- La manière dont on voit les autres
- La vie scolaire, professionnelle et/ou familiale.



Troubles de la personnalité

- Ne sont pas nécessairement permanents:
 - Plusieurs traits peuvent changer avec l'âge (ex: moins d'intensité, meilleure gestion de certaines situations).
 - Les problèmes peuvent toutefois resurgir dans des périodes de stress.
- S'améliorent plus rapidement grâce à un traitement
- Auraient un meilleur pronostic que la dépression.

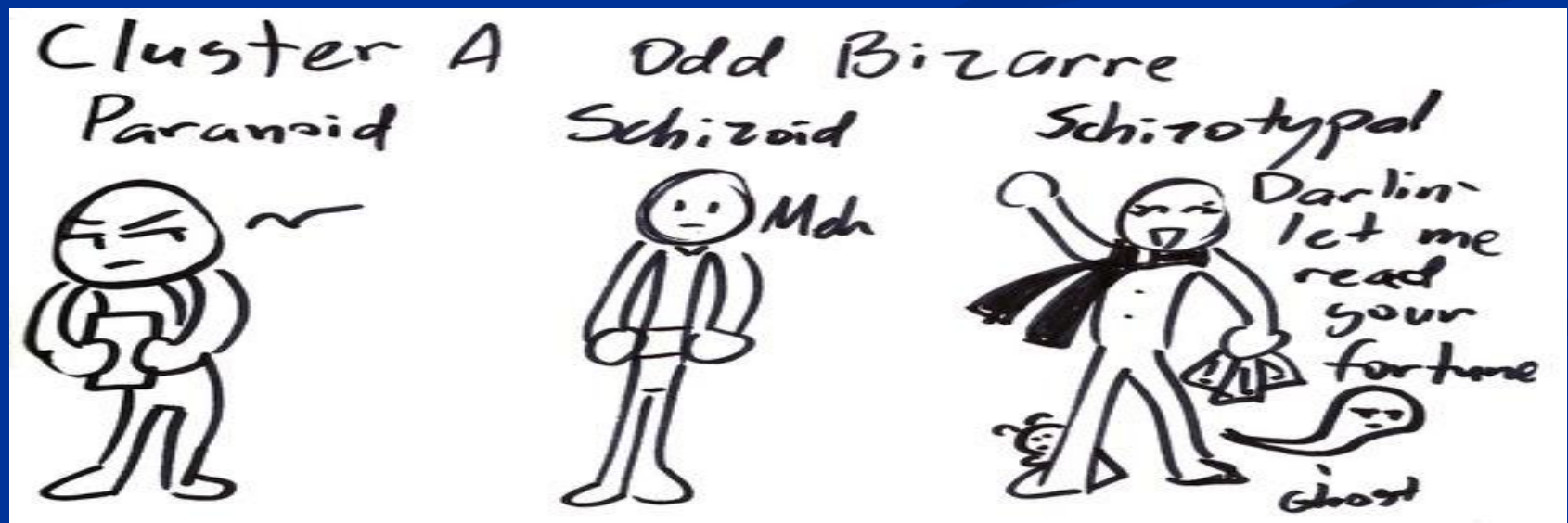


Causes

- Émergence résulte d'une combinaison:
 - d'influences **génétiques** (tempérament, vulnérabilité)
 - d'influences **environnementales** négatives pendant l'enfance.
- Selon le poids de ces facteurs, certaines caractéristiques viennent à dominer notre façon d'être en relation avec autrui.

Groupe A: MAD: bizarre, excentrique

- Schizotypique: excentrique
- Schizoïde: solitaire
- Paranoïde: méfiant



Schizotypique

■ Gêne aigue dans relations intimes, distorsions cognitive et perceptuelles, excentrique

1. Idées de référence
2. Croyances bizarres
3. Perceptions bizarres
4. Pensée et langage bizarre
5. Méfiant
6. Pauvreté des affects
7. Bizarre, excentrique
8. Pas d'amis proches
9. Anxiété sociale excessive qui ne diminue pas (craintes persécutoires)



Manifestations cliniques

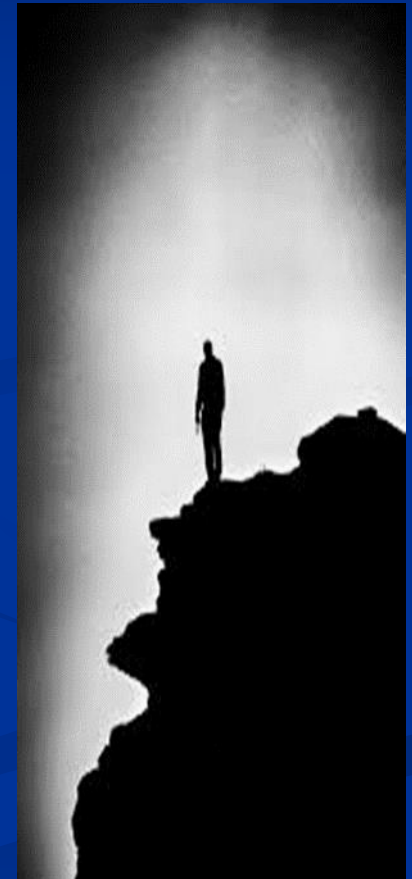
- Isolement, déficit social
- Inconfort et anxiété sociale
- Croyances bizarres
- Perceptions inhabituelles
- Discours et présentation bizarre
- Comportement excentrique
- Affect inapproprié et plat

Généralités

- 3.5% de la population
- Plus d'hommes
- Chronique, peuvent devenir schizophrènes
- Traitement:
 - Au début: professionnel, explications claires, tolérer comportements bizarres, ne pas remettre en question idées paranoïdes
 - Psychotropes: antidépresseurs, antipsychotiques
 - TCC
 - Entraînement aux habiletés sociales

Schizoïde

- Détachement et restriction des affects par rapport autrui, vie intérieure secrète
- 1. N'apprécie pas relations proches
- 2. Choisit activités solitaires
- 3. Pas d'intérêt pour relations sexuelles
- 4. Peu de plaisir
- 5. Pas d'amis
- 6. Indifférent aux éloges/critiques
- 7. Froideur



Manifestation clinique

- Froid, distant
- Difficulté à nouer des relations
- Isolement
- Affect restreint-pas d'expression émotionnelle
- Pas d'intérêt pour les gens, les activités

Généralités

- Prévalence: moins de 1%
- Plus fréquent chez les hommes
- Facteurs prédisposants:
 - Timidité
 - Génétique
 - Parents négligents et froids
 - Densité de récepteurs dopaminergique moins élevée
 - Expériences traumatiques
 - AF: TP schizoïde ou paranoïde

Traitement

- Ne cherchent pas de traitement (difficulté à faire confiance ou établir relation proche)
- Premier contact: professionnel, explications claires, éviter sur-implication (problème social ou personnel)
- Modeling: relations saines, expression émotionnelle
- Entraînement à l'empathie: enseigner comment identifier, exprimer et répondre aux émotions
- Habilités sociales
- Établir réseau de soutien

Schizoide vs schizotypal

SCHIZOID

VOLUNTARY SOCIAL
WITHDRAWAL AND LIMITED
EMOTIONAL EXPRESSION



SCHIZOTYPAL

INTERPERSONAL
AWKWARDNESS, SOCIAL
ISOLATION, SUPERSTITIOUS,
ECCENTRIC APPEARANCE,
ODD SPEECH



Paranoïaque

- Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes
- 1. S'attend à être exploité
- 2. Doute loyauté amis
- 3. Réticent à se confier
- 4. Significations cachées
- 5. Perçoit attaques
- 6. Rancune
- 7. Doute fidélité conjoint



Manifestations cliniques

- Suspicion chronique
- Méfiant par rapport à autrui-collaboration
- S'attend au pire d'autrui-fantaisies irréalistes, stéréotypes négatifs
- Pas ouvert
- Doute constamment de la loyauté
- Ne pardonne pas
- Vindictif-procès
- Cultes?

Généralités

- Prévalence: 0.5-2.5%
- Genre: hommes
- Facteurs culturels: attention si minorité, immigrant
- Intensité diminue avec le temps (40-50 ans)

Traitement

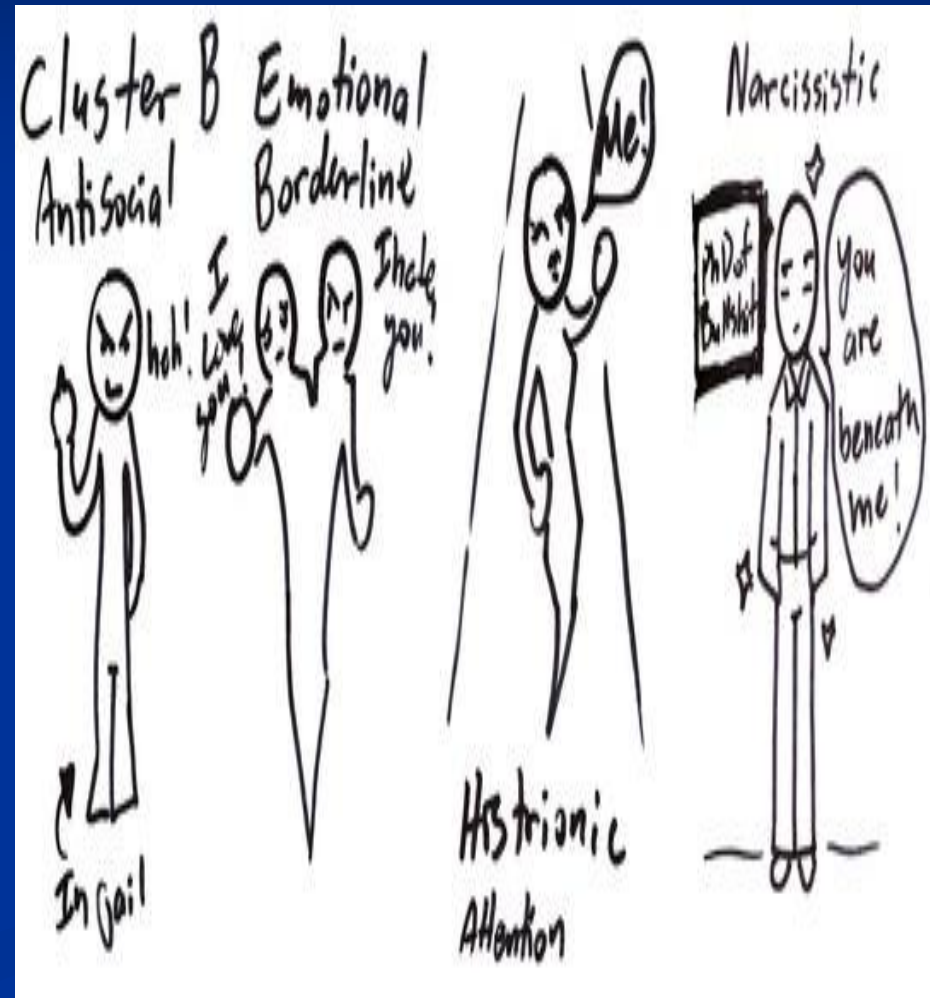
- Ne cherchent pas à être traités à moins que impact important sur sa vie
- Au début: professionnel, explications claires, empathie p/r peurs, ne pas remettre en question directement idées paranoïdes
- Alliance thérapeutique: non menaçant, formel, honnête, professionnel, pas trop chaleureux ou humoristique, s'attendre à accusations et mépris, ne pas confronter directement
- TCC: ré-évaluer croyances a/s autrui
- Traitement plus ou moins efficace

Invitation à l'anniversaire du superviseur

	Pensées	Comportements
Paranoïde	Il a obtenu sa position par duperie Mes collègues vont m'avoir Ils vont me licencier	Accuser le superviseur Ne pas aller à la fête Irritable au travail Hypervigilant p/r collègues
Schizoïde	Je ne veux pas y aller Je veux rester à la maison Je ne m'amuserai pas	Reste chez lui Dit au superviseur qu'il n'y ira pas de façon détachée
Schizotypal	Je suis supposé y aller car quelque chose de surnaturel va se passer Pourquoi m'a-t-il choisi? Serai-je préparé à ce qui va survenir?	Vêtements bizarres Détaché des autres Parler de façon élaborée

Groupe B: BAD: dramatique, émotif, égocentrique

- Antisocial: insoumis
- Limite: imprévisible
- Narcissique: prince
- Histrionique: diva



Antisocial

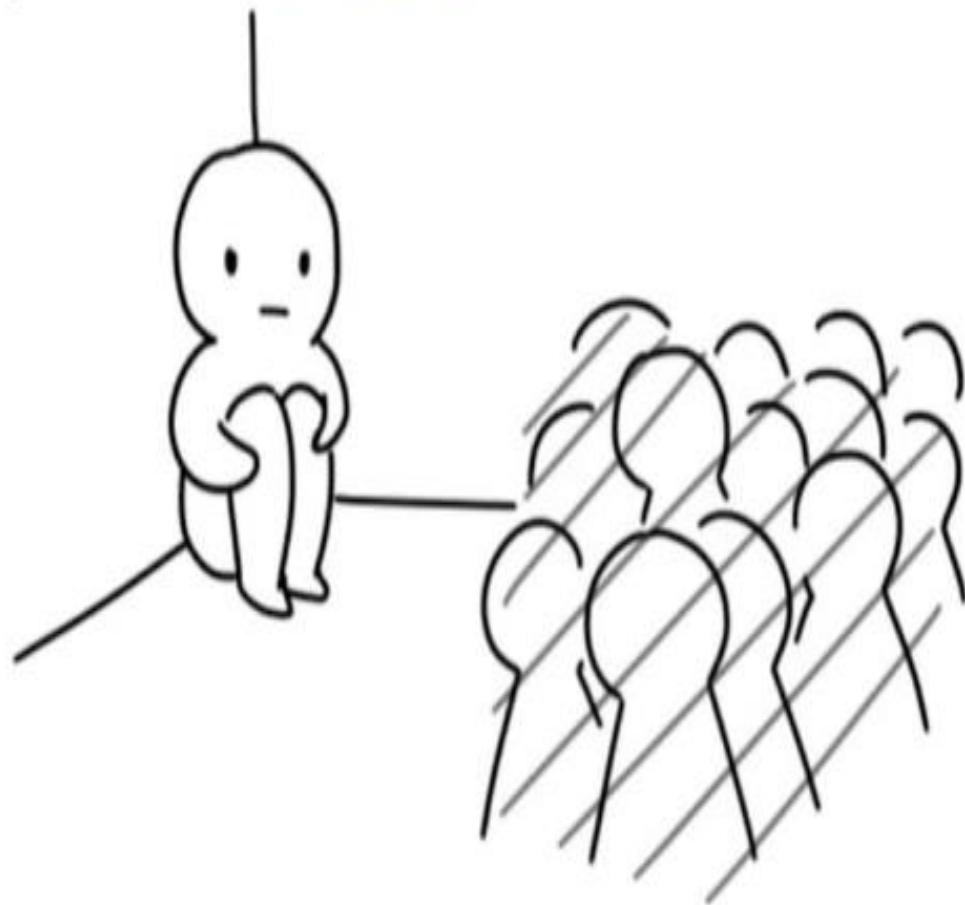
- Mépris et violation des droits d'autrui, malhonnête, irresponsable, explosif
 1. Ne respecte pas les lois
 2. Trompe les gens
 3. Impulsif
 4. Agressif
 5. Mépris de la sécurité d'autrui
 6. Irresponsable
 7. Pas de remord



antisocial

?

asocial



Manifestations cliniques

- Agressif
- Charme superficiel
- Égocentrique
- Facilement ennuyé
- Ment
- Manipulateur
- Relation utilitaire
- Pas de remord
- Pas d'empathie
- Teste les autres
- Criminel: les règles ne s'appliquent pas

Généralités

- 3% des hommes, moins de 1% des femmes
- Plus chez les pauvres, milieu urbain
- 50% des prisonniers
- Consulte car gain secondaire (certificat invalidité, BES, diminuer sa peine) ou désintoxication
- Chronique, moins pire dans la 40aine

Généralités

■ Causes:

- Biologique: génétique, niveaux faible de SE, moins excitable, ondes thêta, difficulté à contrôler impulsivité, téméraire
- Environnement: parents inconstantd, négligence, abusif, peu impliqué; stress chronique; trauma

■ Traitement:

- Psychothérapie: peu efficace
- Identifier rapidement: focus sur compétences parentales, résolution de problème, conscience des émotions, connaissance de soi, contrôle des émotions, gestion du cadre

Etat limite



- Instabilité relations, image de soi, affects, impulsivité
- 1. Effort pour éviter abandon **SENSIBILITÉ**
- 2. Relations instables, intenses **INTERPERSONNELLE**
- 3. Réactivité humeur
- 4. Colère intense/inappropriée **DYSRÉGULATION**
- 5. Vide **ÉMOTIONNELLE**
- 6. Perturbation identité **COGNITION/SOI**
- 7. Stress: idée persécutoire ou dissociation
- 8. Impulsivité **IMPULSIVITÉ**
- 9. Comportements suicidaires et automutilation

Généralités

- 1%
- 75% femmes
- Suicide: 6-10% et Tentatives: 60-70%
- 75% a déjà pratiqué l'auto-mutilation

Pourquoi s'auto-mutiler?

(Sheare, 1994)

Raisons/fonctions de l'auto-mutilation	%
Ressentir une douleur physique ou diminuer douleur psychique	59
Se punir d'être mauvais	49
Contrôler ses émotions	39
Exercer contrôle	22
Exprimer colère	22
Ressentir quelque chose, surmonter le détachement	20

Trouble de la personnalité limite (TPL)

Maladie Affective Bipolaire (MAB)

Impulsivité	Présente régulièrement	Présente seulement lors des épisodes de manie (Speedy – High...)
Affects de colère	Très fréquents Variations très fréquentes Rare stabilité prolongée	Rares ou non présents Habituellement d'humeur stable
Variation des humeurs	Périodes très courtes de quelques minutes à quelques heures Parfois comparée à des montagnes russes!	Périodes prolongées de manie (High-Speedy) et parfois d'autres de dépression. Ces épisodes persistent pendant au moins 2 semaines et lors de ses épisodes, l'humeur est très différente de l'humeur habituelle
	Variations des humeurs souvent associés à des stress / événements relationnels	Pas de stress relationnels spécifiques
Relations (avec les autres)	Souvent instables	Instabilités seulement durant les épisodes de manie ou de dépression
Automutilation / Gestes suicidaires/ Vide intérieur	Souvent présents	Rare / pas relié au diagnostic de MAB
Médication	Utilisation occasionnelle et le plus souvent pour un temps limité	Nécessaire

source: PTRP Drs David + Bérubé

Trouble comorbide	% chez les TPL	Est-ce que le TPL est «primaire»	Explication / raison
dépression majeure	50	oui, le + souvent	rémission du trouble dépressif si rémission du TPL
bipolaire type 1	?	non	ne répond pas au traitement pour TPL
bipolaire type 2	10	oui ?	rémission du Bipolaire type 2 si rémission du TPL
trouble panique	50	oui	rémission si rémission du TPL
abus de substance	35	non	sobriété aide beaucoup au traitement du TPL
trouble narcissique	15	oui ou ?	réponse au traitement du TPL mais le trouble narcissique s'améliore si le TPL s'améliore
trouble alimentaire (anorexie)	20 ?	non	si anorexie sévère, ne peut profiter du traitement pour les TPL
trouble alimentaire (boulimie)	?	oui	boulimie considérée comme un agir impulsif

source: J. Gunderson modifié

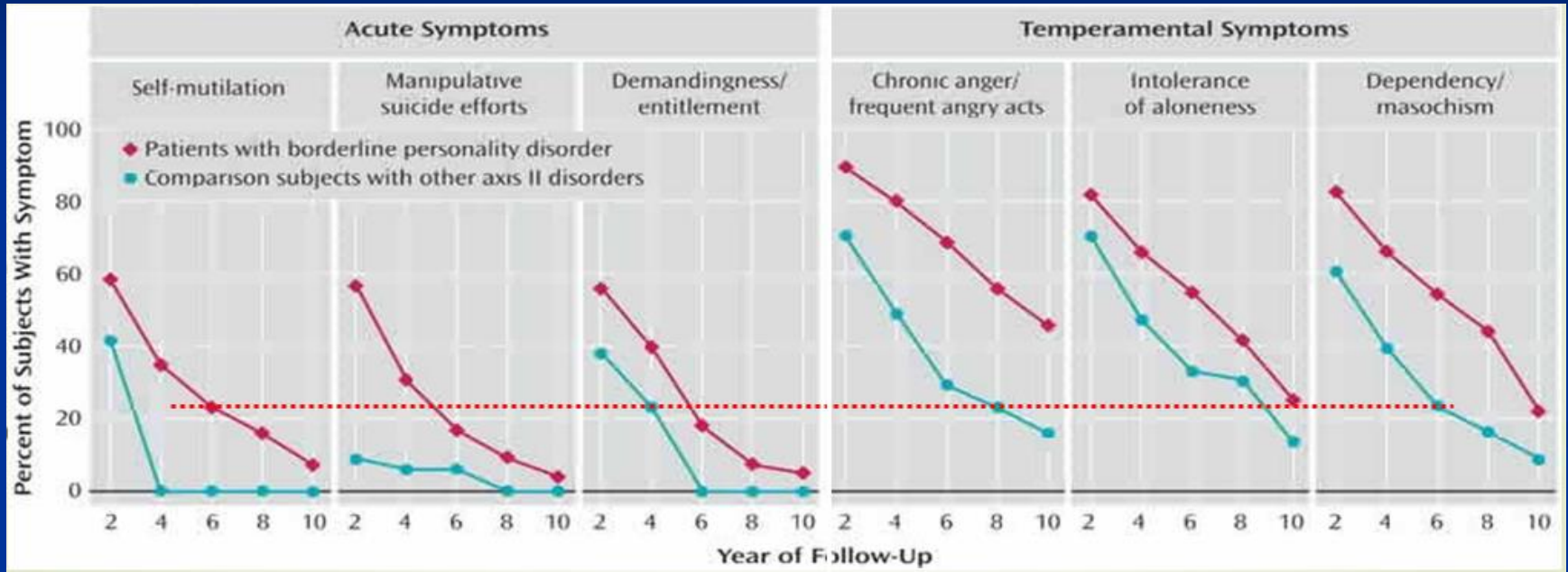
Causes

- Génétique: sérotonine, dopamine
- Attachement insécore: capacité de mentalisation fragile
- Dynamique familiale chaotique, abusive: abandon, négligence, conflit parental, invalidation émotionnelle, séparations prolongées, surimplication, contrôle sans émotion, parents malades
- Trauma dans l'enfance: maltraitance, abus sexuel, négligence

Biologie

- Neuropsychologie:
 - Signes neurologiques mineurs (soft signs)
 - Dysfonction exécutives (cortex préfrontal) (O'Leary)
 - Difficultés à discriminer et planifier les tâches
 - Peu de flexibilité dans les cognitions
 - Raisonnements bizarres (clairvoyance, pensée magique, 6^{ème} sens)
 - Pensées dichotomiques, surévaluées
- Imagerie:
 - EET: dysfonctionnement cérébral non focalisé (Cowdry, 1985)
 - RMN: altération circuit orbito-frontal limbique
 - Petit lobe frontal (Lyo, 1998)
 - Dysfonctionnement amygdale et hippocampe/petit volume (Driessen, 2000, van Elst, 2003)
- Etudes de réactions à la douleur, aux stimuli, aux événements mobilisant affect

Bonne évolution



Jeune: instabilité, dysfonction, risque suicidaire

30 ans: plus stable dans les relations et profession

85% rémission à 10 ans, rechute rare

25-50% stabilité sociale

Evolution (Zanarini, 2010)

- Ce qui s'améliore plus rapidement (0-4 ans):
 - Automutilation
 - Gestes suicidaires
 - Demandes erratiques et répétées d'aide
 - Transgression du cadre de traitement
 - Abus/dépendance aux substances
- Ce qui s'améliore plus lentement (4-8 ans)
 - Comportements impulsifs
 - Intolérance à la solitude
 - Anxiété/symptômes dépressifs
 - Expériences perceptuelles bizarres
 - Relations interpersonnelles chaotiques
- Ce qui s'améliore très lentement (8 ans et plus)
 - Sentiment de colère
 - Vide intérieur

Qui évolue bien?

(Zanarini, 2018)

- QI élevé
- Compétence travail dans l'enfance
- Bon parcours professionnel à l'âge adulte
- Moins de névroticisme
- Agréabilité

Traitement

- Attention à l'idéalisation, être réaliste à propos de buts, risques, effets secondaires
- Approches prudente, structurée, collaborative (trop impliqué ou pas assez)
- Éviter les distracteurs (dépression, voix dans la tête)
- Être honnête, constant, sans jugement
- Perspective long terme
- Equilibre
- Co-supervision

D'abord ne pas nuire

Éviter	<ul style="list-style-type: none">- L'usage de benzodiazépines à cause 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	<ul style="list-style-type: none">- La prise de responsabilité- La réinsertion sociale- L'orientation vers des groupes de soutien (Ex. : alcooliques anonymes, dépendants affectifs anonymes, centre des femmes, groupes spécialisés pour victimes de violence et d'agressions sexuelles, pour parents avec enfants difficiles, pour hommes violents, ressources de médiation, d'aide au budget)

Des difficultés significatives en emploi ?

Aspects positifs

- Enthousiaste / dynamique
- Intelligent
- Souvent beaucoup d'entregent
- Bonne capacité à trouver et obtenir un emploi

Aspects négatifs

- Instable dans leur enthousiasme et implication
- Instabilité relationnelle
- Impulsivité
- Identité mal définie et insécurité

Difficultés spécifiques des TPL

Stratégies déficiente de gestion des stress

Difficultés à:

- Communiquer leurs besoins
- Mettre des limites
- Tolérer/gérer l'autorité et les critiques
- Identité mal définie et insécurité

Souvent sur-engagement au travail qui mène à l'épuisement ou au sentiment d'être exploité

Confiance limité dans ses capacités

Des difficultés significatives en emploi ?

Ce qui favorise la réinsertion en emploi

Activation / mobilisation de la personne

Environnement stable et des tâches précises
Rétroaction directe, constructive / validation des supérieurs / patrons
Support au travail (psychologique, coach, amis...)

Traitement concomitant du TPL ou sont ciblé la réduction des symptômes et la participation au travail...

Collaboration entre l'employeur (qui doit démontrer une ouverture), l'équipe de soin, l'assureur (s'il y en a un!)

Traitement pharmacologique (Revue Cochrane, 2015)

- **Médicament: aucune médication indiquée, adjuvant**
- ISRS ne sont pas recommandés en première intention pour la dysrégulation affective et l'impulsivité ou les antipsychotiques à petite dose pour les symptômes cognitifs-perceptuels
- ISRS seulement pour la dépression majeure
- Antipsychotiques:
 - abilify (impulsivité, problèmes interpersonnels, colère, psychose, dépression, anxiété): accusation de fraude ,
 - zyprexa (colère, instabilité affective, psychose, anxiété),
 - haldol (colère),
 - seroquel (dysrégulation affective, sx cognitifs et interpersonnels»AM et TS)
 - études ouvertes: risperdal, invega, clozaril
 - effets secondaires zyprexa: plus d'idéations suicidaires et auto-mutilation, prise de poids, appétit, somnolence, sédation, bouche sèche, fonction hépatique, FSC et lipides, Ca et PRL
- Stabilisateurs de l'humeur:
 - Épival: problèmes interpersonnels, dépression
 - Lamictal: colère, impulsivité
 - Topamax: problèmes interpersonnels, colère, impulsivité, anxiété-groupe accusé de fraude
- Omega 3: mais une étude non publiée
 - diminuer suicidalité, dépression, fonctionnement,
 - en combinaison avec VPA:diminue intensité TPL, impulsivité, instabilité affective, colère
- Clonidine: agoniste adrénergique alpha 2: si ESPT: diminue éveil, tension, problème sommeil

THE STATE OF KNOWLEDGE ABOUT PHARMACOTHERAPY OF BPD

- **About 30 RCTs have been conducted (antipsychotics (AP) > antidepressants (AD) > mood stabilizers (MS) > others), usually with small samples (avg N ~ 40), with variable outcome measures, and limited duration.**
- **No medication is uniformly or dramatically helpful.**
- **No drug has been licensed by the FDA as an effective treatment for BPD.**
- **Pharma-sponsored research has been limited by fears of violent or suicidal acts and associated liability.**
- **Polypharmacy is associated with multiple side-effects and no evidence supports augmentation.**
- **The number of medications taken is inversely related to improvement.**
- **Minimal attention has been given to medication effects on interpersonal relationships.**

Psychothérapie (Cochrane, 2012)

- Traitement principal
- Types:
 - Thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993)
 - Psychothérapie basée sur le transfert (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999)
 - Thérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2006)
 - Thérapie centrée sur les schémas (Arntz et Genderen, 2009)
 - Stepps (Nancy Blum, 2002)
- Principes:
 - Focus sur la relation thérapeutique dans l'ici et maintenant
 - Utiliser le contre transfert pour explorer la relation
 - Éduquer le patient pour qu'il puisse reconnaître leur propre réaction émotionnelle et ce qui les déclenche
 - Faire le lien entre les actions et les pensée et émotions (les leur et celles des autres)

Narcissique

- Sens de soi grandiose, Arrogant, besoin d'admiration et pouvoir, peu empathique, dénigrant, agressif si critiqué
 1. Manque d'empathie
 2. Fantaisie de succès
 3. Besoin d'être admiré
 4. Tout lui est dû
 5. Exploite autrui
 6. Manque empathie
 7. Envie les autres
 8. Arrogant et hautain
 9. Spécial, ne peut être compris que par gens spéciaux



Manifestations cliniques

- Égocentrique
- Besoin d'être spécial
- Se met en valeur
- Traitement de faveur
- Rage, attaque si perçoit menace
- Dénigre opinion d'autrui
- Problèmes relationnels
- Abus de substance, dépression, suicide

Trouble narcissique

Narcissique Grandiose

- Sens grandiose (surestime ses réalisations et ses capacités)
- Recherche l'admiration de l'entourage
- Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient
- Peut faire preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains

Narcissique Hypervigilant

(closet / inversé...)

- Est très sensible aux réactions des autres
- Est inhibé, gêné ou même tend à passer inaperçu
- Dirige son attention plus vers les autres qu'envers lui-même
- Recherche l'approbation de l'entourage
- N'aime pas être au centre de l'attention
- Écoute les autres avec grande attention pour déceler la moindre évidence de reproches ou de critiques
- Se sent blessé facilement, honteux, humilié

Généralités

- Moins de 1%
- 75% H
- Fréquent à l'adolescence
- Persona est un bouclier (vulnérabilité interne et dysrégulation). Exprimé de façon intense ou perfectionisme en sourdine.
- Difficulté avec vieillissement (ne peut plus satisfaire image de soi), peut s'améliorer avec le temps
- Causes: pas de modèle d'empathie, rejet, abandon, froideur, caprice, non fiable, enfant est une extension de soi, pas d'affection sincère

- Contribution du H. Kohut (1913-1981):
 - Décrit le trouble narcissique de la personnalité (diagnostic fait dans un contexte de transfert analytique)
 - Met emphase sur:
 - le développement du self et des phases de son développement:
 - Miroir (qui confirme à l'enfant sa magnitude / grandiosité)
 - Idéalisation d'objets
 - Alter-ego (procure à l'enfant un sens d'identité, d'humanité et de collaboration)
 - Concept de faille empathique: rupture / non disponibilité entre le self et le self-objet (ce qui survient lorsque le self-objet ne répond plus aux besoins du self)
 - Notion d'une frustration optimale (pour amener progressivement l'enfant à tolérer les failles de son omnipotence...)
 - Pas d'étape ultime d'individuation: pour lui le support et le soutien continue est souhaitable tout au long de la vie.

Traitement

- Famille insiste pour qu'il se fasse traiter ou suite à crise majeure
- Construire l'alliance
- Clarifier expérience et formuler les difficultés
- Tenir compte de difficulté à se voir, tolérer affect, réguler l'estime de soi
- Enseigner à accepter critique et rejet
- Apprendre empathie

Histrionique

- Émotions excessives, cherche l'attention

1. Veut être le centre d'attention

2. Séduction

3. Discours vague

4. Théâtral

5. Suggestible

6. Considère que les relations sont intimes

7. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante

8. Utilise son apparence pour attirer attention



Manifestations cliniques

- Présentation et expression flamboyante
- Réaction émotionnelle dramatique
- Requiert approbation/réassurance excessive
- Sollicitude
- Dépendante
- Impressionniste et superficiel
- Préoccupé par apparence
- Séduction, charme

Généralités

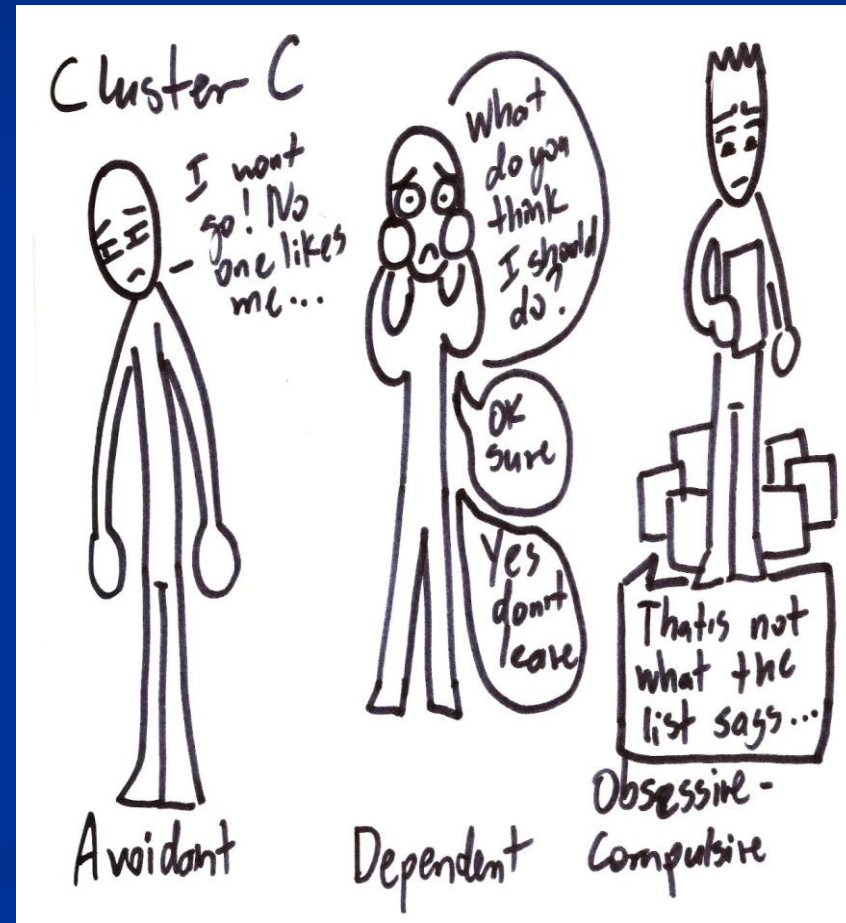
- 2-3% population
- H=F
- Stéréotypes de genre influence expression
- Difficulté vieillissement
- Chronique mais amélioré avec le temps
- Facteur qui contribue: besoin d'attention et de succès n'est pas rencontré
- Traitement: focus sur la recherche d'attention et ses conséquences, comportements interpersonnels problématiques

Pensées et comportements

	Pensées	Comportements
Antisocial	Que puis-je faire pour être choisi la prochaine fois-homme est un loup pour l'homme	Action illégale pour perturber la soirée; rumeurs sur la personne
Borderline	Elle doit me déteste, je ne vau rien, je n'aurai jamais de copain, ma vie est finie, j'étais en amour	Explosion d'émotion Automutilation Attirer l'attention impulsivement
Histrionique	Je ne peux pas l'endurer Quelqu'un m'a dit qu'elle était volage On était en amour	Drame Comportement séduisant Réaction émotive exagérée qui implique autrui
Narcissique	Pense brièvement au rejet, je suis supérieur, il m'envierait s'il savait qui j'étais	Parler de ses réussites pour qu'on l'entende Montrer qu'on connaît tout le monde Lui demander de nous appeler

Groupe C: SAD: anxieux, peur

- Évitant: timide
- Dépendant: dévoué
- Obsessionnel-compulsif: consciencieux



Évitant

Inhibition sociale, pas à la hauteur,
hypersensible au jugement négatif d'autrui

1. Évite activités qui impliquent contacts
2. Réticent à s'impliquer sauf si certain d'être aimé
3. Réservé dans les relations intimes (ridicule)
4. Craint critique ou rejet
5. Inhibé dans nouvelles relations (pas à la hauteur)
6. Se perçoit socialement incompetent



Manifestations cliniques

- Se sent inadéquat
- Faible estime personnelle
- Incompétence sociale
- Peur d'être critiqué
- Évite situation, activités, relations, personnes car peur de critique, rejet, ridicule, humilié

Généralités

- 0.5-1% de la population
- H=F
- Timidité dans l'enfance, pire avec le temps
- Causes: rejet parental/pairs, tempérament sensible
- Traitement: habiletés sociales et anxiété

Dépendant

Besoin excessif d'être pris en charge par autrui, d'avoir des conseils, d'être rassuré, soumis collant, peur de la séparation

1. Difficulté à décider
2. Difficulté à exprimer désaccord
3. Difficulté à initier projets
4. Impuissant si seul
5. Peur d'être abandonné
6. Besoin que d'autres assument la responsabilité
7. Cherche autre relation si la relation se termine
8. Cherche soutien (volontaire pour tâches désagréables)



Manifestations cliniques

- Peur d'être abandonné
- Peu confiance en soi
- Soumis, s'accroche
- Urgence, désespoir dans recherche de relation
- Besoin qu'on assume responsabilité-vulnérable aux abus
- Anxieux et désespéré lors de séparation
- Se fie sur autrui pour tout:
 - Prendre soin d'eux
 - Faire chose pour eux
 - Prendre des décisions
 - Les soutenir

Généralités

- 2%, fréquent en clinique
- H=F
- Causes: décès ou rejet de parent
- Traitement:
 - Au début: RV réguliers, limites réalistes, chercher soutien autrui
 - Puis développer compétences pour devenir autonome

Obsessionnel-compulsif

Discipline, valeurs, perfectionnisme, contrôle de soi (vs souplesse, ouverture, efficacité) qui engendre problèmes
Détails, règles, organisation

1. Perfectionnisme qui entrave achèvement des tâches
2. Dévotion excessive pour le travail vs loisir
3. Trop consciencieux, rigide p/r morale
4. Ne peut jeter objets inutiles
5. Ne peut déléguer
6. Avare
7. Têtu



Manifestations cliniques

- Contrôlant
- Croit qu'il doit être parfait pour être accepté
- Routine rigide
- Ordre
- Ne voit pas l'ensemble car préoccupé par détail
- Inefficient
- Workaholic
- Morale rigide
- Ramasseur
- Rigide, têtu
- Avare

Généralités

- 1-4%
- 2H:1F
- Traitement:
 - Consulte car dépression ou diminution de productivité
 - N'aime pas perte de contrôle: récit détaillé, dans l'ordre
 - Ne pas compétitionner avec le patient (diriger)
 - Parfois antidépresseur si trouble anxieux ou dépressif
 - Cibler besoin d'ordre, ruminations, procrastination, se sentir inadéquat

Rencontrer les parents du copain pour la première fois

	Pensées	Comportements
Évitant	Est-ce que je peux l'éviter? Ils ne vont pas m'aimer. Ils vont peut-être me critiquer?	Parle peu, évite la situation, acheter l'amour avec des cadeaux
Dépendant	Qu'est-ce que tu crois que je dois porter, dire? Il faut qu'ils m'aiment.	Proposer de garder les enfants pendant qu'ils vont au resto Rester à côté du copain Être d'accord avec tout ce qu'ils disent
Obsessionnel compulsif	Tout le monde fait les choses n'importe comment Je suis certaine que la gardienne du chien est incapable de bien faire son travail	Planifier des activités pour tout le voyage Listes mais fait ses valises à la dernière minute Détresse lorsque doit se

Self-administered Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SA-SAPAS)

Auteurs de la version originale: Paul Moran et Coll.

Version Française : Gaëtan Merhlot et Coll.

Nom : Prénom : Age : Sexe H F

Date : .../.../.....

Consignes :

Ce questionnaire s'intéresse à la façon dont vous vous comportez, à votre manière de penser et de ressentir les choses habituellement; c'est-à-dire à propos de votre comportement, de votre manière d'être, en général, (« la plupart du temps » et dans la « plupart des situations »).

Lisez attentivement chacune des questions, et, répondez à chacune d'elles par une seule réponse, au niveau des champs créés à cet effet.

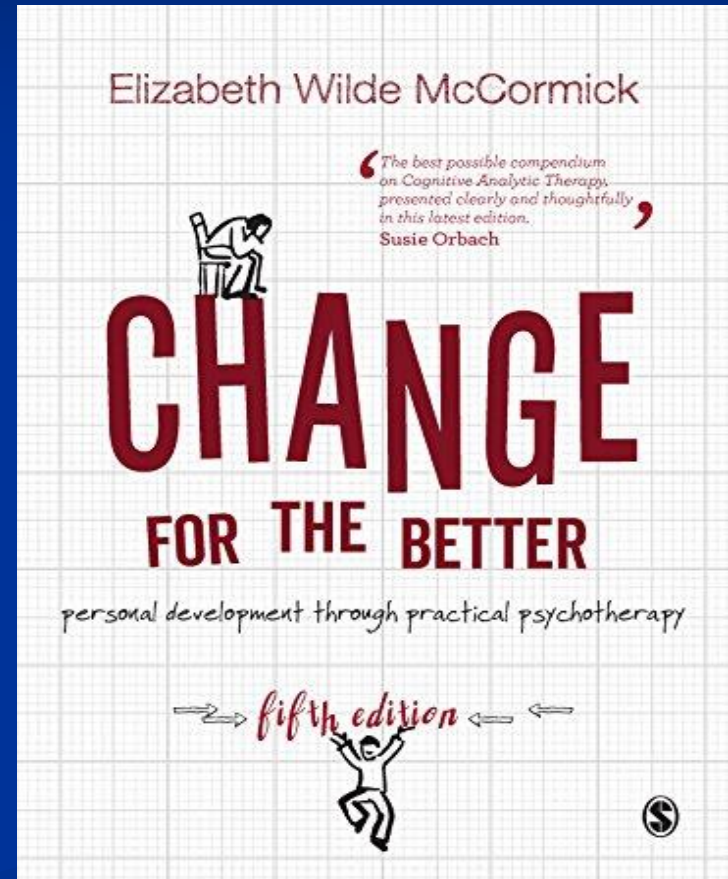
Cocher ce qui convient

- 1- En général, avez-vous des difficultés à vous faire des amis et à les garder? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 2- Vous décririez-vous comme quelqu'un de solitaire? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 3- En général, faites-vous confiance aux autres? Oui Non
Si la réponse est **non**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 4- Habituellement, est-ce que vous perdez facilement votre calme? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 5- Habituellement, êtes-vous quelqu'un d'impulsif? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 6- Habituellement, êtes-vous quelqu'un d'inquiet? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 7- En général, dépendez-vous beaucoup des autres? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non
- 8- En général, êtes-vous un(e) perfectionniste? Oui Non
Si la réponse est **oui**,
est ce que cela s'applique « la plupart du temps » et dans la « plupart des situations » ? Oui Non

Traitement des troubles de personnalité

- Psychothérapie long terme
- DBT: validation et techniques de changement, enseignement de compétences
- TCC: ré-évaluer les croyances conditionnelle et fondamentales, entraînement habiletés sociales, expériences comportementales
- Psychodynamique: emphase sur le transfert, effet des relations passées sur le présent
- Thérapie relationnelle/interpersonnelle: utiliser la relation thérapeutique et autres relations pour favoriser la croissance, le changement

Bibliothérapie troubles de personnalité



Psychothérapie des troubles de personnalité

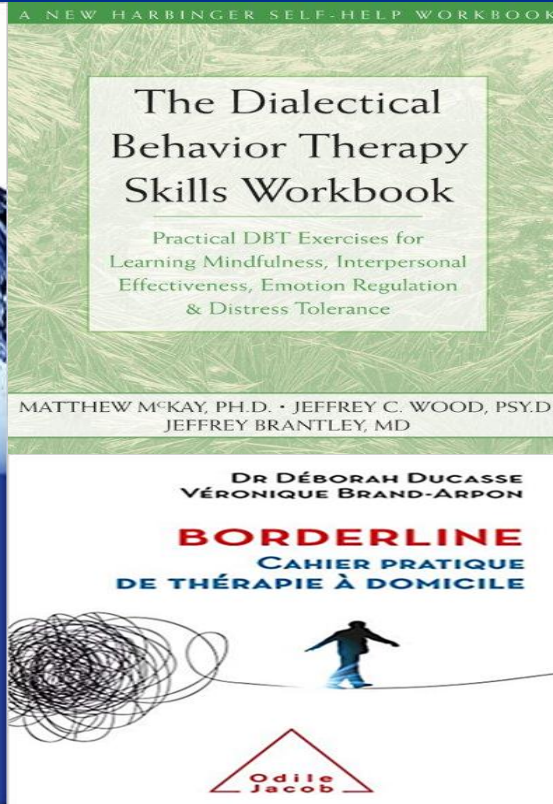
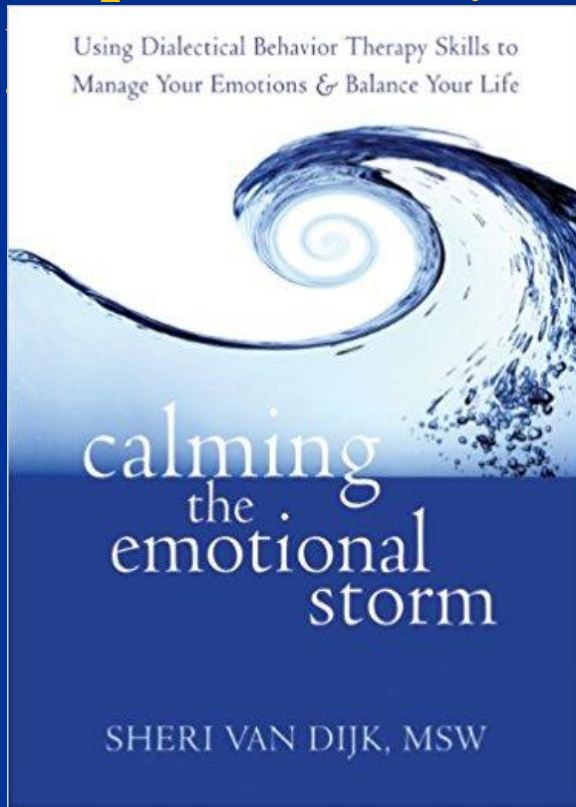
Thanh-Lan Ngô

Mai 2020

Thérapie dialectique comportementale

Thérapie dialectique comportementale

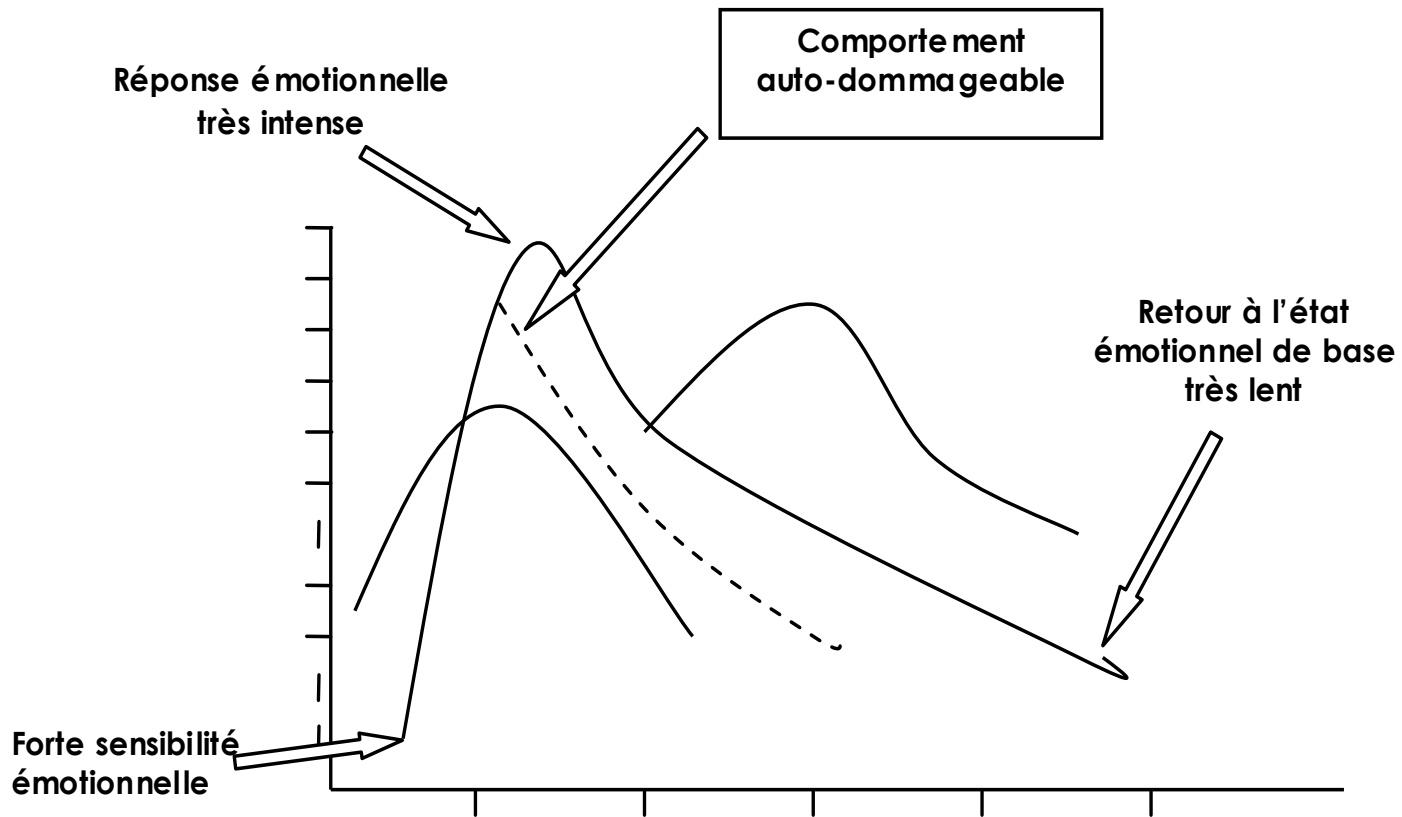
- <https://www.youtube.com/watch?v=V1GBvP>



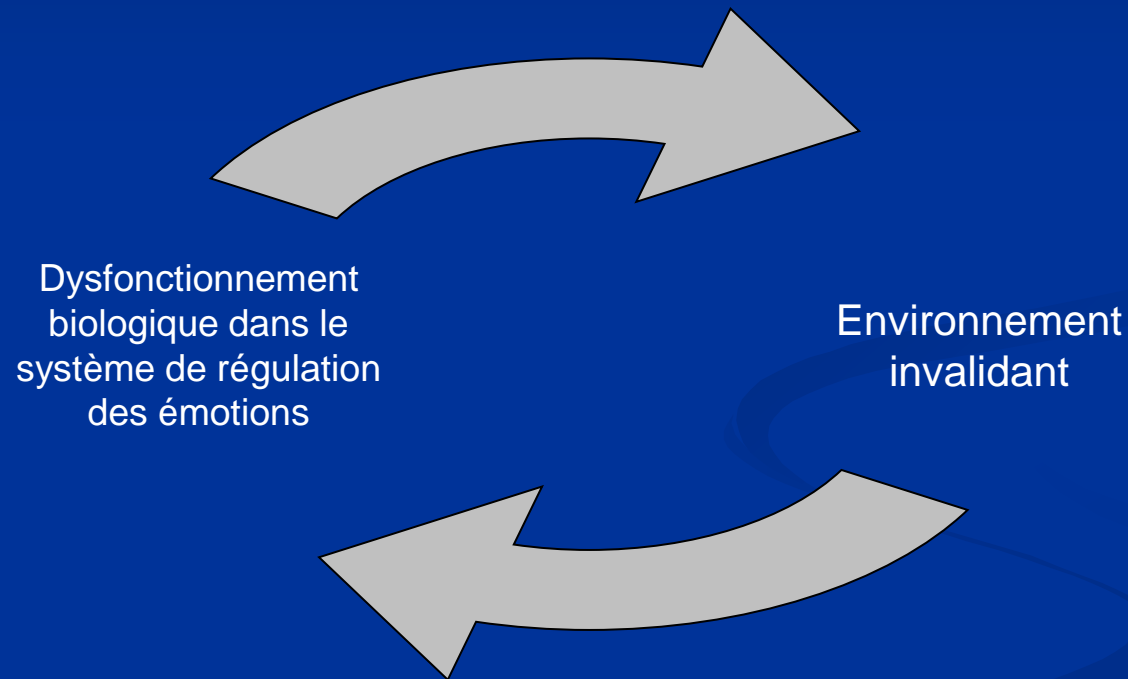
Thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993)

- But: traiter les patientes avec une personnalité limite, suicidaires, avec abus de substances
- Populations cibles:
 - Dépression chez les personnes âgées
 - Troubles alimentaires
 - Violence maritale
 - Adolescents

Vulnérabilité émotionnelle



Dysrégulation émotionnelle



Dysfonctionnement biologique dans le système de régulation des émotions

- Un dérèglement d'une partie du système de régulation émotionnelle peut provoquer une vulnérabilité émotionnelle et des difficultés dans la gestion des émotions.
- **Difficulté à réguler les émotions**
 1. Difficulté à inhiber les actions mal adaptées et dépendantes de l'humeur.
 2. Difficulté à apaiser soi-même les réactions corporelles liées aux émotions fortes.
 3. Difficulté à recentrer son attention en présence d'une émotion intense.
 4. Difficulté à planifier l'action en fonction de ses objectifs, et non en fonction de l'humeur.

Environnement invalidant

1. Rejette la communication des expériences personnelles :

L'individu apprend à :

Invalider les émotions ressenties.

Observer les autres pour savoir comment penser, ressentir, réagir.

Et n'apprend pas à :

Nommer ses expériences et ses émotions.

Quand faire confiance à ses émotions en tant qu'interprétations valides des événements.

Gérer ses émotions efficacement.

2. Punit l'expression des émotions et renforce de manière irrégulière et inappropriée les émotions intenses :

L'individu apprend à :

Osciller entre inhibition émotionnelle et déshinhibition totale (émotions extrêmes).

Et n'apprend pas à :

Exprimer avec précision ses émotions.

Communiquer sa douleur efficacement.

3. Sur-simplifie les buts à atteindre et la capacité à résoudre les problèmes :

L'individu apprend :

À utiliser la punition plutôt que la récompense dans l'atteinte d'un objectif.

Haine de soi s'il n'atteint pas l'objectif.

Avoir des standards perfectionnistes.

L'individu n'apprend pas à :

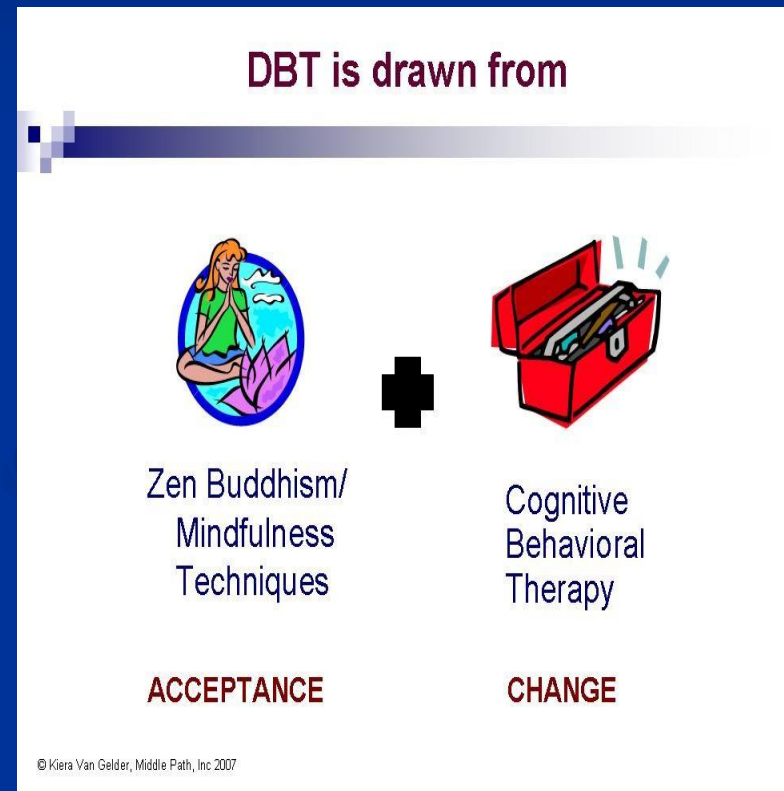
tolérer les émotions de détresse.

se fixer des objectifs et des attentes réalistes.

résoudre les problèmes.

Acceptation et changement

- Acceptation de soi-même, de son passé, de la présente situation
- Tout en changeant son comportement et son environnement pour avoir une meilleure vie



La personne avec un TPL (Linehan)

- Fait de son mieux
- Veut s'améliorer
- Doit faire mieux, doit être motivé
- N'a pas causé ses problèmes mais a la responsabilité de les changer
- Vie difficile à tolérer
- Doit apprendre de nouveaux comportements
- Ne peut pas échouer son traitement

Buts de la thérapie

- **Moduler l'émotivité extrême** et réduire comportements inadaptés
- Faire confiance et **valider** ses propres émotions, pensées et activités
- Augmenter son **autorégulation**
- **Tolérer la détresse** émotionnelle jusqu'au changement
- **Se centrer** pour vivre les émotions et éviter l'inhibition émotionnelle

Programme

- Thérapie individuelle hebdomadaire, un an
- Contacts téléphoniques entre les sessions
- Groupes d'entraînement aux habiletés hebdomadaires: 2.5h
- Groupes de soutien pour les thérapeutes

Thérapie dialectique comportementale

- **Pleine conscience:**
 - Connaissance de soi
 - Conscience des symptômes
 - Concentration
 - Mémoire
 - Contrôle des pensées
- **Tolérance à la détresse:**
 - Utiliser des stratégies d'adaptation saines
 - Aspects positifs des relations
 - Estime de soi
- **Régulation des émotions:**
 - Accepter les émotions
 - Stabilité de l'humeur
 - Contrôle des émotions
- **Efficacité interpersonnelle:**
 - Faire en sorte que les autres nous donnent ce qu'on requiert
 - Soutien des proches

Esprit sage (document 2, devoir 1)



Esprit
rationnel



Esprit
sage



Esprit
émotionnel

QUOI ?

(document 6, 9, 10, 11, devoir 4a)

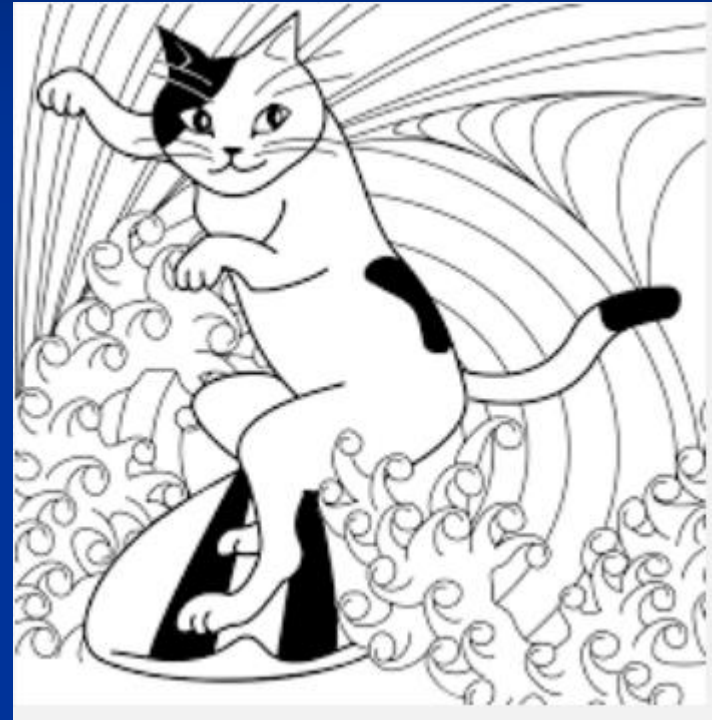
- Observer
- Décrire
- Participer



Comment?

(Doc 7, 12, 13, 14, Devoir 5a)

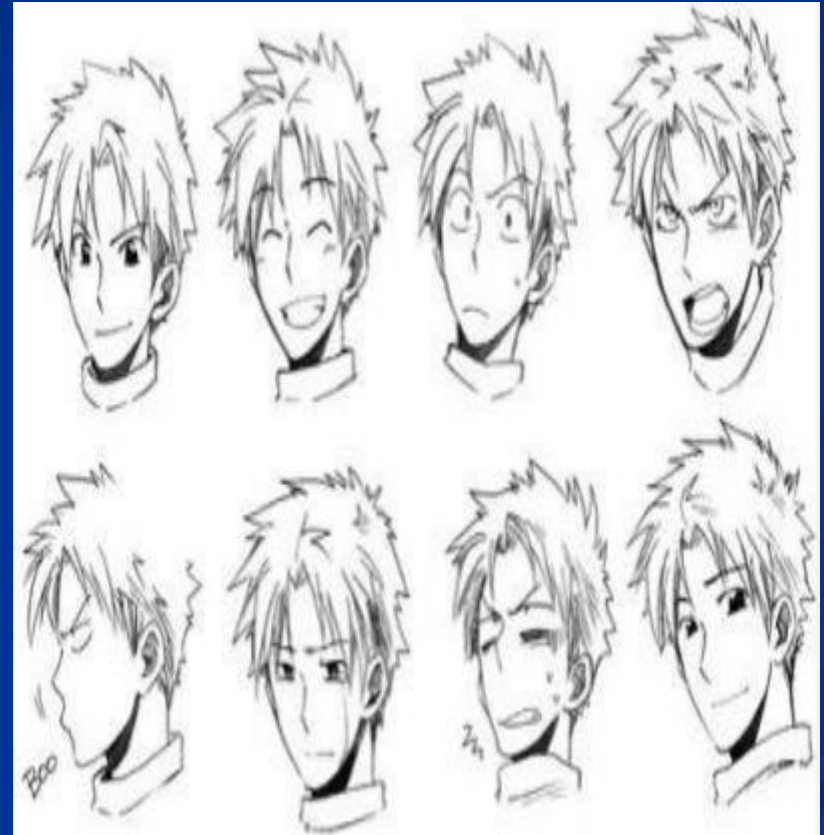
- Sans jugement
- Une chose à la fois
- De façon efficace



A quoi servent les émotions?

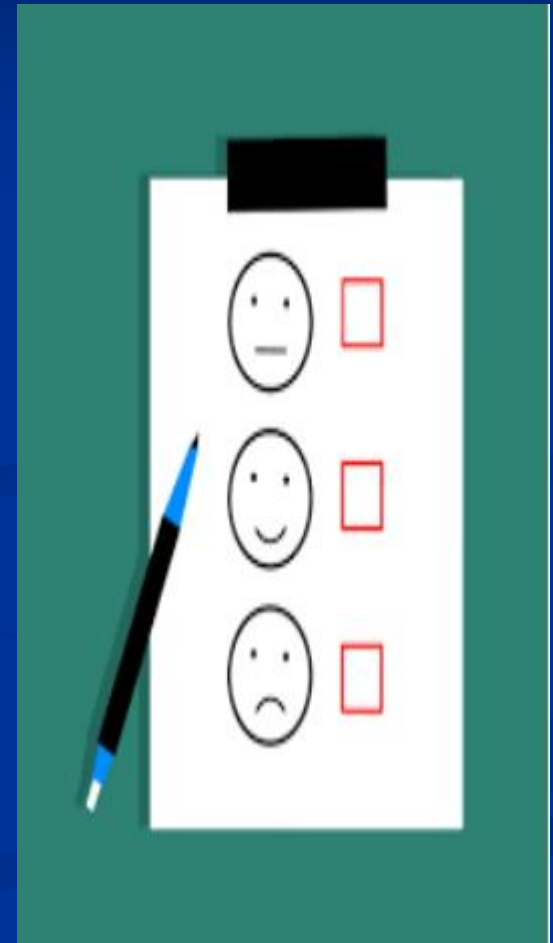
(doc 3, devoir 2/2a)

- Motivation pour l'action
- Communication aux autres
- Communication à moi-même

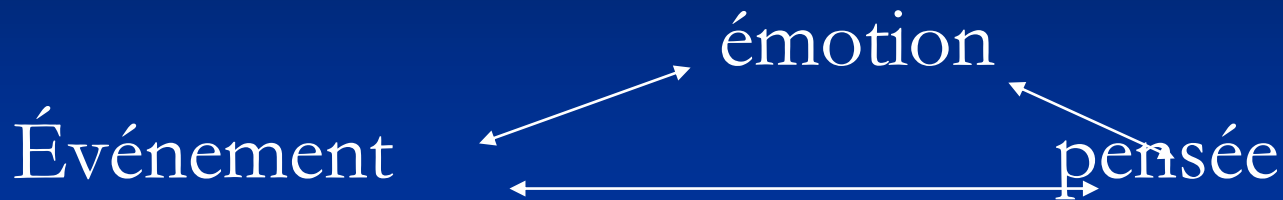


Observer et décrire les émotions (document 6, devoir 4)

- Événements précipitants
- Facteurs de vulnérabilité
- Interprétation
- Ressentir:
 - Changement corporels
- désir d'action
- Exprimer:
 - Verbal
 - Non verbal
 - Action
- Répercussions



Vérifier les faits (doc 8, devoir 6)

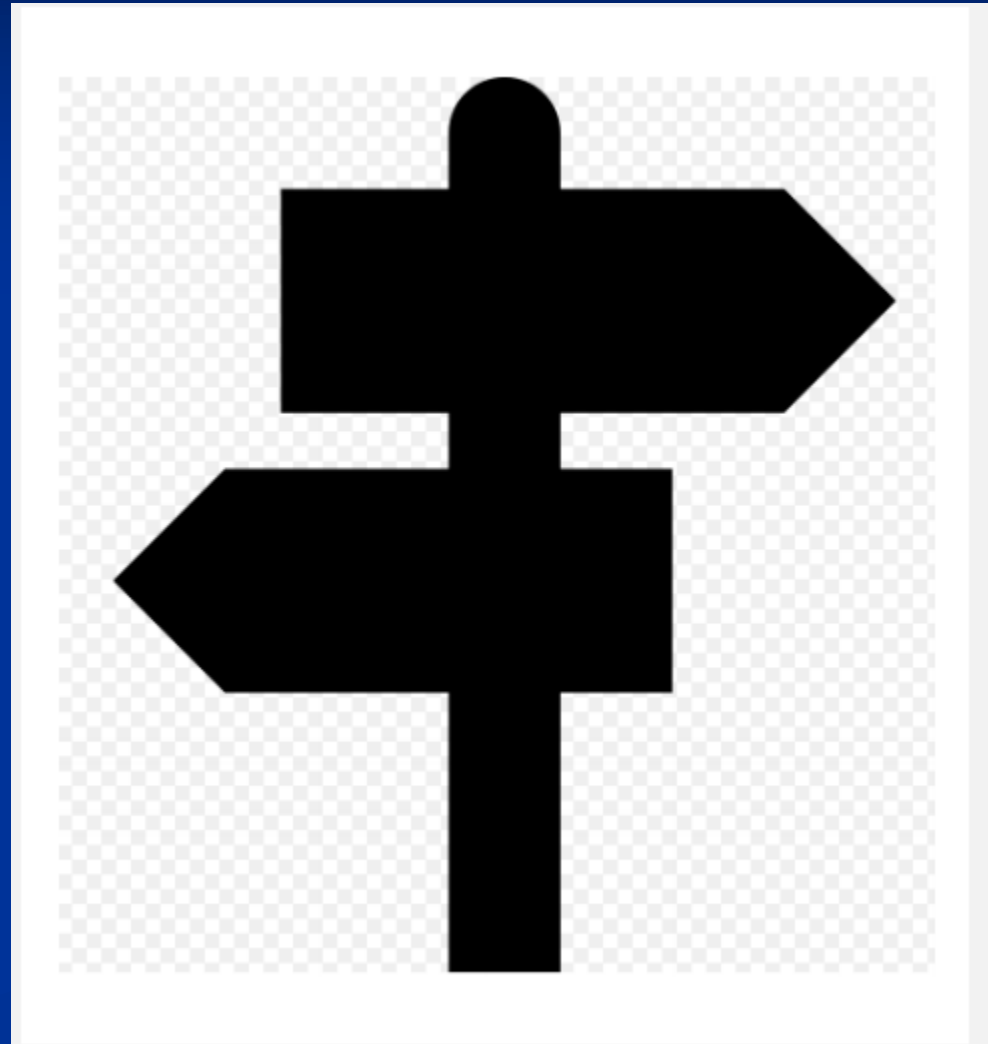


1. Identifier l'émotion
2. Événement: faits vs jugements
3. Interprétations
4. Danger: probabilité, autres issues
5. Catastrophe: et puis après, faire face
6. Intensité de l'émotion correspond au fait?



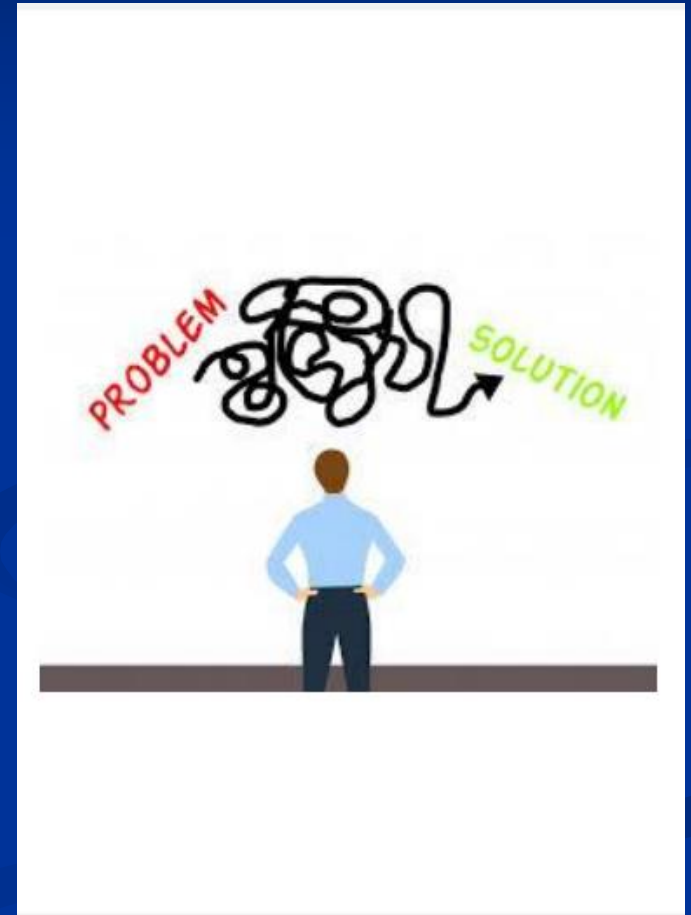
Action contraire

- Identifiez l'émotion
- Vérifiez les faits
- Identifiez votre désir d'action
- Action contraire



Résolution de problèmes (doc 12, devoir 9)

- Observez et décrivez le problème
- Vérifiez les faits pour identifier le bon problème
- Identifier l'objectif
- Chercher plusieurs solutions
- Choisir une solution qui peut fonctionner
- La mettre en action
- Évaluer le résultat

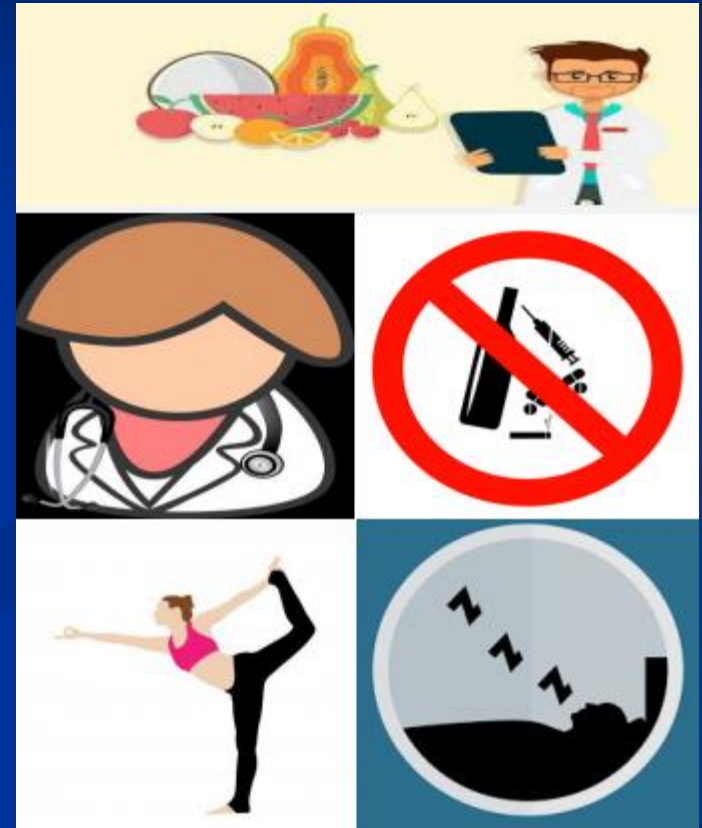


ABC

- **A:** Accumulez des émotions positives pour le futur: construire une vie qui vaut la peine d'être vécue (document 17, 18; devoir 12, 12a/b)
- **B:** Bâissez votre maîtrise
- **C:** Comme si vous y étiez: faire face aux situations émotionnelles difficiles

Prenez soin de votre esprit en prenant soin de votre corps

- **P:** prenez
- **L:** le temps de bien dormir
- **E:** évitez drogue et alcool
- **A:** alimentation équilibrée
- **S:** soignez vos maladies physiques
- **E:** exercices physiques



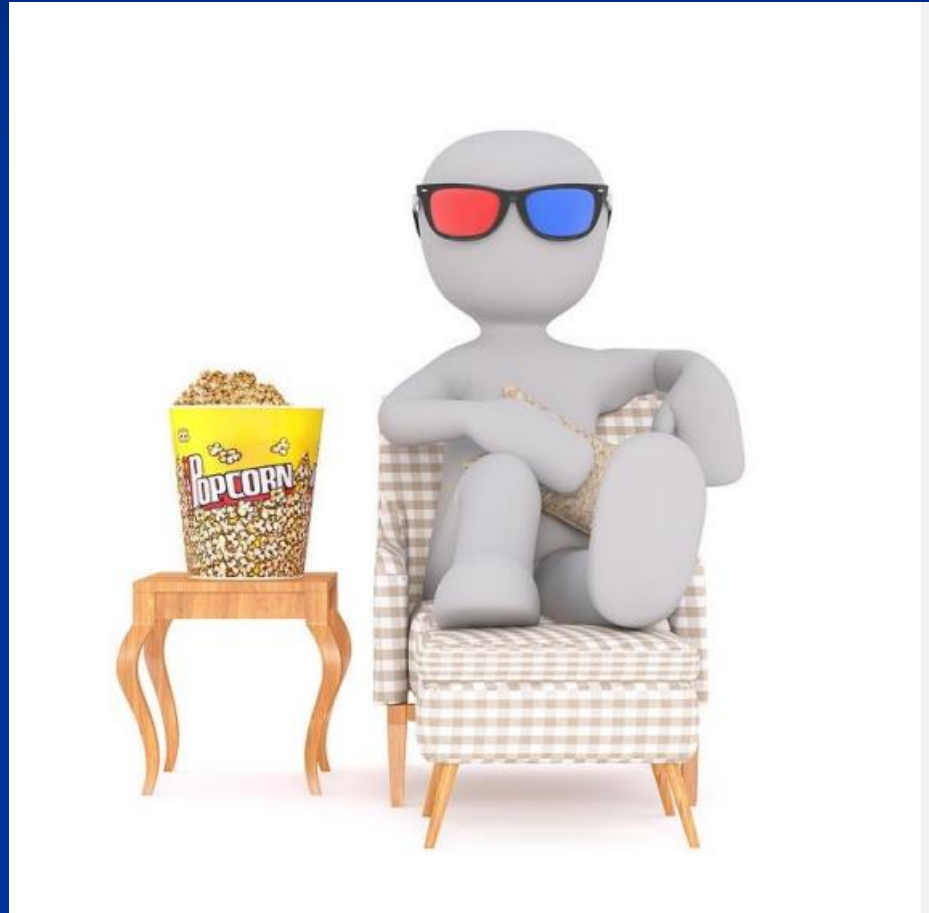
Changer votre température corporelle (REE)

- Relaxation
- Eau glacée
- Exercices physiques intenses



Le sage accepte: se distraire des événements émotionnels

- Activités
- Contribution
- Comparaisons
- Émotions
- S'échapPer
- cogniTions
- sEnsations



Apaisement des 5 sens

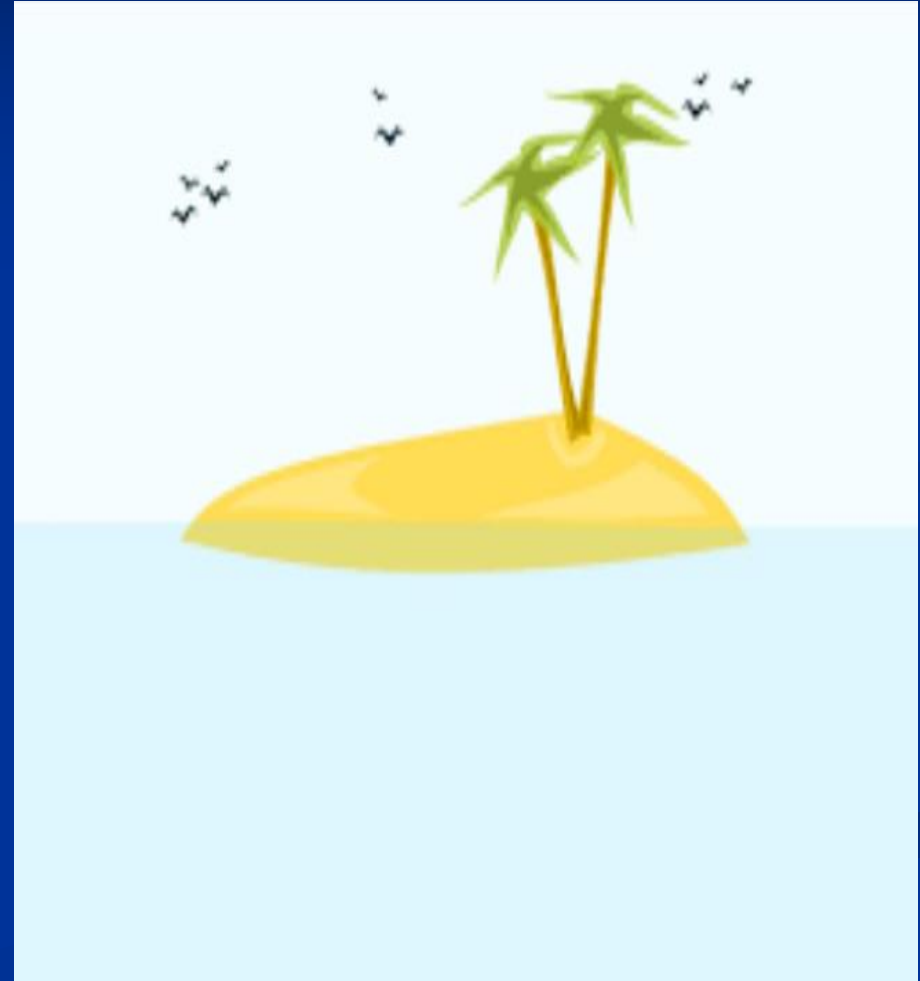
- Ouïe
- Toucher
- Goût
- Vue
- Odorat



Five
Senses

Amélioration du moment présent (improve)

- Imagerie mentale
- Manifestation
- Prière
- Relaxation
- Concentration sur une chose à la fois
- Vacances
- Encouragement



Demi-sourire (doc 8)

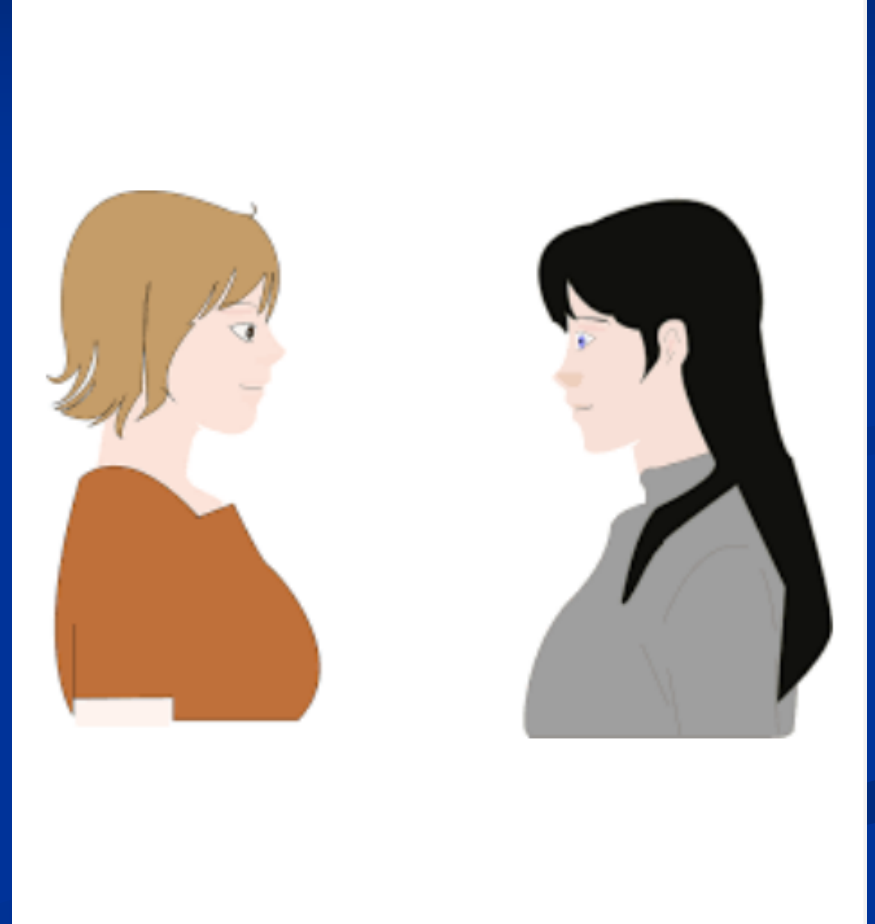
- Relaxe votre visage, du haut de votre front jusqu'au menton
- Laissez les 2 coins de vos lèvres remonter légèrement
- Expression faciale sereine
- Quand:
 - au lever
 - temps libres
 - Musique
 - Irrité
 - Allongé
 - Assis
 - En regardant une personne détestée



DEAR MAN:

obtenir ce que vous souhaitez (doc. 8, devoir 3)

- Décrivez
- Exprimez
- Affirmez-vous
- Renforcez
- Maintenez vos objectifs
- Ayez l'air confiant
- Négociez



GIVE:

maintenir la relation (doc 9)

- Gentil
- Soyez Intéressé
- Valider
- Soyez Enthousiaste



FAST:

garder le respect de soi (doc.10)

- Franc, vrai, honnête
- Aucune excuse
- Soyez juste, équitable
- Tenez à vos valeurs



Choix d'intensité de la demande et du refus et facteurs de prise de décision (doc.6, devoir 3c)

demander	Facteurs	Dire non
Objectif > priorité	1. Priorités	Relation > objectif
On peut me donner	2. Capacités	Je peux donner
Bon moment	3. Opportunité	Mauvais moment
Préparé	4. Devoirs	Requête claire
J'ai l'autorité	5. Autorité	L'autre l'a
J'ai le droit	6. Droits	Viole ses droits
Approprié à notre...	7. Relation	Approprié à notre...
demande < donne	8. Réciprocité	Demande > donne
Important à long terme	9. Long vs court terme	Interfère avec mes buts à long terme
Agir avec compétence	10. Respect	Esprit sage dit...

Validation interpersonnelle

■ Quoi?

- ce qui est valide,
- les émotions et les pensées de la personne,
- souffrance

■ Pourquoi?

- améliorer les relations,
- résolution de problème,
- ne pas prouver qu'on a raison

Comment valider

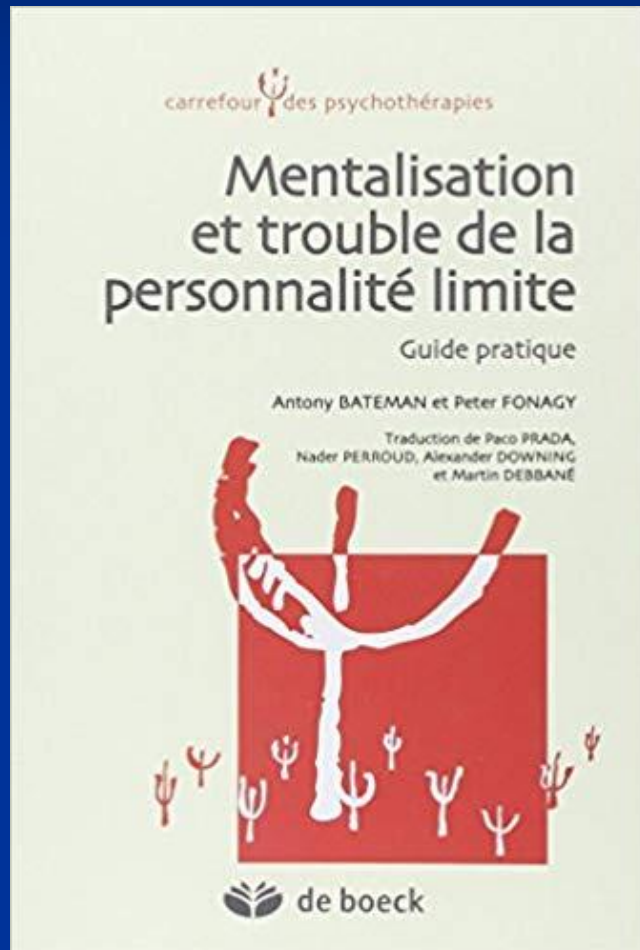
- Être attentif
- Réflexion
- Lecture de la pensée
- Comprendre
- Valider ce qui est valide
- Démontrer l'égalité



Auto-validation

- Est-ce que je ressens vraiment ceci?
- Devrais-je me sentir ainsi?
- Peut nous amener à justifier la validité de notre expérience...conflit
- But:
 - Diminue l'anxiété
 - Laisser aller la souffrance associée au fait d'avoir à se justifier

Thérapie basée sur la mentalisation (Fonagy et Bateman, 2004)



https://www.unige.ch/formcont/files/6014/7583/2502/2_MBT-Introduction_12_seances.pdf

https://www.youtube.com/channel/UCSum-KOys_AYmuHRJxEH0pA

<https://www.youtube.com/watch?v=kxUHILbZNaY>

<https://mentalizacion.com.ar/images/notas/What%20is%20Mentalizing%20and%20why%20do%20it.pdf>



Thérapie basée sur la mentalisation

- Processus mental par lequel l'individu interprète implicitement et explicitement ses actions et celles des autres comme ayant une signification basée sur des états d'esprit intentionnels tels que des désirs personnels, des besoins, des sentiments, des croyances et des raisons
- On tente de se voir de l'extérieur et de voir l'autre de l'intérieur
- On tente de comprendre l'incompréhensible
- C'est être curieux et ne pas se contenter de ses aprioris
- On réfléchit à comment on réfléchit

Modes de pensées pré-mentalisation

- Position téléologique: seuls des changements physiques sont perçus comme des indices valides de l'activité mentale
- Mode d'équivalence psychique: équation entre l'interne et l'externe, ce qui existe dans mon esprit doit se trouver dans le monde extérieur
- Fictif: ce qui se passe dans mon esprit est dissocié du monde réel

TPL

- TPL résulte d'un attachement désorganisé/préoccupé qui amène un mauvais développement de la mentalisation et un fonctionnement sur des modes pré-mentalisation, surtout en situation relationnelle avec des figures d'attachement
- Traitement: restaurer la capacité à mentaliser

Thérapie basée sur la mentalisation

Qu'est-ce que la mentalisation?

- Processus qui a lieu lorsque nous attribuons des intentions les uns aux autres
- Quand nous comprenons que nos actions et celles des autres sont guidées par des motivations
- Ces motivations prennent la forme de pensées, désirs, émotions



Comment la mentalisation peut-elle être utile?



La mentalisation permet de...

- Comprendre ce qui se passe entre deux personnes
- Nous comprendre nous-mêmes, savoir qui nous sommes, nos préférences, nos valeurs
- Bien communiquer avec nos amis proches
- Gérer nos sentiments
- Moduler les sentiments des autres
- Éviter les malentendus
- Percevoir plus facilement les liens entre les émotions et les actions pour éviter les escalades destructrices

Dimensions de la mentalisation

Automatique		Contrôlé	
Pensées		Émotions	
Soi		Autrui	
Externe		Interne	

Pourquoi nous nous comprenons souvent tellement mal les uns et les autres...

- L'esprit n'est pas transparent
- Tendance à attribuer des pensées aux autres (lecture de la pensée, projection)
- Penser que les autres comprennent sans le vérifier (on ne peut pas lire dans la tête des autres)
- Strates de l'esprit (les pensées et les émotions en dessous, par exemple, l'anxiété sous la colère)
- L'attitude défensive
- Avoir de la difficulté à trouver des mots pour exprimer ses pensées et sentiments
- Dissimulation volontaire ou manipulation

Donner un exemple de quelqu'un qui a mal compris une autre personne



Difficultés de mentalisation

- Être certain de savoir ce que pense autrui
- Raisonnement noir ou blanc (sans nuance, sans doute)
- Penser sans prendre en compte les émotions ou en oubliant le fait que les personnes s'influencent les unes les autres



Pauvre mentalisation

- Être convaincu des motivations d'autrui
- Penser en blanc ou noir (i.e. sans nuance)
- Une pauvre reconnaissance des sentiments présents (empathie réduite)
- Négliger le fait que les personnes s'influencent les unes les autres
- L'interprétation d'autrui sans examen prudent peut être non pertinente, hors sujet, ou même très concrète (i.e. il s'est d'abord passé ça, et après ça...)
- Faible curiosité pour les états mentaux
- Chercher à blâmer, à trouver un coupable
- Parler beaucoup pour ne (presque) rien dire
- Un discours empli de clichés et de grandes phrases superficielles et qui ont tendance à aliéner l'interlocuteur.
- Description caricaturale des personnes
- Des facteurs externes sont privilégiés au détriment des états mentaux, par exemple qu'il pleuvait, qu'on avait mal à la tête, ou que la situation était « juste comme elle était » sans autre explication.



Mentalisation compromise

Mots clés

Toujours

Jamais

Conséquences:

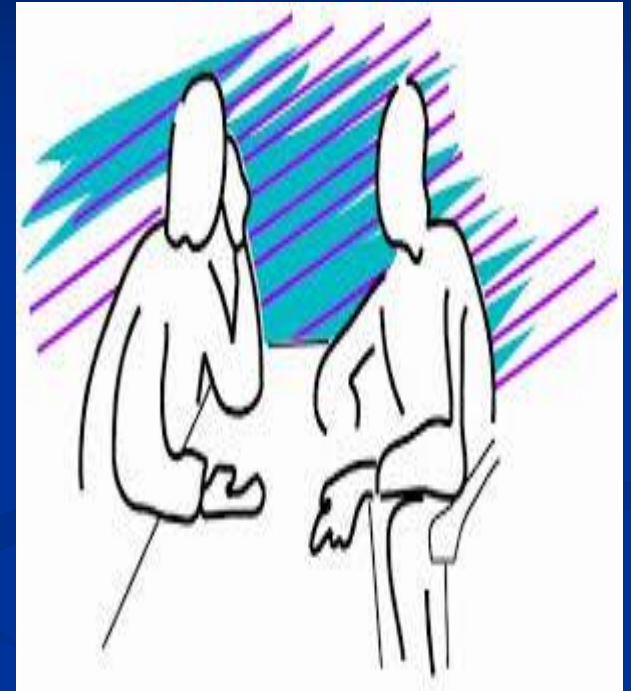
- Problèmes relationnels récurrents
- Insécurité,
- Estime de soi variable,
- Difficulté à gérer les émotions,
- Impulsivité

Suggestions

- Être attentif
- Réfléchir à deux fois à ce qui a été dit ou vécu
- Pourrait-il y avoir d'autres possibilités?
- Est-il probable que quelqu'un ait toujours raison?

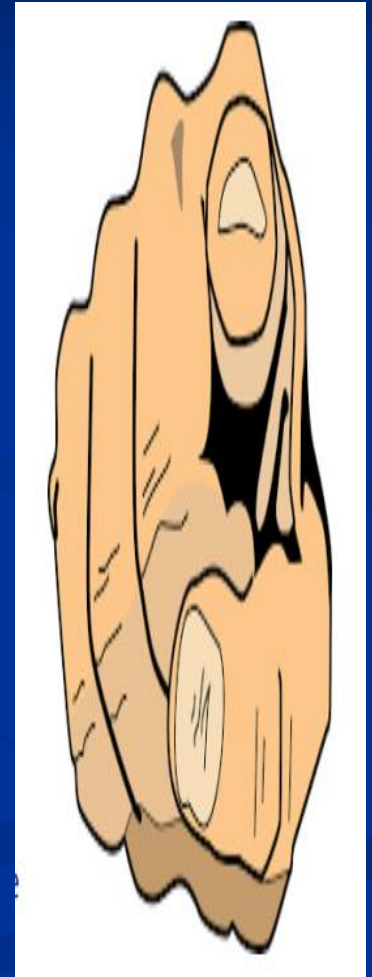
Posture mentalisante

- Curiosité au sujet des expériences, des émotions et des pensées des autres personnes
- Attitude exploratoire
- Non savoir



Conséquences d'une faible mentalisation

- Il est facile de **mal se comprendre**, ce qui peut entraîner des conséquences négatives (par exemple, **l'autre se sent négligé, pas entendu, mal compris, il se fâche**, etc.).
- Le comportement de l'un **peut diverger des attentes de l'autre**, ce qui peut la rendre **confuse**.
- Sur la base d'incompréhensions, une personne peut réagir d'une manière **très émotionnelle**, être effrayée, fâchée, déçue, etc.
- Une faible mentalisation de nos propres pensées et de nos émotions a comme conséquence que nous ne comprenons pas toujours les motivations de nos comportements. Cela peut nous plonger dans le **doute** au sujet de nous-mêmes.
- Se sentir **insécure dans la relation** et avoir besoin d'une **confirmation constante** des autres.
- Se faire submerger par ses émotions ou **agir** sans réflexion et **impulsivement** (i.e. laisser l'environnement ou ses impulsions diriger ses propres actions, etc.).



Conséquences d'une pauvre mentalisation

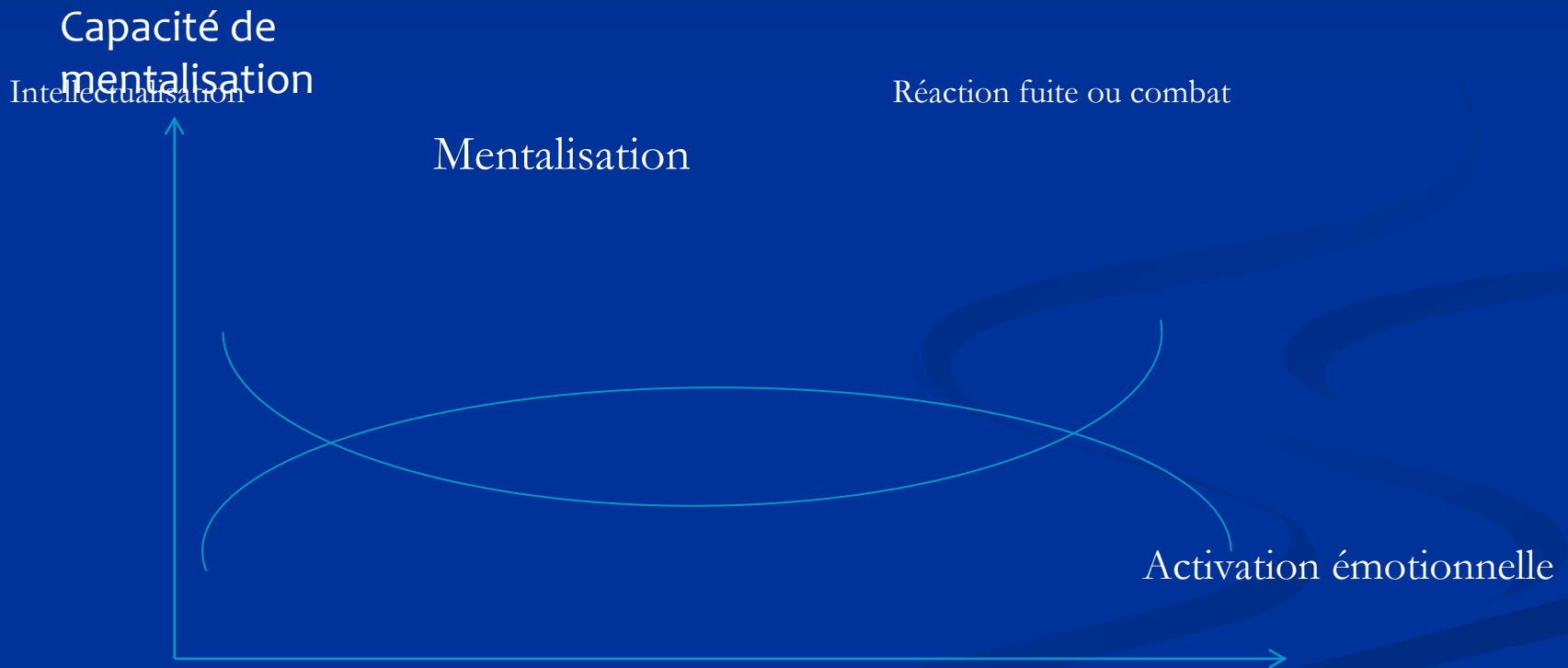
- Problèmes relationnels récurrents



- Insécurité, sentiment de soi instable, faible contrôle émotionnel, impulsivité

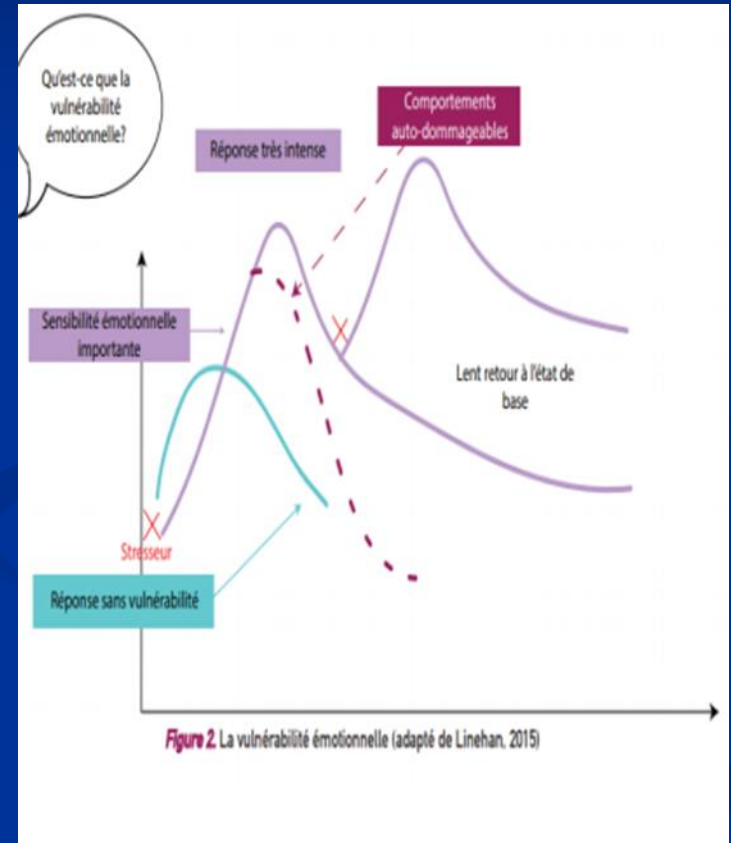


Quand les émotions sont intenses, la mentalisation est atteinte



Points clés

- Les sentiments sont activés plus vite et fortement chez certaines personnes que chez d'autres
- La réponse fuite/combat peut apparaître à différents moments pour différentes personnes, selon le seuil personnel de l'individu
- Le temps que cela prend pour retourner à un état normal après une activation émotionnelle intense diffère selon la personne

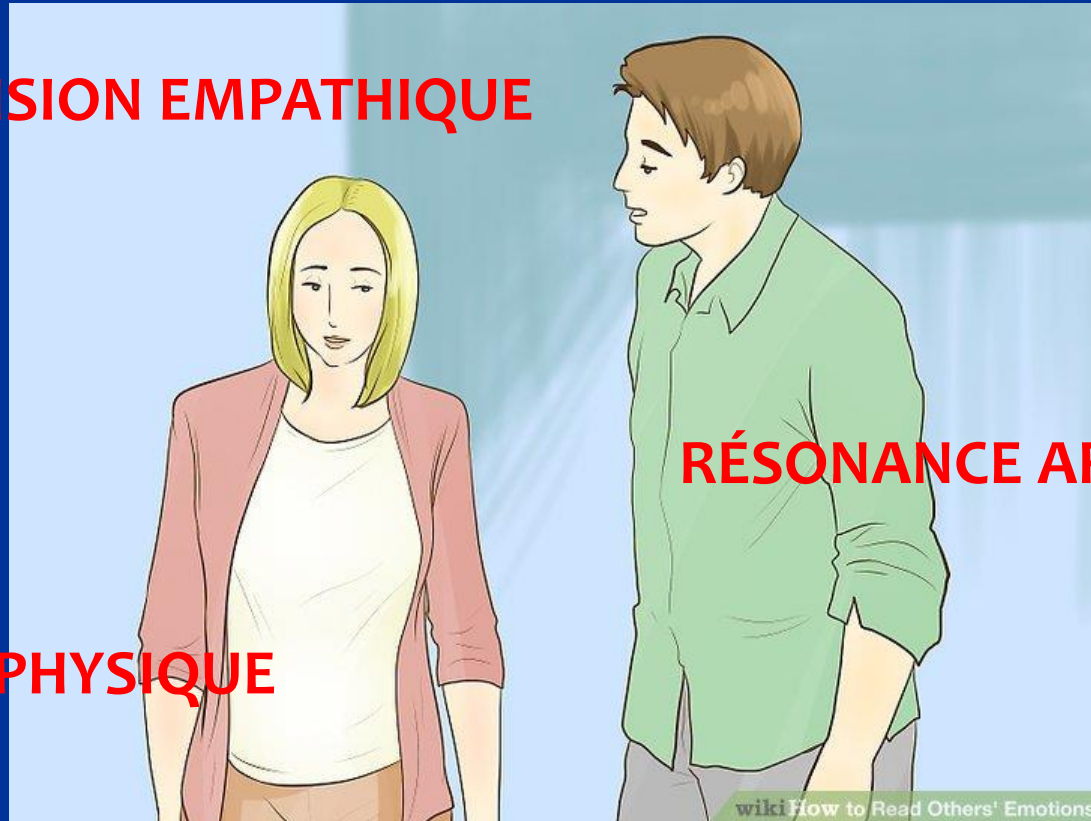


Identification des émotions

- * Première façon : Nous identifions les émotions des autres avec:
 - * les expressions faciales
 - * le langage corporel, leurs gestes
 - * les paroles
 - * **MENTALISATION EXTERNE**
- * Deuxième façon: via une identification à l'autre (se mettre dans la peau de l'autre)
 - * Neurones « miroir » qui permettent d'expérimenter ce que ressent l'autre
 - * Ex. si quelqu'un est triste, on peut devenir triste aussi
 - * Une des bases de **l'EMPATHIE**

Régulation émotionnelle à travers les autres

COMPRÉHENSION EMPATHIQUE

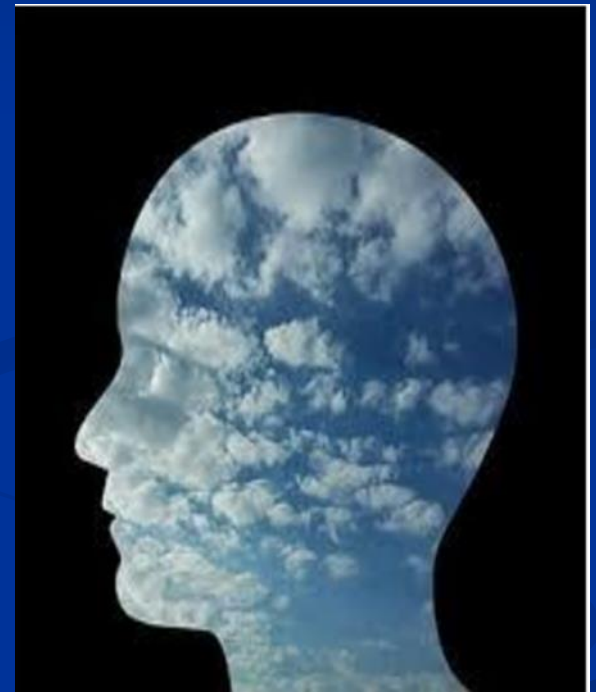


RÉSONANCE AFFECTIVE

CONTACT PHYSIQUE

Tâche à domicile

Décrire au moins une situation survenue lors de la semaine précédente et au cours de laquelle vous avez régulé efficacement un état émotionnel pénible.



Psychothérapie centrée sur le transfert (Kernberg, Yeomans, Clarkin)

- Traitement externe de 2 rencontres/semaine sur plus d'un an
- Basée sur la théorie des relations d'objet, défenses primitives, diffusion de l'identité, transfert
- Approche clinique face à face avec l'utilisation du transfert comme matière première à utiliser par le thérapeute pour comprendre, confronter et interpréter
- Approche demandant une formation spécialisée et une supervision continue

Thérapie centrée sur les schéma



<http://www.schematherapy.com/>
<http://www.davidbricker.com/clients/guideSchemaTherapy.pdf>

Généralités

- Théorie et traitement intégratif:
 - TCC et TC
 - Gestalt
 - Psychodynamique
- Créée pour traiter les troubles de personnalité
- Cible les schémas développés pendant l'enfance, l'adolescence, ou plus tard suite à des traumatismes
- Combine des techniques cognitives, interpersonnelles et expérientielles

Comparé au modèle de Beck

- Plus grande emphase sur la relation thérapeutique
- Plus d'emphase sur l'affect (ex. imagerie, jeu de rôle)
- Plus de discussions sur les origines dans l'enfance et les processus de développement
- Plus d'emphase sur les styles d'adaptation
- Plus d'emphase sur les thèmes centraux

Besoins de l'enfant

- Sécurité
- Base solide, prévisible
- Amour, attention
- Acceptation et félicitations
- Empathie
- Guide, protection
- Validation des sentiments et des besoins

Schéma précoces inadaptés: définition

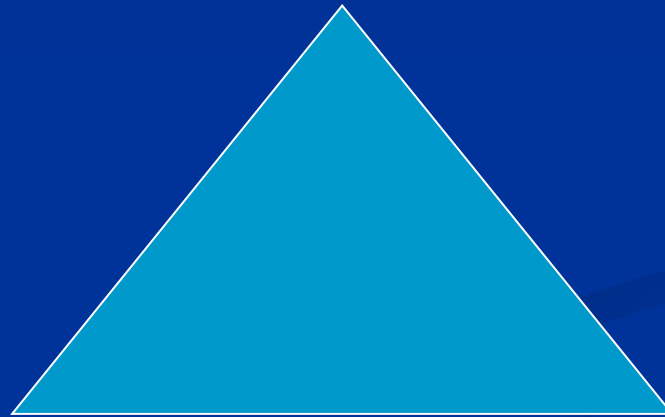
- Se développent lorsque des besoins de base de l'enfant ne sont pas rencontrés
- Thème ou pattern envahissants
- Comprenant des souvenirs, sensations physiques, émotions et cognitions
- Concernant soi et ses relations avec autrui
- Développés durant l'enfance ou l'adolescence et s'élaborant à travers la vie d'un individu
- Significativement dysfonctionnel

Schéma précoces inadaptés: caractéristiques

- Peuvent générer des:
 - Affects dysfonctionnels intenses
 - Des comportements auto-destructeurs
 - Léser autrui
- Peuvent empêcher de rencontrer les besoins de base (ex. autonomie, connexion, expression de soi)
- Habitudes profondément ancrées, au centre de la conception de soi
- Se perpétuent
- Difficiles à changer de façon durable à court terme
- Font irruption lorsque déclenchés par des événements de la vie qui correspondent au schéma ou par un état émotionnel induit de façon biologique

Schéma précoces inadaptés: résultent d'une interaction

Tempérament



Interactions
avec l'entourage

Influences
culturelles

5 types de schéma

Domaine de schéma	Besoin
Séparation et rejet	amour et acceptation
Autonomie et performance altérées	confiance et autonomie
Limites déficientes	discipline
Centration sur autrui	satisfaire ses propres besoins et non seulement ceux d'autrui
Vigilance à outrance et inhibition	plaisir, détente et spontanéité

Liste des schémas

1. Abandon et instabilité
2. Méfiance/abus
3. Carence affective
4. Imperfection et honte
5. Exclusion
6. Dépendance et incompétence
7. Vulnérabilité au danger
8. Fusion
9. Échec
10. Tout m'est dû et grandiosité
11. Discipline personnelle et maîtrise de soi insuffisantes
12. Assujettissement
13. Sacrifice de soi
14. Recherche d'approbation
15. Négativisme/vulnérabilité face à ses erreurs
16. Inhibition émotionnelle/contrôle à outrance
17. Exigences élevées
18. Punition

1. ABANDON ET INSTABILITÉ :

Enfance : l'individu a manqué de stabilité au cours de son enfance ou de son adolescence. Il a vécu des pertes (mortalité...), des abandons (séparation des parents, placement en foyer...) ou une instabilité persistante (alcoolisme, chicanes répétées...).

Vie adulte : il va craindre exagérément que les personnes importantes de son entourage s'éloignent ou l'abandonnent.



Émotion prédominante : Anxiété (peur d'être abandonné, de rester seul...)

Exemple de pathologie : Trouble de la personnalité limite (TPL)

2. MÉFIANCE / ABUS

Enfance : la personne a été abusée par des mauvais traitements et elle craint excessivement que les autres n'abusent d'elle en la battant, l'humiliant, la trompant ou autres.

Vie adulte : elle devient méfiante et défensive à propos de tout et de rien.



Émotions prédominantes : Méfiance et colère.

Exemple de pathologie : Trouble de la personnalité paranoïde.

3. CARENCE AFFECTIVE

Enfance : les besoins affectifs n'ont pas été comblés.

- Carence d'affection : manque de chaleur et d'amitié.
- Carence d'empathie : manque de compréhension et d'écoute.
- Carence de protection : manque de conseils et d'orientation.



Vie adulte : la personne peut demander de l'affection de façon exagérée ou s'isoler. Insistance sur la qualité de la relation (jamais assez...).

Pas d'émotion prédominante : sensation de vide ou d'ennui.

4. IMPERFECTION ET HONTE

Enfance : Parents très critiques et dévalorisants.

Vie adulte : Personne qui se sent inférieure, mauvaise, sans valeur. « Ma valeur personnelle est basse ou nulle ». Manque d'estime de soi ou de confiance en soi.



Émotion prédominante : Auto-dévalorisation et honte

Exemples de pathologie : Plusieurs troubles de la personnalité dont les personnalités narcissique, limite ou évitante. Ou pathologie de l'axe I : phobie sociale.

5. EXCLUSION

Enfance : Suite à des prédispositions biologiques particulières (peur d'être observé et mal jugé par autrui, timidité) ou suite à des caractéristiques différentes de sa famille (race, culture, langue...) l'enfant s'est senti à part des autres.

Vie adulte : Tendance à se sentir à part et à craindre d'être rejeté par autrui.



Émotions prédominantes :

Anxiété, honte.

Exemple de pathologie :

Phobie sociale, trouble de la personnalité évitante.

Deuxième domaine

AUTONOMIE ET PERFORMANCE ALTÉRÉES

Enfance : L'enfant a été surprotégé ou il a manqué de protection ou de conseils concrets pour faire face à la vie (trop ou pas assez d'une bonne chose).

Vie adulte : Difficulté ou même impossibilité à fonctionner de manière autonome.

Quatre schémas font partie de ce domaine.
Ce sont :

1. DÉPENDANCE / INCOMPÉTENCE

Enfance : surprotection.

Vie adulte : la personne croit qu'elle est incapable de gérer ses responsabilités quotidiennes de manière compétente sans devoir compter de façon excessive sur l'aide d'autrui.



Émotion prédominante : Anxiété face aux responsabilités et aux décisions.

Exemples de pathologie : Trouble de la personnalité dépendante, TPA.

2. VULNÉRABILITÉ FACE AU DANGER

Enfance : modèle de parent craintif. Manque de protection à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille. Tendance à l'anxiété d'origine biologique.

Vie adulte : la personne craint exagérément d'être frappée par une catastrophe imminente sans pouvoir la prévenir. Elle se sent impuissante face au danger. La catastrophe peut être médicale comme une crise cardiaque, cognitive comme dans la peur de devenir fou ou elle peut venir de l'extérieur comme de subir un accident, d'être attaqué par des criminels ou autres.



Émotion prédominante : Anxiété face aux dangers extérieurs à soi.
Exemples de pathologies : TAG, TPA, hypocondrie, phobie spécifique.

3. FUSION (soi faible)

Enfance : surprotection marquée venant de personnes significatives dont résulte de la dépendance.

Vie adulte : implication très exagérée de la personne avec d'autres personnes significatives, souvent les parents, au détriment d'un développement normal.



Émotion prédominante : Anxiété ou culpabilité face à la possibilité d'une séparation.

4. ÉCHEC

Enfance : critiques exagérées et/ou échecs à répétition au cours de l'enfance. Tendance à la crainte et/ou à la passivité au niveau biologique.

Vie adulte : la personne croit qu'elle a échoué, qu'elle échoue, qu'elle échouera ou qu'elle est fondamentalement inadéquate comparée à ses pairs. D'où l'impression d'être stupide, moins habile ou inférieure aux autres et vouée à l'échec.

Émotion prédominante : Auto dévalorisation.

Exemples de pathologie : Dysthymie.



Troisième domaine

LIMITES DÉFICIENTES

Enfance : L'enfant a manqué de cadre ou de discipline.
« **Enfant gâté** ».

Vie adulte : Déficience du sentiment de responsabilité envers les autres ou de sa capacité à supporter l'effort et les contrariétés (faible niveau de tolérance aux frustrations). D'où la difficulté de respecter les droits des autres, de maintenir des engagements ou de se fixer et de réaliser des objectifs personnels.

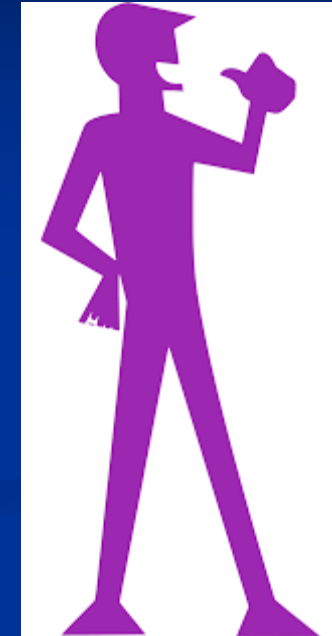
Deux schémas font partie de ce domaine.

Ce sont :

2. TOUT M'EST DÛ / GRANDIOSITÉ

Enfance : parents qui permettent n'importe quoi à leur enfant ou qui le valorisent à l'excès.

Vie adulte : la personne croit qu'elle est spéciale, mieux que les autres. Elle pense qu'elle peut faire ou avoir tout ce qu'elle veut sans se soucier du coût pour autrui. Exigences excessives et absence d'empathie. Faible niveau de tolérance aux frustrations.



Émotions prédominantes :

Frustration, colère, orgueil, mépris...

Exemple de pathologie :

Troubles de la personnalité narcissique ou antisociale.

2. DISCIPLINE PERSONNELLE ET MAÎTRISE DE SOI INSUFFISANTES

Enfance : manque de cadre ou de discipline.

Vie adulte : la personne refuse ou a beaucoup de difficulté à faire preuve de maîtrise de soi, de discipline ou de persévérance dans la réalisation de ses objectifs personnels. Ou elle ne peut tolérer l'effort ou l'inconfort. Ou encore elle ne peut contrôler ses émotions ou ses impulsions. Faible niveau de tolérance aux frustrations.



Émotions prédominantes : Frustration, découragement.

CENTRATION SUR AUTRUI

Enfance : Parents qui n'incitent pas assez l'enfant à satisfaire ses propres besoins en même temps qu'ils accordent une importance excessive aux besoins ou à l'opinion d'autrui.

Vie adulte : La personne attribue une importance excessive aux désirs et aux besoins des autres au détriment de ses propres désirs ou besoins. Sa valeur personnelle dépend de l'évaluation d'autrui.

Cette attitude s'accompagne souvent de la suppression de ses inclinaisons naturelles et de sa colère.

Trois schémas font partie de ce domaine. Ce sont :

1. ASSUJETTISSEMENT

Enfance : parents souvent trop exigeants, trop contrôlants ou trop punitifs.

Vie adulte : la personne s'abstient de faire ce qu'elle veut ou de dire ce qu'elle pense, ce qu'elle ressent ou ce qu'elle désire pour éviter la colère ou les représailles des autres ou pour éviter l'abandon. Affirmation de soi déficiente.



Émotions prédominantes : Anxiété. Colère réprimée.

Exemples de pathologies : Surtout troubles anxieux et dépression.

2. SACRIFICE DE SOI

Enfance : parents qui exagèrent l'importance pour l'enfant de répondre à leurs besoins (ceux des parents) ou à ceux d'autrui.

Vie adulte : la personne a un besoin démesuré de répondre aux besoins des autres au détriment de ses propres besoins. La personne va au devant des besoins des autres sans qu'on le lui demande.



Émotion prédominante : Culpabilité

3. RECHERCHE D'APPROBATION

Enfance : les parents accordent une trop grande importance à l'opinion d'autrui.
Timidité d'origine biologique.

Vie adulte : la personne a un besoin excessif d'obtenir l'attention et l'approbation d'autrui. Son estime de soi repose sur les réactions des autres plutôt que sur ses propres valeurs intériorisées. Importance exagérée accordée au statut, à l'apparence, à l'occupation sociale, à l'argent, à la compétition ou aux réalisations (être parmi les meilleurs ou les plus populaires pour obtenir l'approbation).

Émotions prédominante : Anxiété face à l'obtention de l'approbation d'autrui et honte face à la désapprobation.



Cinquième domaine

VIGILANCE À OUVRANCE ET INHIBITION

Enfance : Parents qui favorisent peu ou pas le plaisir et l'expression des émotions. Ils voient la vie comme exigeante et difficile et ils mettent l'accent trop exclusivement sur la réussite, le devoir, le contrôle et le sacrifice.

Vie adulte : Personne rigide, axée sur la performance plutôt que le plaisir et les relations interpersonnelles.

On retrouve quatre schémas dans ce domaine :
Ce sont :

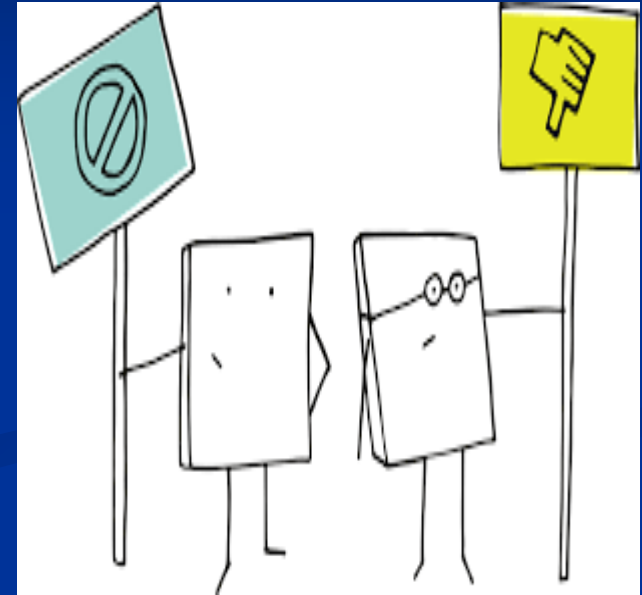
1. NÉGATIVISME / VULNÉRABILITÉ FACE À SES ERREURS

Enfance : environnement dans lequel flotte une vision pessimiste des choses et où on attribue une importance exagérée aux erreurs.

Vie adulte : la personne met trop l'accent sur les aspects négatifs de la vie ou craint exagérément ses erreurs potentielles. Peur de se tromper ou de ne pas être à la hauteur de telle sorte que les choses pourraient mal tourner.

Émotion prédominante : Pessimisme et anxiété face à la possibilité de se tromper. Défaitisme.

Exemple de pathologie : TAG, POC, TOC



2. INHIBITION ÉMOTIONNELLE / CONTRÔLE À OUVANCE

Enfance : milieu familial décourageant la spontanéité ou l'expression des émotions.

Vie adulte : pour éviter les erreurs ou la désapprobation, inhibition de l'expression des émotions (joie, affection ou colère), des pensées ou des actions spontanées (jeu, improvisation). Le contrôle à ouvrance s'exerce sur la personne ou sur son entourage.



Émotions prédominantes : Anxiété, colère non exprimée, froideur.

Exemples de pathologies : POC, TOC, TAG.

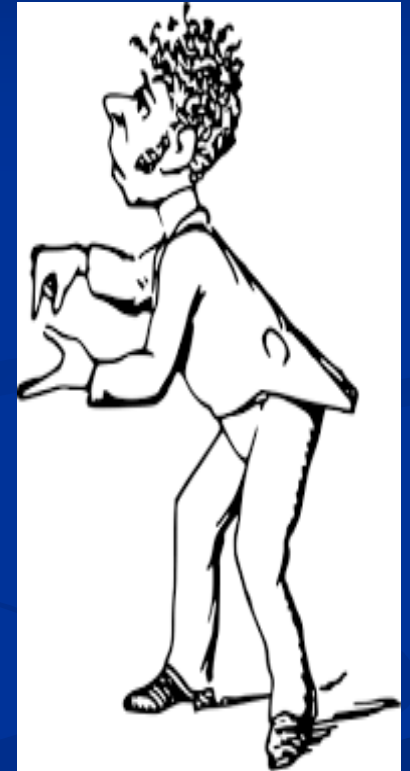
3. EXIGENCES ÉLEVÉES / CRITIQUE EXCESSIVE

Enfance : parents trop exigeants avec leurs enfants et pardonnant mal l'échec ou l'erreur.

Vie adulte : la personne a des normes intériorisées très élevées concernant la performance et elle fait des efforts énormes pour leur satisfaire. L'objectif ultime est d'éviter la critique et la dévalorisation. Sensation de pression intérieure et difficulté à ralentir le rythme. Grande propension à la critique de soi et des autres. « If I'm not the top, I'm a flop ». « Mon labeur égale ma valeur ».

Se présente sous les formes suivantes :

- Perfectionnisme
- Règles rigides
- Préoccupation concernant l'efficacité



4. PUNITION / SÉVÉRITÉ

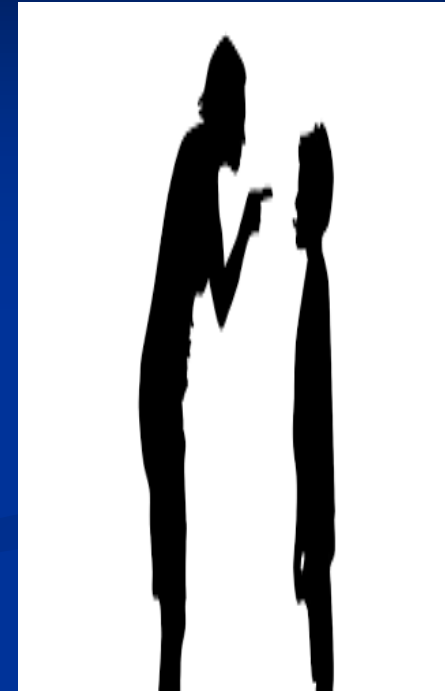
Enfance : parents sévères, rancuniers et punitifs à outrance.

Vie adulte : tendance de la personne à être intolérante, impatiente, durement critique et punitive envers elle-même et les autres.
Difficulté à pardonner les erreurs et à tolérer ses limites et celles des autres.

Sans doute le schéma le plus nocif de tous !

Émotions prédominantes : Anxiété, colère, autodévalorisation

Exemple de pathologie : TPL



4 types d'intervention pour modifier les schémas

- Cognitives
- Comportementales
- Expérientielles
- Relation thérapeutique

Test historique (Young, 1990)

Croyance fondamentale: on va m'abandonner

Faits qui soutiennent la croyance fondamentale	mais	Faits qui contredisent la croyance fondamentale
<u>0-5ans</u> père quitte le foyer et refuse de me revoir il revoit mon frère	Taux de divorce 50% Mère malade	Ma mère m'aimait

Fiches thérapeutiques

Identifier les émotions	Maintenant je me sens anxieuse, triste Parce que je suis dans la famille de mon conjoint et que je ne parle pas beaucoup
Identifier le schéma	Par contre, c'est probablement mon schéma exclusion Qui m'amène à exagérer le jugement d'autrui
Test de la réalité	Même si je crois qu'on me juge La réalité est que tout le monde est gentil avec moi
Instruction comportementale	Donc même si j'aimerais ne pas venir ou m'affairer à servir les gens Je pourrais simplement sourire, écouter les autres parler et poser des questions si j'en ai

B. Stratégies comportementales

1. Identifier les comportements dysfonctionnels (liste, analyse fonctionnelle, rencontrer les tiers)
2. Augmenter la motivation à changer (lien entre le comportement et le schéma, pour/contre)
3. Choisir le premier le comportement à changer (le plus nuisible)
4. Modifier le comportement:
 - Pratiquer nouveau comportement, éviter l'ancien
 - Objectifs SMART
 - Évaluer les résultats
 - Utiliser: fiches thérapeutiques, imagerie, jeux de rôle

Tableau d'enregistrement des expériences comportementales

date	situation	prédiction	expérience	résultat	Qu'ais-je appris?
10 février 2005	Je pourrais faire une présentation	Si j'accepte, je vais rougir, je serai incapable de faire la présentation, on va rire de moi 99%	Faire la présentation et demander une rétroaction	J'ai eu des bonnes évaluations	On peut respecter ce que j'ai à dire 50%

Thérapie individuelle

- Étude randomisée contrôlée en individuel (Giesen-Bloo, 2006)
 - Thérapie centrée sur les schémas vs thérapie basée sur le transfert:
 - 88 patients avec TPL
 - 4 centres de thérapie
 - Durée de 3 ans, 2 sessions par semaine
 - Après 3 ans, 45% (schémas) vs 24% (transfert) sont en rémission complète
 - Gains maintenus un an plus tard
 - Moins d'abandons (27 vs 50%), meilleure qualité de vie

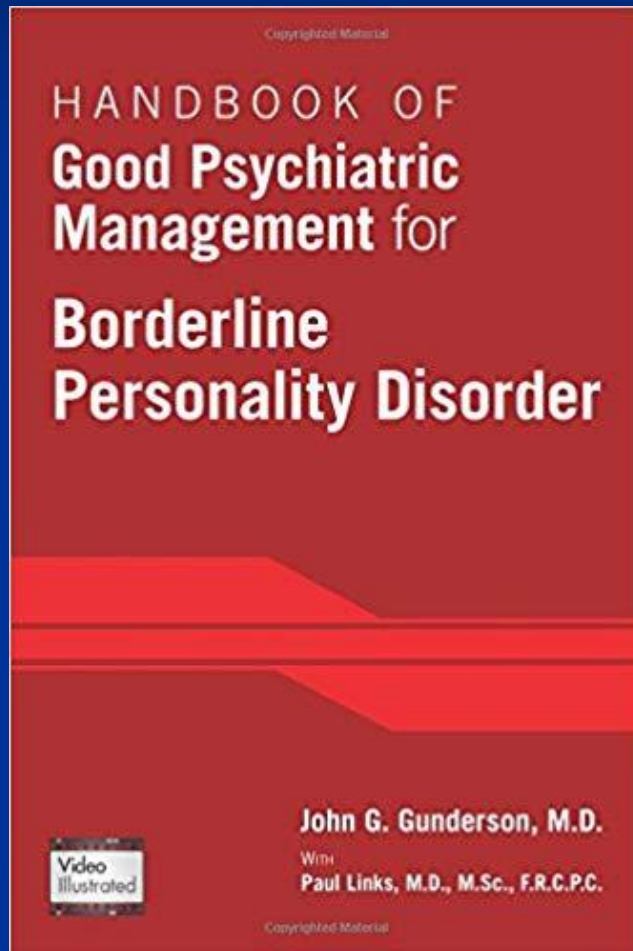
Thérapie de groupe

- Étude randomisée contrôlée de groupe (Farrell et al, 2009):
 - 8 mois, 30 sessions vs tx individuelle usuelle
 - N=32
 - Pas d'abandon
 - Diminution significative des sx TPL, sévérité sx psychiatriques, amélioration du fonctionnement global
 - Taille d'effet large
 - 94% vs 16% ne répondent plus aux critères de TPL
- Efficace pour les patients hospitalisés (Reiss, 2014; Fassbinder, 2016)

STEPPS (Nancee Blum)

- Systems training for emotional predictability and problem solving
- Programme cognitivo-comportemental et systémique
- 20 séances de groupe:
 - Psychoéducation sur le TPL
 - Enseignement de compétences de modulation des émotions
 - Enseignement de compétences de gestion des comportementales
- Amélioration de la sévérité des sx, qualité de vie, diminution des schéma (Hill, 2016; Bos, 2010; Ven Well, 2009), diminution des hospitalisations (Alesiani, 2014), impulsivité, affect négatif (Blum, 2008)

Good psychiatric management



https://borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2012/10/Palmer_NEABPD10_14_12a-1.pdf

Cohérence interpersonnelle



GPM: Approche de traitement

- Intérêt dans l'expérience interpersonnelle
- Ralentir les clichés, présomptions, attributions, raccourcis
- Curiosité à propos du contexte interpersonnel (et pensées) précèdent les émotions et les comportements

Attitude thérapeutique

- Dyade: relation réelle, révéler certains aspects de sa propre expérience
- Contenant correcteur: actif, non réactif; prudent, incertain, délibéré
- Pragmatisme-chaque patient est différent, mettre de côté la théorie si ne fonctionne pas; si pas maintenant-attendre
- Encourager de façon réaliste

pragmatisme

- Facteurs non spécifiques sont centraux-fiabilité, écoute, préoccupation
- Problèmes relationnels centraux-attachement, confiance, dépendance positive
- Changements situationnels peuvent être essentiels
- Si besoin d'interpréter, offrir sous forme de questions ou normalisation
- Interventions erronées sont inévitables, utiles, réversibles
- Éducation est essentielle même lorsque semble ignorée

Approche de traitement

- Curiosité: votre vie est intéressante, importante, unique
- Externe vers interne, implicite vers explicite (Gabbard)
- Explorer silences, retards, incivilités, superficialité
- Évoquer les interactions dans l'ici et maintenant: ne sait pas (MBT), interprétation (TFP)
- Explorer les transferts négatif: impatience, dédain; « est-ce que je vous ai dérangé? »

SEQUENCE OF EXPECTABLE CHANGES

<u>Target Area</u>	<u>Changes</u>	<u>Time</u>	<u>Relevant Interventions</u>
1. Subjective distress/ dysphoria	↓ anxiety & depression	1-6 wks	support, situational changes, ↑ self awareness
2. Behavior	↓ self-harm, rages & promiscuity	2-6 mos	↑ awareness of self & interpersonal triggers ↑ problem solving strategies
3. Interpersonal	↓ devaluation, ↑ assertiveness, & “+ dependency”	6-12 mos	↑ mentalization, ↑ stability of attachment
4. Social function	school/work/domestic responsibilities	6-18 mos	↓ fear, failure & abandonment, coaching

Adapted from Gunderson JG, Links P. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc. 2008

Processus de changement

- Penser d'abord: apprentissage cognitif
- Se bâtir une vie: réadaptation sociale
- Expériences correctrices: thérapeute prend soin et est un modèle

Sécurité

- Évaluer le risque: différencier non-léthal de l'intention suicidaire réelle
- Ne pas ignorer: exprimer l'inquiétude
- Demander au patient ce qu'il pense qui pourrait aider: autonomie
- Clarifier facteurs précipitants (analyse en chaine): chercher événement interpersonnel
- Être clair qu'on a des limites: pas omniscients ou omnipotents
- Toujours explorer la signification par rapport à l'alliance avec la thérapie-thérapeute
- Discuter avec collègues: consultation ou supervision

Crises

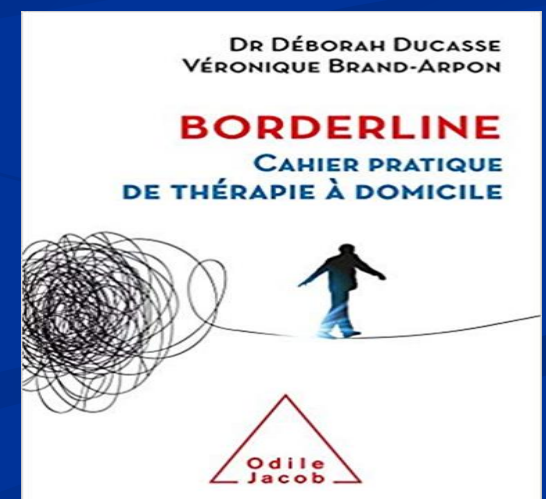
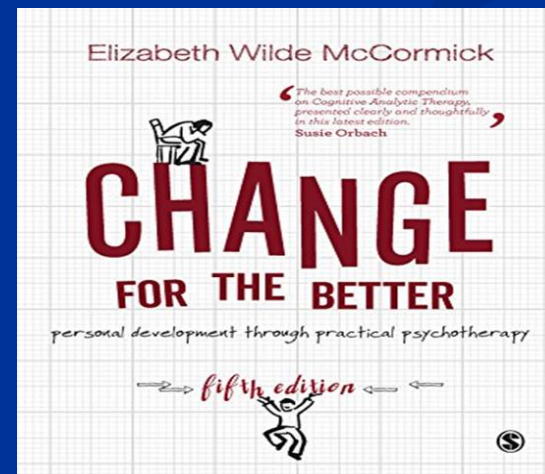
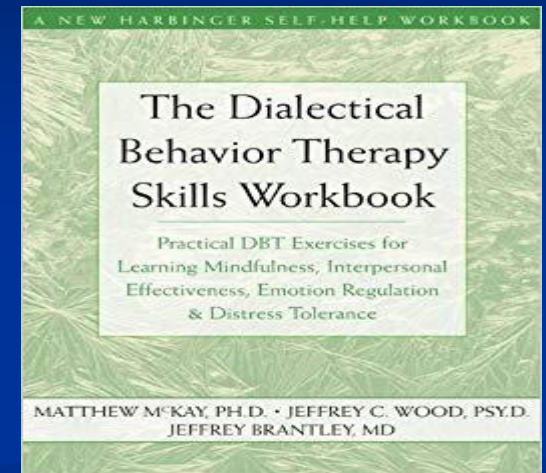
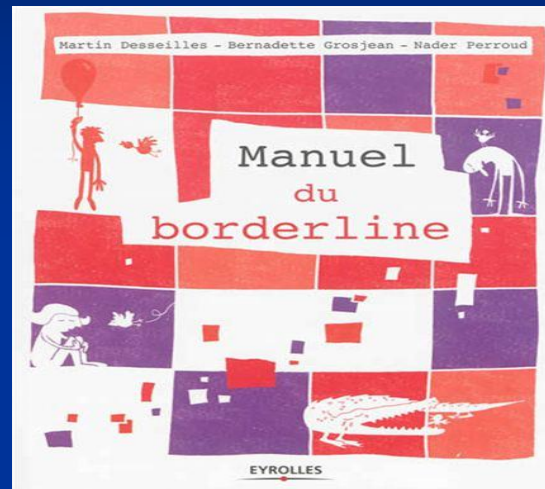
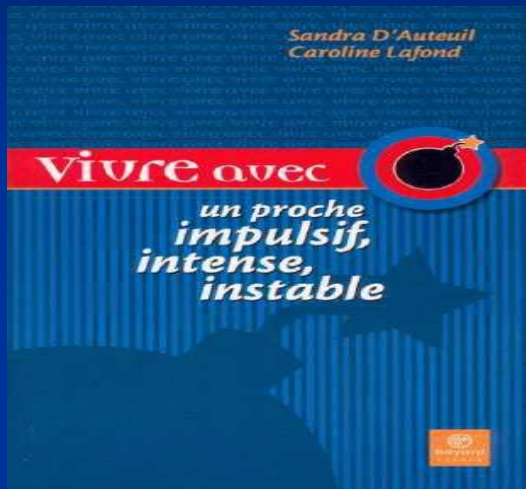
- Pendant la crise:
 - Exprimer inquiétude lorsque parle d'idées suicidaires
 - Ventiler
 - Ne pas agir de façon unilatérale: demander de dire si veut aide, quelle aide aimerait avoir, prendre pour acquis que peut aller à l'urgence/centre de crise
 - Identifier les facteurs de stress (ex. rejet)
- Après la crise:
 - Suivi: effet sur soi, lors de RV suivi
 - Interpréter raison pourquoi ça aide (être contenu)
 - Identifier le fait que ne peuvent pas seulement se fier sur le fait qu'on va être disponible
 - Résolution de problème: quelles sont les alternatives
 - Identifier les stressseurs

Intervention de groupe

	RLS Sud-Ouest-Verdun	CIUSSS Capitale Nationale	CUSM	RLS Lucille-Teasdale
Type	Gr. psychoéducatif	Gr. relationnel	Gr. psychoéducatif	Gr. psychoéducatif
Structure	Fermé	Ouvert (semi-ouvert à venir)	Fermé	Semi-ouvert
Approche	Basé sur l'approche Linehan (TCD)	DBT – (+MBT à venir)	Basé sur l'approche Linehan (TCD)	Basé sur l'approche Linehan (TCD)
Animation	Co-animation	Co-animation	Co-animation	Co-animation
Composition	12 participants	10 participants	12 participants	10 participants
Durée	15 semaines 2 h/rencontre	8 semaines	12 semaines	24 semaines (séance aux 2 sem)
Fréquence	3 à 4 groupes/an depuis 2013	12 à 20 groupes/an	4 groupes/an depuis 2001	6 groupes/an depuis 2016

Offre de services de groupe à court terme pour les personnes présentant un trouble de la personnalité : des ingrédients actifs à proposer pour améliorer l'accès aux services de première ligne. Michel Gilbert, CNESM

Bibliothérapie TPL



Quelques ressources sur l'internet

- Le trouble de personnalité borderline. Qu'est-ce que c'est? Comment se soigner? Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/doc_trouble_de_la_personnalite_borderline-pp.pdf
- Thérapie cognitive analytique:
<https://www.ntw.nhs.uk/content/uploads/2016/08/Cat-A4-1.pdf>
<http://www.awp.nhs.uk/media/69325/Cognitive%20Analytic%20Therapy%20Leaflet.pdf>
- Thérapie dialectique comportementale:
https://www.mind.org.uk/media/1594506/ms_dbt_2014.pdf
https://redemptionpsychiatry.com/docs/DBT-Interpersonal_Effectiveness_Packet.pdf
https://redemptionpsychiatry.com/docs/DBT-Distress_Tolerance_Packet.pdf
https://redemptionpsychiatry.com/docs/DBT-Emotion_Regulation_Packet.pdf
https://redemptionpsychiatry.com/docs/Wise_Mind_Discussion.pdf
https://redemptionpsychiatry.com/docs/Wise_Mind.pdf
<https://redemptionpsychiatry.com/docs/WiseMindGraphic.pdf>
- Mentalisation:
<https://mentalizacion.com.ar/images/notas/What%20is%20Mentalizing%20and%20why%20do%20it.pdf>
- Thérapie des schémas:
[http://www.sebastienbouchard.ca/pdf/Qu'est-ce%20que%20la%20th%C3%A9rapie%20des%20sch%C3%A9mas%20du%20TPI.%20\(Arntz%20&%20Van%20Genderen,%202016\).pdf](http://www.sebastienbouchard.ca/pdf/Qu'est-ce%20que%20la%20th%C3%A9rapie%20des%20sch%C3%A9mas%20du%20TPI.%20(Arntz%20&%20Van%20Genderen,%202016).pdf)
- **Feuilles pour les familles :**
Au cœur du trouble de personnalité limite-Guide à l'intention des familles. Capitale Nationale <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide-famille-trouble-personnalite-limite.pdf>
Le trouble de la personnalité limite-guide d'information à l'intention des familles-CAMH <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/borderline-guide-fr.pdf>
- **Sites web :**
- Thérapie dialectique comportementale pour les patients :
<https://dbtselfhelp.weebly.com/skills-handbook—fultron.html>
<https://www.dbtselfhelp.com/index.html>
<https://www.dbtregulator.com.au/>
<https://ilovedbt.com/dbt-handouts-worksheets/>
- **Quelques présentations :**
- Présentation sur la thérapie comportementale dialectique:
<http://www.aqiism.org/wp-content/uploads/2016/06/B-6-Interventions-inspir%C3%A9es-de-la-Th%C3%A9rapie-Dialectique-Comportementale.pdf>
- Présentation sur STEPPS :
https://www.borderlinepersonalitydisorder.com/wp-content/uploads/2014/06/STEPPS_for_NEA-BPD_Call-in_Series_June_8_2014_-Part_1.pdf
https://www.borderlinepersonalitydisorder.com/wp-content/uploads/2014/06/STEPPS_for_NEA-BPD_Call-in_Series_June_8_2014_-Part_2.pdf

Psychothérapie

- La maison St-Jacques
- Argyle institute
- Institut Victoria
- Accès cible
- Thérapie des schémas: Pierre Cousineau,
Danielle Sauvé
- DBT: Alain Janelle, Ilana Kronick
- Mentalisation: Julie Dauphin