

Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite
Stalemates and opportunities in the treatment of borderline personality disorder
Callejones sin salida y oportunidades en el tratamiento de las personas con un trastorno severo de la personalidad límite
Impasses e oportunidades no tratamento das pessoas com um transtorno severo de personalidade limite

Sébastien Bouchard

Volume 35, Number 2, Fall 2010

Impasse thérapeutique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1000554ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1000554ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61–85. <https://doi.org/10.7202/1000554ar>

Article abstract

Borderline personality disorder is a serious mental health problem for which one of its main characteristics is significant difficulties in relationships with others. These relational problems have the unfortunate consequence of fostering negative attitudes among mental health professionals and contributing to the stigmatization of people suffering from this disorder. In this article, the author emphasizes the importance of taking into account the parameter of the therapeutic frame within which the feeling of facing a stalemate in the treatment of borderline personality disorder patients occurs. Six general strategies are presented that enable the therapist to limit or hinder the risk of stalemate in treatment. This article then presents the commonalities between treatments teams that tend to feel comfortable and efficacious in their management of borderline personality disorder patients. Finally, a case history is used to illustrate how some stalemates can in fact be seen as opportunities for growth for both the patient and the therapist. In order to avoid the vicious circle of negative interactions with patients already hypersensitive to inconsistencies and rejection, the author concludes by insisting on the necessity that more mental health professional have access to training programs and workshops specifically addressing how to better manage and treat people with BPD.



Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite

Sébastien Bouchard

Le trouble de personnalité limite (TPL) est un grave problème de santé mentale dont l'une des principales caractéristiques est de prédisposer à des difficultés relationnelles importantes. Ceci a pour conséquence d'alimenter les attitudes négatives des intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle difficile et d'augmenter le risque d'impasse dans le traitement. Cet article présente six grandes stratégies qui permettent de limiter l'émergence d'un sentiment d'impasse chez les cliniciens. L'auteur présente les principaux points communs des équipes de traitement qui s'avèrent efficaces dans leur travail auprès de cette clientèle. Une histoire de cas illustre que, même dans des conditions optimales, des impasses cliniques se produisent, et que ces impasses peuvent constituer une opportunité de croissance pour le patient et son psychothérapeute. En conclusion, l'auteur recommande que plus de formation sur le TPL soit offerte aux professionnels de la santé afin d'éviter la stigmatisation de cette clientèle, d'améliorer l'organisation des services offerts et d'augmenter l'efficacité des traitements disponibles.

Le TPL est un problème de santé mentale grave dont l'une des principales caractéristiques est de prédisposer à des problèmes relationnels. De par sa prédisposition à engendrer des problèmes relationnels, le trouble de la personnalité limite (TPL) constitue un important générateur de sentiment d'impasse chez les intervenants en santé mentale. Les personnes avec un TPL occupent une place de choix dans les discussions sur les impasses cliniques et cette imposante présence s'explique tant par la prévalence du TPL que par l'intensité des réactions émotionnelles suscitées par ce type de patient. En effet, cette clientèle a une forte tendance à chercher de l'aide dans les services de santé mentale ; près de 95 % des patients avec un TPL ont tenté de profiter d'une psychothérapie individuelle, 72 % ont déjà été hospitalisés et près de 70 % ont une prescription pour trois médicaments psychotropes ou plus (Zanarini et al., 2004). De plus, ces personnes représentent 10 % des patients en clinique externe et 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie (Lieb et al., 2004). D'autre part, le diagnostic de TPL figure

* Ph. D., psychologue, Télé-Université-UQAM, Psychologie et santé mentale.

parmi les diagnostics fortement associés à des attitudes et des sentiments contre-transférentiels négatifs chez les professionnels de la santé mentale (Betan et al., 2005).

Cet article présente notre approche théorique et notre cadre de pratique clinique, suivis de six grandes stratégies qui permettent de limiter le risque d'impasse chez les patients avec un TPL. Un résumé des principales caractéristiques des équipes de professionnels généralement aptes à transformer les impasses en opportunités est ensuite présenté. Enfin, une brève histoire de cas illustre une série d'impasses rencontrées dans le suivi auprès d'une personne qui présente des difficultés complexes et qui est particulièrement réfractaire au changement. En conclusion, l'accent est mis sur la cohérence de la structure de soin et sur la supervision clinique continue comme facteurs essentiels de succès à l'intervention auprès des personnes avec un TPL.

Approche théorique

Pour contourner les rivalités entre les approches théoriques et souligner les points communs entre les modèles de traitement efficaces pour le TPL, nous avons privilégié une compréhension intégrative des impasses qui entourent le traitement du TPL et une utilisation éclectique des stratégies et techniques de traitement (de Groot et al., 2008 ; Livesley, 2008 ; Kolla et al., 2009). Les recommandations sont inspirées des meilleures pratiques, des résultats de la recherche sur le traitement du TPL et des consensus d'experts de l'American Psychiatric Association (2001). Notre approche en psychothérapie se veut intégrative, inspirée des quatre principaux traitements qui ont démontré une efficacité auprès du TPL : psychothérapie dialectique-comportementale (Linehan, 1993), psychothérapie des schémas (Giesen-Bloo et al., 2006), psychothérapie focalisée sur le transfert (Clarkin et al., 2007) et psychothérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 1999).

Ces approches ont des points communs, mais soulignons d'abord comment elles diffèrent sur deux points importants : la durée de traitement et les objectifs thérapeutiques. En effet, l'approche dialectique-comportementale et l'approche basée sur la mentalisation ont des visées de soins sur de plus brèves périodes (entre 12 et 18 mois) et se centrent sur les symptômes aigus du TPL (automutilation, crise suicidaire, manipulation émotionnelle, instabilité affective et impulsivité destructrice). La psychothérapie focalisée sur le transfert et la psychothérapie des schémas ont des visées plus ambitieuses, sur de longs épisodes de soin (entre trois et sept ans) et prétendent ainsi pouvoir atteindre les symptômes chroniques du TPL (insécurité de l'attachement, perturbation de

l'identité, vide intérieur, faible rendement occupationnel, hostilité relationnelle et problèmes conjugaux).

Cadre de pratique

Depuis plus de 10 ans, l'enseignement, la recherche et le traitement des troubles sévères de la personnalité ont été au cœur des préoccupations du Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec où nous avons œuvré. Communément appelé « Le Faubourg Saint-Jean », ce programme-clientèle de troisième ligne en psychiatrie offre des services psychosociaux structurés à près de 400 patients, dont près de cent-quarante en psychothérapie long terme d'une durée maximale de trois ans. De 2003 à 2010, nous avons développé le volet de services de formation et de soutien aux intervenants en santé mentale de la région de Québec.

À l'origine, la participation à une combinaison de psychothérapie individuelle et de groupe constituait l'essentiel de l'offre de service de notre clinique. Or, pour plusieurs patients, cette avenue unique d'entrée en relation thérapeutique s'avérait en soi une source d'impasses pour deux raisons. Pour certains, le degré de désorganisation du fonctionnement était tel que le simple fait de devoir se présenter à heures fixes à des rendez-vous et de maintenir leur motivation en absence de gains immédiats leur paraissait un projet irréaliste, qu'ils abandonnaient rapidement. Pour d'autres, l'erreur aura été d'offrir d'emblée une psychothérapie à des patients qui nous faisaient vite regretter notre témérité. En effet, certains patients (en particulier : TPL gravement régressés, troubles factices ou Münchausen, personnalité dépendante avec traits narcissiques-masochistes, personnalité narcissique malin, personnalité antisociale, traits psychopathiques) s'avéraient très limités dans leur capacité à utiliser la psychothérapie pour améliorer leur propre sort. Aussi, il n'était pas inhabituel de voir ce type de patient défendre bec et ongles son droit de garder son suivi et ce, pour des raisons qui s'avéraient totalement contraires à l'éthique clinique la plus élémentaire. Par exemple, certains souhaitaient pouvoir bénéficier de psychothérapie pour des raisons telles que, entre autres exemples : profiter de son rôle de malade comme circonstance atténuante lors d'un procès, justifier les privilèges associés au rôle de victime dans sa famille, jouir du plaisir de mettre en échec un professionnel envié ou jugé menaçant, se doter d'un « ami engagé » sans avoir à faire les efforts associés à une réelle amitié empreinte de réciprocité. Face à de tels défis, à force d'essais et d'erreurs, certaines stratégies ont permis d'éviter ou du moins limiter l'ampleur des impasses typiques à la clientèle avec un trouble grave de la personnalité.

Six stratégies pour limiter le risque d'impasse

1) *Faire une offre de service structurée et selon le degré de motivation*

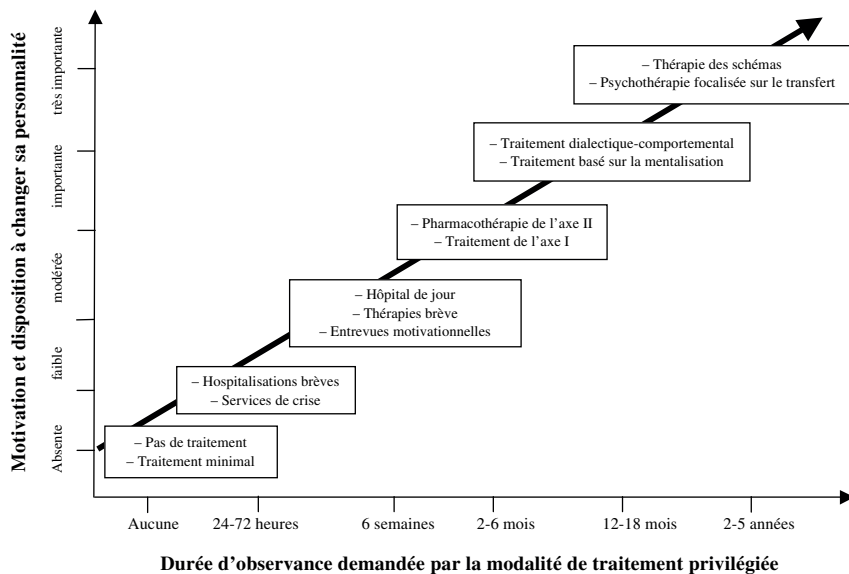
La trajectoire de services utilisée par les personnes avec un TPL est souvent surprenante. Par exemple, une étude menée en France par Cailhol et al. (2003) arrive à une conclusion intrigante. Ces patients fortement représentés dans les services de santé physique sont rarement référés en santé mentale, et lorsqu'ils sont suivis en santé mentale, ils sont rarement orientés vers un traitement spécialisé pour le TPL même s'il est disponible dans leur région. Diverses causes expliquent cette situation. Elles sont attribuables autant aux caractéristiques du réseau de soin (absence d'évaluation diagnostique de l'axe II, mais aussi faible organisation de l'offre de service, visées de soin à court terme, instabilité du personnel et communication interdisciplinaire limitée) qu'aux caractéristiques des patients avec un TPL (désorganisation de la demande d'aide, besoin de solutions rapides, ambivalence à changer, faible autocritique, manque d'informations sur le TPL).

La motivation à s'investir en psychothérapie est généralement très variable d'un patient à l'autre, en plus d'être instable dans le temps pour un même patient. Cette situation amène à tenir compte de la distinction entre deux types de motivation chez ces patients, à entrer en traitement : le *besoin d'aide* et le *désir de changer* (van Beek Verheul, 2008). La personne aux prises avec des idéations suicidaires peut admettre son besoin d'aide immédiate, le temps que sa crise se résorbe, et systématiquement refuser une offre de psychothérapie à long terme qui vise à changer les causes plus profondes de son mal-être et les dimensions problématiques de sa personnalité. L'invitation ou non à entreprendre une psychothérapie devrait tenir compte de cette distinction.

D'autre part, il existe un paradoxe dans cette invitation de s'impliquer en psychothérapie pour ces personnes puisque ce traitement se caractérise par une longue durée, un investissement d'une relation à deux et la nécessité d'une présence assidue aux séances. Or, pour un patient prisonnier du présent, qui craint les relations intimes et qui manque de persévérance, cette offre présente forcément une « faible acceptabilité » (Cailhol, et al., 2010). Dans ces cas, on doit substituer l'impuissance par la patience et contrer la motivation chancelante du patient par une intention tenace¹ à s'inscrire dans un dialogue de préambule à une éventuelle entrée en traitement. Évidemment, ce dialogue de préambule à la psychothérapie sera entrecoupé de pauses, de crises, de tentatives de rejet et ultimement, dans le meilleur des cas, d'une réconciliation avec l'approche de traitement optimale pour lui.

Devant une telle situation, le réseau de soins doit idéalement répondre à la désorganisation fréquente de demande d'aide de ces personnes, en offrant des programmes de soins clairement définis, organisés sur le long terme et cohérents avec la gravité du trouble de la personnalité (Fallon, 2003). L'esprit de cette approche est axé sur la structuration d'une offre de services séquentiels, multimodaux et de durée variable, harmonisés au degré de motivation à s'investir en traitement (voir graphique 1). Le but proximal devient alors de tenter d'améliorer la « traitabilité » du patient (Stone, 2006), afin d'éviter de le rejeter, le contraindre ou le séduire et ainsi compromettre une véritable démarche de changement. À plus long terme, le but visé est de se proposer comme figure d'attachement stable et sécurisante, tel un « tuteur de résilience » dirait Boris Cyrulnik, ni surinvesti, ni détaché, prêt à patienter, à contenir son impuissance et à tenter de comprendre (dans les limites du raisonnable) les multiples négociations ou attaques à l'intégrité du projet thérapeutique.

Graphique 1
Offre de service en fonction du degré de motivation
autodéterminée et de la durée d'observance nécessaire au succès
du traitement proposé



2) Éviter l'offre hâtive d'une psychothérapie à long terme

Après avoir longtemps douté de leur capacité à venir en aide aux personnes avec un TPL, de plus en plus de ressources intègrent systématiquement ces patients en traitement long terme, juste après l'annonce d'un diagnostic à l'axe II. Or, cette façon de faire comporte au moins deux inconvénients : elle néglige l'importance de bien sélectionner et de préparer ces patients à la psychothérapie et semble ignorer l'existence d'alternatives efficaces à la psychothérapie à long terme du TPL. Dans les faits, peu de patients ont accès à des psychothérapeutes qui ont reçu une formation spécialisée en psychothérapie de l'axe II ; peu de patients acceptent l'invitation à s'investir en psychothérapie à long terme (2 à 5 ans) et, pour ceux qui tentent de s'y investir, peu d'entre eux persévéreront jusqu'à la pleine rémission de leur TPL. Aussi, il est bon de se rappeler trois choses : le temps passé à préparer le patient à son entrée en traitement augmente significativement les chances de réussite thérapeutique ultérieures ; il existe des alternatives thérapeutiques à la psychothérapie individuelle long terme du TPL et enfin, les symptômes du TPL représentent une affection moins chronique que l'on ne croyait.

En effet, le simple fait de reporter à plus tard le début de la psychothérapie tout en continuant à échanger avec le patient sur le sens de sa demande d'aide vient du même coup, éviter des impasses thérapeutiques que l'offre hâtive de psychothérapie (ou le refus de services) pourrait entraîner. En effet, le point commun des approches efficaces est sans contredit la création de ce préambule à la thérapie, d'une durée de six et douze séances où l'intervenant clarifie très progressivement avec le patient un certain nombre de choses : la façon de comprendre ses difficultés, quels objectifs peuvent être atteints ou non à court et à long terme, l'effort qu'il aura à faire pour y arriver et son degré de confiance dans la relation avec le thérapeute. Cette approche, parfois nommée « basée sur le contrat » (Yeomans et al., 1992), permet au patient de prendre conscience de sa part de responsabilité dans le risque d'impasse, et des aspects de son fonctionnement habituel qui peuvent compromettre la réussite du traitement.

Plusieurs modalités de traitement bref (12 à 24 séances en moyenne) bénéficient aujourd'hui de données probantes plutôt encourageantes. Des programmes de thérapie brève tels le programme de thérapie dialectique-comportementale brève (Stanley et al., 2007), le *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS ; Silk, 2008) ou le groupe psychoéducatif sur 12 semaines de Mary C. Zanarini (Zanarini et Frankenburg, 2008) tendent à démontrer que des professionnels non spécialisés mais adéquatement encadrés sont en mesure d'aider les

personnes à réduire significativement et en peu de temps (environ 6 mois), certaines des manifestations les plus graves du TPL, telles l'impulsivité destructrice et les conflits répétés avec l'entourage.

Enfin, nous savons aujourd'hui que les symptômes aigus du TPL, tels que décrits dans le DSM-IV, ne sont pas aussi chroniques que l'on croyait à l'origine. Près des trois quarts des patients avec un TPL atteignent les seuils de rémission symptomatiques sur une période de dix ans (Zanarini et al., 2007), sans forcément avoir eu accès à une psychothérapie spécifique. Fait à noter, ce temps de rémission est caractérisé par une sorte « d'approche courtepoinTE » marquée par une série de tentatives de traitement de toutes sortes, où le client paraît impliqué dans une demande d'aide désorganisée mais qui constitue une sorte de « thérapie intermittente », à long terme et relativement efficace (Paris, 2007).

3) Se doter d'un cadre thérapeutique structuré et cohérent

Les personnes avec un TPL ont certes un potentiel inexploité et des forces à développer, mais leur compétence à faire des demandes réalistes, au bon moment et auprès de la bonne personne, apparaît incertaine (Par exemple : « Libérez-moi de ma souffrance d'abord et je cesserai de boire et de m'intoxiquer ensuite », « Quand vous m'aurez bien compris, je n'aurai qu'à appliquer vos bons conseils et tout sera plus facile »). Notre rôle en tant que professionnel est de contribuer à créer un cadre de traitement avec des règles du jeu simples à comprendre et qui constitue un défi réaliste pour ces personnes.

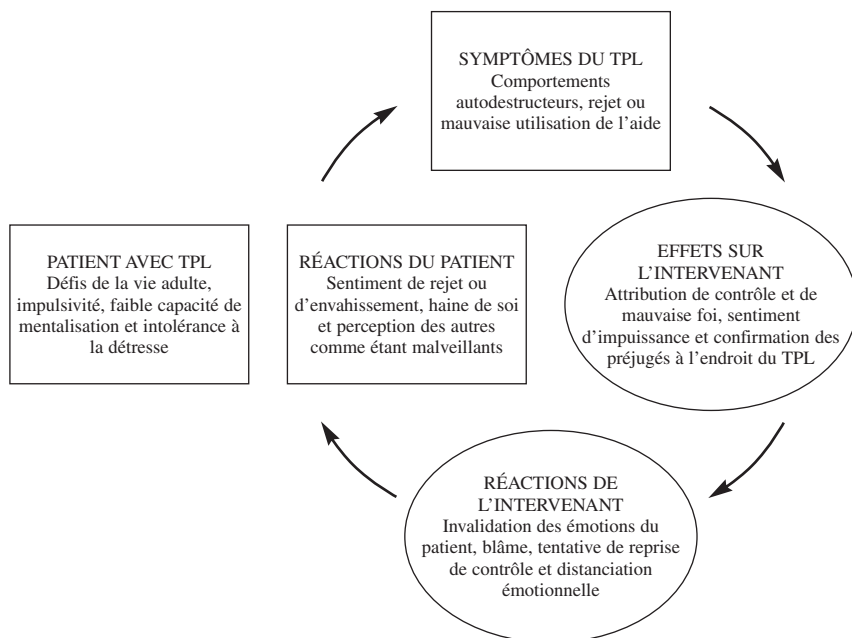
Ces règles, ce cadre à l'intérieur duquel peut se développer une relation thérapeutique, précisent les exigences minimales à respecter (par exemple, sécurité, bonne foi, respect, motivation à changer) et l'investissement requis pour atteindre un mieux-être (être honnête avec son thérapeute, cesser les gestes suicidaires, tolérer la détresse, être présent aux séances, assumer la responsabilité de ses actes, etc.). Les rencontres d'acculturation au cadre de traitement s'articulent autour d'un certain nombre de questions précises : « Qu'est-ce qui vous amène ici ? », « À quoi ou à qui attribuez-vous les raisons des multiples abandons de traitements antérieurs ? », « Que pourrions-nous faire qui n'a pas encore été essayé ? », « Que comptez-vous faire de différent cette fois-ci pour demeurer en traitement jusqu'à l'atteinte d'une rémission durable ? » Dans une grande majorité de cas d'impasse importante où on a fait appel à nos services, le patient et l'intervenant n'étaient pas arrivés à s'entendre sur les réponses à ces questions cruciales, ou croyaient à tort s'être entendus et compris.

4) Prendre conscience des attitudes négatives à l'endroit du TPL

Les personnes avec un TPL peuvent refuser les soins, générer des conflits dans les équipes et présenter, de façon générale, des comportements difficiles à gérer pour les professionnels. Cette situation entraîne des attitudes négatives qui se traduisent par des sentiments importants de frustration et de colère chez les intervenants (Cleary et al., 2002). Cette clientèle est particulièrement notoire pour sa capacité à activer des sentiments contre-transférentiels fort contrastés, allant de la pitié (et la surprotection) jusqu'à la colère (et au refus catégorique de tout type de soins) (Betan et al., 2005). L'étude de Deans et Meocevic (2006) sur les attitudes à l'endroit des personnes avec un TPL, effectuée auprès de soixante-cinq infirmières en psychiatrie, a démontré que celles-ci perçoivent ces patients comme manipulateurs (89 % d'entre elles), qui usent de chantage émotif (51 %) et qui constituent une nuisance pour le département (38 %). Seulement 10,6 % du personnel infirmier déclarent avoir du plaisir à travailler avec cette clientèle et 44 % seulement ont le sentiment de savoir comment s'y prendre avec eux. Une autre étude auprès de 226 professionnels de la santé mentale constate les mêmes tendances : 66 % croient que la prise en charge des TPL est inadéquate, 80 % estiment qu'il est modérément à très difficile de traiter le TPL et 84 % estiment qu'il s'agit de la clientèle la plus difficile (Cleary et al., 2002).

Plusieurs auteurs croient que la présence de ces attitudes négatives à l'endroit du TPL est grandement responsable des impasses, et pourrait même contribuer à la chronicité de ses manifestations et aux limites des traitements actuellement disponibles (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Face à des attentes aussi négatives, il est compréhensible que les intervenants tentent de se libérer de sentiments inconfortables et cherchent un coupable : eux-mêmes (« Je ne suis pas à la hauteur, je devrais me retirer de ce suivi ») ou le patient (« il ne fait pas d'effort et il est de mauvaise foi »). Ce type de réactions contre-transférentielles vient exacerber un cercle vicieux (voir graphique 2) où, après s'être pleinement investi auprès des patients, l'intervenant se referme émotionnellement ou met fin au suivi. Cette situation se produit, rappelons-le, auprès de patients qui sont hypersensibles au rejet et à l'invalidation de leurs efforts.

Graphique 2
Cercle vicieux du renforcement réciproque des attitudes négatives
à l'endroit du TPL (Inspiré de Aviram et al., 2006).



Ce type d'impasse engage tout le système, et sa résolution réside dans une meilleure formation des professionnels du réseau. En effet, l'enseignement d'attitudes à adopter avec cette clientèle peut aider les intervenants, et la formation continue a des effets positifs significatifs sur la qualité des soins offerts (Bouchard et Villeneuve, 2006 ; Treolar, 2009 ; Treolar et Lewis, 2008 ; Villeneuve et Lemelin, 2009). L'étude de Treolar et Lewis (2008) va jusqu'à suggérer que le fait d'avoir assisté ou non à ce genre d'atelier explique les différences d'attitudes à l'endroit du TPL beaucoup plus que le nombre d'années d'expérience clinique, le type de scolarité complétée et la fréquence de contacts directs avec des patients avec un TPL qui s'automutilent !

5) Établir une véritable alliance

Quantité d'études ont bien démontré les liens entre l'efficacité des traitements psychosociaux et la qualité de l'alliance de travail (Castonguay et Beutler, 2006). Or, on oublie parfois que cette alliance

est généralement constituée de trois facteurs : une entente sur ce qui doit se faire en thérapie pour améliorer la situation du patient (tâches et responsabilités de chaque partie), une entente sur les objectifs de la relation thérapeutique et le type de changement qui serait bon pour le patient (objectifs et buts précis) et une entente sur la qualité positive du climat affectif (confiance et chaleur) (Horvath, 1995).

Les études sur l'impact de la qualité de l'alliance sur l'efficacité de la psychothérapie ont été largement diffusées. Toutefois, nous avons observé certains biais dans la présentation des conclusions de ces études. À notre avis, trop d'importance est accordée à une seule dimension de l'alliance : le sentiment de confiance et de chaleur au détriment de la tâche et des objectifs du suivi.

Plus que toute autre clientèle, il est essentiel d'établir un *climat affectif positif* lors des premières séances qui servira d'assise à la construction d'une véritable alliance de travail. On pourra ensuite élaborer une entente claire sur les *tâches et responsabilités* de chacun et sur les *buts et objectifs* à atteindre pour déterminer l'efficacité du suivi. Lorsque l'on vise exclusivement à maintenir une relation chaleureuse et confortable en tout temps avec ces patients, le risque d'impasse s'accroît. Coincé dans une impasse de la sorte, le seul but des rencontres pourrait alors de maintenir à tout prix un transfert positif et d'éviter d'être perçu comme frustrant ou méchant par le patient.

6) Adopter une attitude d'acceptation radicale, de validation et de mentalisation

Peu importe ses allégeances théoriques, le recours à ces trois attitudes peut grandement aider lorsque l'impasse pointe à l'horizon. La validation de la légitimité de l'émotion du patient a souvent pour effet immédiat de réduire l'intensité émotionnelle et de rétablir quelque peu la collaboration (Linehan, 1993). Il faut toujours tenter de paver la voie à une demande bienveillante de changement en démontrant notre capacité à apprécier la partie justifiable des émotions du patient. L'adoption d'une *attitude mentalisante* (Fonagy et Bateman, 2006) ne vise pas à interpréter la fonction inconsciente des actes du patient. Au contraire, l'objectif est de démontrer un intérêt sincère à comprendre les intentions, désirs et besoins que les comportements tentent de traduire ; à placer *son esprit dans notre esprit* (principe de la posture intentionnelle²) tout en se montrant incertain de la nature exacte du vécu intérieur de l'autre (principe du respect de l'opacité des esprits).

Enfin, il est essentiel d'accepter radicalement notre impuissance à pouvoir soulager rapidement la souffrance morale du patient, d'accepter

aussi ce qu'il a d'attachant, de choquant et de repoussant chez ce dernier. Dans le meilleur des cas, ce qui est souhaité, c'est d'entendre le patient faisant son bilan en fin thérapie, dire : « Je n'avais jamais l'impression que mes émotions étaient injustifiées pour lui. Il ne visait pas toujours juste mais je sentais vraiment qu'il cherchait à comprendre ma perspective et qu'il m'aidait à trouver les désirs et les intentions qui se cachaient derrière mes agissements et mes états d'âme. Curieusement, j'ai senti qu'il ne tenait pas à me changer et cela m'a transformé. »

Points communs des approches efficaces auprès du TPL

Outre l'utilisation de ces stratégies, les professionnels qui ont tendance à être efficaces et confortables auprès des personnes avec un TPL ont certains points en commun. Quels sont les ingrédients essentiels pour mieux réussir à aider les personnes avec un TPL ? Existe-il une approche supérieurement efficace pour savoir quelle choisir ? Plusieurs études récentes suggèrent qu'il demeure difficile de trouver des différences d'efficacité qui sont cliniquement significatives et constantes entre les diverses approches de traitement du TPL. En fait, les études d'efficacité tendent à démontrer une chose : un traitement structuré offert par des professionnels dûment formés et supervisés de façon continue est généralement supérieur à *l'approche habituelle*³, non spécialisée (Hadjipavlou et Ogrodniczuk, 2010 ; McCain et al., 2009 ; Bateman et Fonagy, 2009 ; Yeomans, 2007 ; Leichsenring et Leibing, 2003).

Certains auteurs (de Groot et al., 2008 ; Critchfield et Benjamin, 2005 ; Livesley, 2004 ; Links, 2005), proposent de moins investir dans la recherche d'un gagnant entre les modèles de traitement, et de plutôt approfondir la compréhension des facteurs *spécifiques à l'efficacité* du traitement du TPL mais qui sont *non spécifiques à l'approche théorique* qui les sous-tende. Les professionnels qui ont en commun d'offrir un traitement efficace pour le TPL, peu importe l'allégeance théorique, empruntent des pratiques communes 1) ils se dotent de supervision continue, 2) sont hautement cohérents sur le plan théorique, 3) ont des périodes de soin à long terme, sur plusieurs années 4) disposent de soutien émotionnel, 5) partagent un cadre de traitement clair et des limites justes, 6) dévouent considérablement d'efforts pour s'assurer que le patient observe les règles du cadre de traitement, 7) sont fidèles à une hiérarchisation des thèmes prioritaires à aborder à chaque séance et gardent un objectif précis, 8) se disent authentiquement attachés à leur patient, 9) sont actifs dans la relation thérapeutique, 10) et tentent d'intégrer les autres soins et services au patient au plan de traitement

(Bateman et Fonagy, 2000; de Groot et al., 2008; Gunderson, 2000; Kolla et al., 2009; Livesley, 2005).

La maîtrise des six stratégies présentées et la chance de travailler au sein d'une équipe qui fonde ses interventions sur les facteurs communs discutés, sont par contre loin d'empêcher la survenue d'impasse thérapeutique. En fait, les impasses et les bris d'alliances sont chose habituelle et normale en psychothérapie. Les impasses peuvent être une occasion d'approfondissement de la relation thérapeutique. Dans le cas d'une patiente avec un TPL sévère, presque aux limites de la traitabilité, nous illustrons comment cette façon de voir les impasses cliniques peut être appliquées.

Histoire de cas

À l'origine, madame T. avait été référée au volet de l'hôpital de jour de notre programme-clientèle pour troubles sévères de la personnalité à la suite d'une série de crises suicidaires entremêlées d'agressions à l'endroit de policiers et de gardiens de sécurité. Par le passé, ces crises se soldaient la plupart du temps par des hospitalisations brèves en psychiatrie. En période de grande détresse émotionnelle, madame T. avait la fâcheuse habitude de choisir un endroit en marge d'une rue piétonnière ou d'une attraction touristique, et de s'automutiler jusqu'à ce qu'un passant la remarque et alerte les autorités. La patiente se montrait d'abord docile devant l'intervention policière, apparaissant soulagée, pour ensuite changer de *mode* de pensée en devenant soudainement irrévérencieuse et menaçante (Lobbestael et al., 2008). Dans un lieu public ou à l'urgence psychiatrique, la patiente finissait par se quereller avec la personne qui intervenait. Madame T. la frappait à grands coups jusqu'à ce qu'on ait recours à la force pour l'immobiliser.

Lors d'une de ces altercations, la patiente a blessé un gardien en le mordant et s'est vue accusée de voie de fait grave. Compte tenu des multiples récidives d'agressions envers autrui et l'impossibilité d'utiliser son diagnostic de TPL sévère (avec traits antisociaux et dépendants) comme facteur atténuant, un juge condamna madame T. à une période de six mois d'incarcération, une probation de trois ans et un suivi de «tous traitements psychosociaux qui lui seront offerts». Outre ces nombreux gestes d'automutilation et de violence envers les forces de l'ordre, madame T. présentait d'autres difficultés importantes: instabilité résidentielle proche de l'itinérance, incapacité à être autonome financièrement, transfert amoureux avec les professionnels de sexe masculin et aliénation de son réseau de soutien familial (Bouchard, 2008).

Dans le but de réduire l'impulsivité de madame T. et d'améliorer ses fonctions exécutives, un psychiatre de l'urgence lui prescrit de la quétiapine en monothérapie (Villeneuve et Lemelin, 2005 ; Van den Eynde et al., 2009). Du côté des séjours en psychiatrie, madame était gardée moins de soixante-douze heures à chaque hospitalisation. L'approche privilégiée était une approche brève (soixante-douze heures ou moins). Plus tard, après un passage de six semaines à notre hôpital de jour, celle-ci fut référée en thérapie motivationnelle (quatre séances sur une période d'un an). Suivant ce préambule à la psychothérapie, madame T. fut d'abord référée à un premier segment de thérapie de groupe et individuelle d'une durée de six mois basée sur l'approche dialectique-comportementale (Linehan, 1993). Cet épisode de soins visait surtout à l'aider par la psychoéducation, à mieux comprendre l'impact du TPL sur sa vie et à cesser les gestes impulsifs autodestructeurs. Après ces étapes, un essai en psychothérapie avec madame T. a été entrepris.

Des impasses et des opportunités dans la tourmente

Lors de nos premières rencontres, madame T. avait donc complété le premier tiers de notre programme de traitement de trois ans. Elle s'était impliquée avec succès dans un groupe psycho-éducatif d'une durée de six mois, et avait cessé depuis trois mois les automutilations et les agirs agressifs contre autrui. Notre travail auprès de cette patiente a été parsemé d'impasses. Nous examinons huit impasses en particulier afin de démontrer comment il est possible dans la plupart des cas de voir se dessiner une opportunité de croissance pour le thérapeute et pour son patient.

L'impasse de l'autodestruction et de l'absence d'autocritique

Comment une personne peut-elle se faire autant de tort, souffrir autant depuis si longtemps et pourtant ne pas sembler vouloir changer ? Dans ce cas, notre patiente a d'abord eu l'occasion de prendre conscience d'avoir plus de contrôle sur elle-même qu'elle semblait le croire et qu'elle n'y mettait seulement pas encore assez d'efforts pour vraiment y arriver. Face à notre attitude responsabilisante et acceptante, elle a pu comprendre que certains intervenants la percevaient comme compétente et saine d'esprit, comme un être intentionnel dont les comportements problématiques traduisent des besoins, des désirs et des intentions légitimes.

En tant que psychothérapeute, ce type d'impasse nous a fait comprendre la possibilité de privilégier une approche thérapeutique

visant à augmenter les capacités d'autorégulation et de mentalisation du patient, plutôt que de les prendre, souvent à tort, pour acquise. Cette situation a entraîné une réflexion sur la notion de responsabilité civile face à des patients apparemment aptes à faire des efforts pour se contenir, mais se déclarant victimes de maladie mentale, donc irresponsable de leurs actes. Sur le plan théorique, l'impasse caractérisée par l'absence d'autocritique a permis de déterminer qu'il est prioritaire avant tout autre chose en début de suivi auprès de cette clientèle, de contrôler les gestes autodestructeurs et de construire une théorie partagée sur le sens de ces gestes.

L'impasse du rejet de l'aide de ceux à qui on s'agrippe

Ce deuxième type d'impasse se produit le plus souvent avec des patients qui présentent un trouble de l'attachement de type désorganisé (Holmes, 2004) : « Je vous déteste, ne me quittez pas. Aidez moi à tout prix, mais pas de cette façon-là, ni de celle-là non plus ». Les chercheurs américains les appellent, non sans un certain cynisme, les « *help rejecting complainers* ». Devant cette impasse, nous avons tenté d'amener madame à saisir l'opportunité de prendre conscience de certains aspects de son monde interne : la possible présence d'angoisse paranoïde et d'une crainte de dépendance diamétralement opposée à son sentiment de toute puissance ; la force de son auto-destructivité et de l'incompatibilité de certains de ses objectifs relationnels (détruire et agresser d'une main ce qu'elle exige de l'autre). Madame T. a pu explorer pourquoi elle prenait un certain plaisir à user le sentiment de compétence de l'intervenant, et voir les craintes de vivre une séparation advenant un suivi efficace. De notre côté, l'assiduité paradoxalement sans faille de la patiente, entremêlée de menaces de demande de changement de thérapeute et de refus intermittent de collaborer, ont permis de mieux comprendre son ambivalence au changement. Finalement, afin de la laisser choisir librement entre une implication plus efficace dans son suivi et la suspension d'un suivi jugé inopérant (par les deux parties en cause), cette impasse nous a permis de pratiquer les techniques de l'entrevue motivationnelle à l'intérieur d'une neutralité bienveillante face aux choix qui s'imposaient à la patiente.

L'impasse du risque de la mort par suicide

Ce type d'impasse est peut-être l'un des plus inquiétants pour les intervenants qui s'attachent sincèrement à leurs patients. Dans ce cas, nous avons rapidement clarifié que notre rôle auprès d'elle n'était pas de la convaincre contre son gré que la vie valait la peine d'être vécue. Nous

lui avons expliqué que si son désir le plus cher était de mourir par suicide, nous ne disposions pas de moyens infaillibles pour l'en empêcher et donc, qu'il y avait un très fort risque qu'elle y arrive tôt ou tard. L'opportunité pour cette patiente était d'être placée devant son libre arbitre et son droit de disposer de sa vie comme elle l'entend, soit de vivre sans aucunes contraintes, de façon dangereuse et hautement destructrice. Madame a donc pu sentir qu'elle pouvait faire un choix éclairé entre continuer de tenter de détruire sa vie ou décider de tenter de se construire en thérapie et lutter, avec nous, contre la part d'elle désirant mourir et tout détruire. De notre côté, nous prenions mieux conscience des limites du pouvoir de la psychothérapie et à mieux contenir nos sentiments d'impuissance et de colère. Cette impasse a aussi été l'occasion d'apprendre à tolérer l'idée que malgré notre bonne volonté, la patiente pouvait malgré tout choisir de saboter ses chances de vivre une vie meilleure et se tuer.

L'impasse de l'interruption du suivi suite à un emprisonnement

Alors que la démarche thérapeutique semblait s'approfondir, madame T. continuait de briser les conditions de sa probation et de notre entente contractuelle. Elle s'en prenait physiquement à des policiers ou des gardiens qui se trouvaient sur son chemin les jours où elle se sentait en crise. Son retour en prison pour voie de fait lui permit de réaliser qu'elle n'était pas plus forte que la police et au-dessus des lois et du même coup, de faire en partie le deuil de l'omnipotence grandiose qu'elle attribuait à son pouvoir de destruction (la cliente s'identifiait à une « arme parfaite »). De notre côté, cette pause dans le suivi de madame nous a permis de chercher conseils auprès de notre superviseur et de reconsidérer la pertinence d'un suivi en psychothérapie en équipe multidisciplinaire. Le maintien des actes agressifs envers autrui a aussi permis d'explorer les limites d'action de la pharmacothérapie auprès de patients ambivalents à s'engager de s'efforcer à contrôler leur agressivité.

L'impasse de l'exacerbation des symptômes du TPL dans l'attachement

À sa sortie de prison, nous avons appris avec un certain plaisir que Madame T. désirait poursuivre son suivi avec nous et disait avoir hâte de nous revoir. Notre enthousiasme a vite été tempéré par le fait qu'elle avait recommencé à s'automutiler entre les séances. De plus, elle nous confia des aspects inconnus et relativement déroutants de sa vie sexuelle. Mais lueur d'espoir, la patiente se montrait elle-même curieuse

de comprendre pourquoi cela lui arrivait, pourquoi elle « régressait » disait-elle. Plusieurs séances d'exploration de la fonction de ses gestes destructeurs et de ses passages à l'acte sexuels, ont permis de comprendre qu'une part de son autodestruction était en lien avec l'idée qu'elle se faisait des autres (donc, de nous) en situation d'attachement ; et des autres qu'elle percevait comme cruels, insensibles et qui prenaient un plaisir sadique à la voir se « décomposer », elle, la petite fille détestable, méritant d'être battue et maltraitée, refusant d'être consolée, et refusant de croire que nous serions capables de la tolérer et ne pas l'abandonner. De notre côté, cette impasse de l'exacerbation des symptômes du TPL en période de rapprochement affectif, a permis de prendre conscience de la nécessité de supervision continue pour les personnes intervenant auprès de patients présentant un trouble grave de la personnalité. Cette nouvelle impasse a aussi permis d'utiliser le soutien des collègues afin d'éviter que notre contre-transfert s'avère nuisible pour la thérapie de madame T.

L'impasse de l'agression physique du psychothérapeute

À cette étape de la thérapie, environ deux ans de suivi avec nous, madame T. avait cessé de fréquenter les urgences psychiatriques, ne s'automutilait apparemment plus, entretenait une relation amoureuse stable depuis six mois, vivait seule en appartement pour la première fois de sa vie, mais défendait farouchement son droit à la compensation financière liée au statut de « contrainte sévère à l'emploi ». Or, ce statut s'avérait dorénavant incompatible avec un des objectifs de la thérapie : celui d'abandonner le rôle de malade et d'arriver à entretenir un rôle productif (travail, bénévolat, études, soins d'un enfant, etc.). C'est lors d'un échange passablement houleux sur l'exploration des raisons du refus de madame T. d'entreprendre des démarches de réinsertion sociale que celle-ci s'en prit à nous physiquement.

Avec le recul, cette perte de contrôle a fait en sorte que le thérapeute a été forcé de la toucher et de la contenir physiquement pour ne pas être frappé. Cette situation a aussi permis à madame de faire montre de maîtrise d'elle-même dans sa perte de contrôle en s'élançant d'abord avec l'intention de nous frapper, pour en fait s'agripper à notre chemise pour l'empêcher de l'éloigner de nous. Pour notre équipe de traitement, cet esclandre nous a amené à reconsidérer notre protocole d'évaluation du risque hétéro-agressif. Sur un plan théorique, cette situation a permis de mieux comprendre que pendant l'enfance de certains de nos patients, provoquer la colère d'un de leurs parents, même si cela impliquait de se faire secouer et d'être frappé, était bien souvent la seule façon pour eux

d'avoir accès à un semblant de rapprochement physique, et que malgré la douleur, une part d'eux appréciait malgré tout ce contact tant espéré. Sur un plan plus personnel, nous avons conclu que le simple fait d'avoir l'impression de comprendre son patient ne suffit pas à arrêter ses passages à l'acte.

L'impasse du danger de passage à l'acte suivant l'imposition d'une suspension

En s'en prenant physiquement à nous, madame T. savait qu'elle transgressait une des règles capitales de l'accès à notre clinique. Par conséquent, il a été décidé de suspendre le traitement pendant six mois, de considérer la possibilité de poursuite civile et de voir à ce qu'un psychiatre réévalue, à son retour de suspension, la possibilité de reprise de thérapie. Pour la patiente, la suspension a été l'occasion d'être traitée en adulte responsable de ses actes et d'être soumise aux mêmes conséquences que les autres dans ce contexte. Pendant sa suspension, elle a pu réfléchir à la façon dont elle pourrait s'y prendre pour que l'équipe se sente à nouveau en sécurité en sa présence. Elle a pu mettre en pratique ses habiletés de tolérance à la détresse sans le soutien d'un intervenant. Pour notre part, cette impasse a permis d'apprendre à moduler notre peur d'être à nouveau attaqué par madame T., et de se montrer en contrôle, ni intimidé ni culpabilisant lors de l'annonce de la suspension de service. Encore une fois, la supervision individuelle (et la psychothérapie personnelle) aura permis de mieux comprendre pourquoi nous avons minimisé la signification des menaces faites à notre endroit dans les semaines précédant l'altercation, et pourquoi nous avons possiblement manqué de *timing* et d'empathie dans le fait d'aborder la question du retour au travail à ce moment précis du suivi.

L'impasse des limites de la psychothérapie comme traitement de choix

À son retour de suspension, madame est apparue penaude mais de bonne humeur. Malgré qu'elle se soit rendue à l'urgence à une ou deux fois pendant sa suspension, elle se disait étonnée du maintien de son fonctionnement pendant sa suspension. Elle montrait très peu de culpabilité face au geste posé à notre endroit, et résistait sournoisement à l'idée qu'elle devait s'engager formellement à ne plus jamais user de violence envers quiconque à la clinique. Après six séances d'évaluation avec nous, il a été conjointement décidé avec la patiente de ne plus lui offrir de suivi en psychothérapie pour une période indéterminée. L'équipe de traitement a proposé de maintenir un lien minimal par le

biais de rencontres aux six semaines avec une infirmière à l'extérieur de la clinique. Son psychiatre a poursuivi le suivi psychopharmacologique.

La suspension, la rencontre bilan post-suspension et la décision conjointe de prendre des «vacances de la thérapie⁴» ont permis à madame de découvrir qu'elle pouvait bien fonctionner sans le soutien régulier d'un intervenant. Elle a aussi pu constater qu'elle pouvait être digne de pardon et vérifier si nous avions le désir de la reprendre en psychothérapie⁵. Elle a aussi eu l'occasion de sentir que l'équipe gardera en tête, aussi longtemps qu'il le faudra, un projet de changement pour elle. De notre côté, cette huitième et dernière impasse a permis de nous rappeler que les patients avec un trouble grave de la personnalité préfèrent parfois, consciemment ou non, exercer une pression sur leur environnement (afin de contrôler les autres de façon à ce qu'ils se plient aux exigences de leur psychopathologie) plutôt que de choisir d'augmenter leurs capacités à s'autoréguler (et ainsi devenir véritablement autonome et en contrôle). L'interruption de ce suivi a aussi permis de nuancer notre découragement en se rappelant qu'après cinq ans dans notre programme-clientèle, madame aura réussi à faire plusieurs gains appréciables : contrôle de l'automutilation, diminution marquée du nombre d'hospitalisations, stabilité résidentielle, activités de bénévolat, arrêt des voies de fait envers les policiers, relation amoureuse chaotique mais stable et sécuritaire. En somme, toute cette série d'impasses nous aura permis de mieux saisir la sagesse inhérente à un certain serment voulant que les cliniciens ont une obligation de moyens... et non de fins.

Conclusion

Les sentiments d'impasse sont une des caractéristiques normales du travail clinique auprès de patients avec un TPL. Dans la mesure où ces sentiments servent de moteur à l'approfondissement de l'alliance thérapeutique et du sentiment de compétence du patient et de son intervenant, derrière chaque impasse se cache souvent une opportunité. Nous avons vu que certaines stratégies permettent d'éviter ou de limiter le développement des impasses les plus fréquentes : faire une offre de service séquentielle ; éviter de démarrer à la hâte une psychothérapie long terme ; se doter d'un cadre thérapeutique cohérent ; être conscient de ses propres attitudes négatives à l'endroit du TPL ; prendre le temps d'établir une véritable alliance de travail et enfin, adopter une attitude d'acceptation radicale en tentant d'être validant et mentalisant en tout temps.

Dans cet article, nous avons tenté de mettre l'accent sur la cohérence de la structure de soins à l'intérieur de laquelle les services sont offerts. Les équipes de traitement qui font appel à nos services de

formation et de supervision ne sont jamais bien loin de trouver eux-mêmes la raison de leur inconfort avec les patients. On a tendance à chercher dans le contenu du dialogue entre patients et intervenants la raison de l'impasse, et on néglige souvent le rôle central du contenant à l'intérieur duquel on tente de travailler. La plupart du temps, l'issue à bien des impasses se trouve dans le contenant, dans les réponses aux questions suivantes : « Le patient est-il insuffisamment organisé lui-même pour être en mesure de coordonner sa séquence de services, et expliquer aux intervenants les inconvénients des messages parfois incohérents qu'on lui envoie ? », « Un cadre et des règles du jeu claires ont-ils été établis de façon à ce que le patient sente qu'il peut librement choisir de s'engager ou non à faire des efforts précis ? », « Avez-vous les mêmes objectifs et la même compréhension de vos rôles respectifs dans la relation ? », « Vous êtes-vous accordé suffisamment de temps pour atteindre vos buts avant de vous décourager ? », « Disposez-vous de supervision clinique continue, de soutien émotionnel et de réunions hebdomadaires en équipe afin de travailler ensemble dans la même direction ? ».

Une dizaine d'années seulement nous sépare de nos débuts dans une clinique de troisième ligne sur-spécialisée dans le traitement des troubles sévères de la personnalité. Depuis, nous avons connu une augmentation fulgurante du nombre d'études sur le TPL. Les études longitudinales ont démontré que la progression naturelle du TPL est beaucoup plus favorable que l'on croyait. Les études sur l'efficacité de la psychothérapie ont montré que les patients guérissent du TPL dans une même proportion que pour la plupart des troubles de l'axe I. Et enfin, les neurosciences ont permis de constater que les systèmes neurobiologiques impliqués dans la cognition sociale et la modulation affective chez le TPL comportent des altérations subtiles, et viennent appuyer la validité scientifique des interventions psychologiques (Bouchard et al., 2010). Ces nouvelles données ont apporté un vent d'espoir qui vient balayer le pessimisme ambiant qui planait sur l'avenir des personnes avec un TPL. Nous espérons que cet article a pu contribuer à effacer le doute chez les lecteurs désireux de faire avec nous le pari que derrière chaque impasse rencontrée dans le traitement du TPL, se cache une opportunité de croissance pour le patient et pour son réseau de lien avec les autres, incluant son psychothérapeute.

Notes

1. Concrètement, cette « intention tenace » peut, entre autre façon, se traduire simplement par l'offre de trois ou quatre rencontres annuelles où

l'on s'informe du patient, le recontacte s'il est absent, et lui demande comment il se porte depuis qu'il a refusé ou abandonné sa psychothérapie hebdomadaire.

2. Traduction libre de *your mind in mind* et *intentional stance*
3. Traduction de « *treatment-as-usual* ».
4. L'expression est de Marsha Linehan.
5. À condition bien sûr qu'elle nous paraisse plus disposée à tenter de renoncer à la toute-puissance narcissique qui la caractérise et à vraiment viser à contrôler son agressivité interpersonnelle.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2001, Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- ARNTZ, A., GENDEREN, H. V., GENDEREN, H. V., 2009, *Schema Therapy for Borderline Personality Disorders*, Chichester, West Sussex, Wiley-Blackwell.
- BATEMAN, A. W., FONAGY, P., 2000, Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder, *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- BATEMAN, A., FONAGY, P., 2009, Randomized controlled trial of outpatient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 166, 12, 1355-64.
- BETAN, E., HEIM, A. K., CONKLIN, C. Z., WESTEN, D., 2005, Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation, *The American Journal of Psychiatry*, 162, 5, 890-898.
- BOUCHARD, S., DUBÉ, C., LEMELIN, S., GIGUÈRE, J.-F., 2010, Dysfonction du système exécutif et de la théorie de l'esprit: Intérêt clinique d'une conception neuroscientifique du TPL, *Santé mentale au Québec*, 35, 2, 227-251.
- BOUCHARD, S., 2008, Psychodynamique du transfert amoureux chez les organisations limites, *Psychothérapies*, 28, 3, 173-187.
- BOUCHARD, S., VILLENEUVE, É., 2006, *Modifications des attitudes négatives et du sentiment d'efficacité personnelle des intervenants en santé mentale suivant un atelier de formation sur le trouble de personnalité*, Institut

Universitaire en santé mentale de Québec, Programme-Clientèle des troubles sévères de la personnalité. Non publié.

- CAIHOL, L., BOUCHARD, S., BELKADI, A., BENKIRANE, G., CORDUAN, G., DUPOUY, S., VILLENEUVE, É., GUELF, J. D., 2010, Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients présentant un trouble de la personnalité limite, *Annales médico-psychologiques*, 168, 435-439.
- CASTONGUAY, L. G., BEUTLER, L. E., 2006, *Principles of Therapeutic Change that Work*, Oxford University Press, New York.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, Arlington, VA, American Psychiatric Publication.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2007, Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study, *The American Journal of Psychiatry*, 164, 6, 922-928.
- CLEARY, M., SIEGFRIED, N., WALTER, G., 2002, Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder, *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186-191.
- CRITCHFIELD, K. L., BENJAMIN, L. S., 2005, Integration of therapeutic factors in treating personality disorders, in Castonguay, L. G. and Beutler, L. E., eds., *Principles of Therapeutic Change that Work*, 253-274.
- DEANS, C., MEOCEVIC, E., 2006, Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder, *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21, 1, 43-49.
- DE GROOT, E. R., VERHEUL, R., TRIJSBURG, R. W., 2008, An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 22, 4, 332-352.
- FALLON, P., 2003, Traveling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-401.
- FONAGY, P., BATEMAN, A. W., 2006, Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 4, 411-430.
- GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., SPINHOVEN, P., VAN TILBURG, W., DIRKSEN, C., VAN ASSELT, T., KREMERS, I., NADORT, M., ARNTZ, A., 2006, Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 63, 6, 649-658.

- GUNDERSON, G. J., 2000, Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder, Gunderson, J. G., Gabbard, G.O., eds., *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- HORVATH, A. O., 1995, The therapeutic relationship: from transference to alliance, *In Session : Psychotherapy in Practice*, 1, 1, 7-18.
- KOLLA, N. J., LINKS. P. S., MCMAIN, S., STREINER. D. L., CARDISH. R., COOK. M., 2009, Demonstrating adherence to guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 3, 181-189.
- HADJIPAVLOU, G., OGRONICZUK, J. S., 2010, Promising psychotherapies for personality disorders, *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 55, 322, 323-324.
- HOLMES, J., 2004, Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective, *Attachment and Human Development*, 6, 181-190.
- LEICHSENRING, F., LEIBING, E., 2003, The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis, *The American Journal of Psychiatry*, 160, 7, 1223-1232.
- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- LIEB, K., ZANARINI, M., SCHMAHL, 2004, Borderline personality disorder, *Lancet*, 364, 453-461.
- LIVESLEY, J., 2008, Integrated therapy for complex cases of personality disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 64, 2, 207-221.
- LOBBESTAEL, J., VAN VREESWIJK, M. F., ARNTZ, A., 2008, An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 46, 7, 854-860.
- MCMAIN, S. F., LINKS, P. S., GNAM, W. H., GUIMOND. T., CARDISH, R. J., KORMAN, L., STREINER, D. L., 2009, A randomized trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 166, 12, 1365-1374.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2004, *Self-harm : the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*, National Clinical Practice Guideline, Number 16, British Psychological Society, Leicester.

- PARIS, J., 2007, Intermittent psychotherapy : an alternative to continuous long-term treatment for patients with personality disorders, *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 3, 153-158.
- SILK, K. R., 2008, Augmenting psychotherapy for borderline personality disorder : the STEPPS program, *The American Journal of Psychiatry*, 165, 4, 413-415.
- STANLEY, B., BRODSKY, B., NELSON, J. D., DULIT, R., 2007, Brief dialectical behavior therapy for suicidal behavior and non-suicidal self injury, *Archives of Suicide Research*, 11, 4, 337-341.
- STONE, M. H., 2006, *Personality-disordered Patients : Treatable and Untreatable*, American Psychiatric Pub, Washington, DC.
- TRELOAR, A. J., 2009, Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder, *Psychiatric Services*, 60, 8, 1128-1131.
- TREOLAR, A. J. C., LEWIS, A. J., 2008, Professional attitudes toward deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder, *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 578-584.
- VAN BEEK, N., VERHEUL, R., 2008, Motivation for treatment in patients with personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 22, 1, 89-100.
- VAN DEN EYNDE, F., DE SAEDELEER, S., NAUDTS, K. D. J., VOGELS, C., VAN HEERINGEN, C., AUDENAERT, K., 2009, Quetiapine treatment and improved cognitive functioning in borderline personality disorder, *Human Psychopharmacology*, 24, 8, 646-649.
- VILLENEUVE, É., LEMELIN, S., 2009, La psychoéducation comme outil d'intégration d'un réseau de traitement des troubles de personnalité, *Santé mentale au Québec*, 34, 1, 199-206.
- VILLENEUVE, E., LEMELIN, S., 2005, Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder : impulsivity as main target, *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 10, 1298-1303.
- YEOMANS, F., 2007, Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 64, 5, 609-610.
- YEOMANS, F. E., SELZER, M. A., CLARKIN, J. F., 1992, *Treating the Borderline Patient : A Contract Based Approach*, Basic Books, New York.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E., 2005, *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*, Carrefour des psychothérapies, De Boeck, Bruxelles.

- ZANARINI, M., FRANKENBURG, F. R., HENNE, J., SILK, K. R., 2004, Mental health utilization by borderline personality disorder patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., SILK, K. R., HUDSON, J. I., MC SWEENEY, L. B., 2007, The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder : a 10-year follow up study, *The American Journal of Psychiatry*, 164, 6, 929-935.
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., 2008, A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 22, 3, 284-290.

ABSTRACT

Stalemates and opportunities in the treatment of borderline personality disorder

Borderline personality disorder is a serious mental health problem for which one of its main characteristics is significant difficulties in relationships with others. These relational problems have the unfortunate consequence of fostering negative attitudes among mental health professionals and contributing to the stigmatization of people suffering from this disorder. In this article, the author emphasizes the importance of taking into account the parameter of the therapeutic frame within which the feeling of facing a stalemate in the treatment of borderline personality disorder patients occurs. Six general strategies are presented that enable the therapist to limit or hinder the risk of stalemate in treatment. This article then presents the commonalities between treatments teams that tend to feel comfortable and efficacious in their management of borderline personality disorder patients. Finally, a case history is used to illustrate how some stalemates can in fact be seen as opportunities for growth for both the patient and the therapist. In order to avoid the vicious circle of negative interactions with patients already hypersensitive to inconsistencies and rejection, the author concludes by insisting on the necessity that more mental health professional have access to training programs and workshops specifically addressing how to better manage and treat people with BPD.

RESUMEN

Callejones sin salida y oportunidades en el tratamiento de las personas con un trastorno severo de la personalidad límite

El trastorno de la personalidad límite (TPL) es un grave problema de salud mental en el que una de las principales características es predisponer a las dificultades relacionales importantes. Esto tiene por consecuencia la alimentación de actitudes negativas por parte de los interventores que trabajan con esta clientela difícil y el acrecentamiento del riesgo de llegar a callejones sin salida en el tratamiento. Este artículo presenta seis grandes estrategias que permiten limitar el surgimiento de un sentimiento, por parte de los clínicos, de haber llegado a un callejón sin salida. El autor presenta los principales puntos comunes de los equipos de tratamiento considerados como eficaces en su labor con esta clientela. Una historia de caso ilustra que, incluso en condiciones óptimas, se producen callejones sin salida y que estos callejones pueden constituir una oportunidad de crecimiento para el paciente y el psicoterapeuta. En conclusión, el autor recomienda una mayor formación en TPL para los profesionales de la salud a fin de evitar la estigmatización de esta clientela y acceder a una mejor gestión y mejores tratamientos.

RESUMO

Impasses e oportunidades no tratamento das pessoas com um transtorno severo de personalidade limite

O transtorno de personalidade limite (TPL) é um grave problema de saúde mental, no qual uma das principais características é a predisposição a dificuldades relacionais importantes. Essa predisposição tem por consequência alimentar atitudes negativas dos intervenientes que trabalham junto a esta clientela difícil e aumentar o risco de impasse no tratamento. Este artigo apresenta seis grandes estratégias que permitem limitar o aparecimento de um sentimento de impasse nos médicos clínicos. O autor apresenta os principais pontos comuns das equipes de tratamento que se estimam eficazes em seu trabalho junto a esta clientela. Uma história de caso ilustra que, mesmo em condições ideais, impasses clínicos se produzem, e que esses impasses podem constituir uma oportunidade de crescimento para o paciente e para o psicoterapeuta. Em conclusão, o autor recomenda mais formação sobre o TPL para os profissionais da saúde, a fim de evitar a estigmatização desta clientela e chegar a uma melhor gestão e melhores tratamentos.