

# Psychothérapie des troubles limites de la personnalité : la Thérapie Comportementale Dialectique de Linehan

DU Prévention des Conduites Suicidaires

Université Paris 8

6 mars 2009

Xavier Briffault

# Pourquoi la thérapie comportementale dialectique de Linehan

- Thérapie ciblée avec une indication délimitée : les troubles limites de la personnalité.
- Importance des troubles limites de la personnalité dans les problématiques suicidaires et parasuicidaires (cf. cours d'épidémiologie)
- Méthode thérapeutique très clairement exposée, bases théoriques, cliniques, et empiriques. Manuels de formation disponibles. Nombreuses études empiriques disponibles. Suffisamment précis pour être compris, appliqué et discuté. Suffisamment souple et orienté principes pour être concrètement applicable.
- Très différent de l'orientation dominante en France : apporte un point de vue alternatif.
- Ouvrages disponibles en français.

# **Trouble Limite de la Personnalité. Définitions**

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Adolph Stern (1938)
  - Simultanément idéalisation et dévalorisation du thérapeute
  - Paralysie face aux crises, « saignement » psychique
  - Hypersensibilité démesurée, en particulier aux marques de rejet
  - Rigidité psychique et corporelle
  - Réactions négatives aux interprétations de l'analyste
  - Sentiment d'infériorité
  - Masochisme, dépression
  - Incapacité à gérer le stress, en particulier interpersonnel
  - Mécanismes projectifs
  - Relations d'objets partiels, difficultés à constituer une représentation unitaire

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Hélène Deutsch (1942)
  - Dépersonnalisation non psychotique
  - Identifications narcissiques aux autres
  - Pas d'altération de la réalité
  - Pauvreté des relations d'objet, tendance à adopter les qualités de l'autre pour conserver son amour
  - Masquage de l'agressivité par la passivité/pseudo-amabilité
  - Vide intérieur vite comblé par l'adhérence à un groupe social ou religieux, puis un autre, sans cohérence de l'un à l'autre

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Melitta Schmideberg (1947)
  - Incapacité à tolérer la routine et la régularité
  - Tendence à briser les règles sociales
  - En thérapie
    - Souvent en retard
    - Difficultés avec le paiement
    - Incapacité de réassocier durant les séances
    - Faiblement motivé pour le traitement
    - Ne parvient pas à développer des prises de conscience qui font sens
  - Vie chaotique dans laquelle quelque chose de dramatique est toujours en train de se produire
  - Petites activités criminelles, transgressions de la loi, mise en danger personnelle
  - Ne peut établir facilement un contact émotionnel

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Rado (1956)
  - Impatience et intolérance à la frustration
  - Crises de larmes
  - Irresponsabilité
  - Excitabilité
  - Parasitisme
  - Hédonisme
  - Périodes dépressives
  - Besoin compulsif d'affects

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Millon (1981) (trouble cycloïde), Linehan
  - Vulnérabilité émotionnelle : difficultés durables dans la régulation des émotions négatives, intensité émotionnelle élevée, retour lent à l'état émotionnel de base
  - Auto-dévalorisation : attentes irréalistes vis-à-vis de soi, honte de soi intense
  - Crises aiguës : liées aux dysfonctionnements individuels, à l'inadéquation du milieu, au hasard
  - Inhibition du chagrin : tendance à inhiber et surcontrôler les réponses émotionnelles négatives, en particulier en lien avec le deuil ou la séparation (tristesse, honte, culpabilité, anxiété, panique...)
  - Passivité active : adopte un style passif de résolution des problèmes, associé à une demande à l'environnement de résoudre les difficultés; impuissance et désespoir appris.
  - Compétence apparente : apparaît comme plus compétent qu'il ne l'est en réalité; difficultés à exprimer la détresse émotionnelle.

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Grinker, Werble, Drye (1968)
  - La colère est l'affect principal
  - Relations interpersonnelles dysfonctionnelles
  - Absence d'une identité de soi consistante
  - Dépression/dépressivité chronique

## **Psychotique limite**

Comportement inadapté  
Sens de la réalité déficitaires  
Expressions négatives de la colère  
Dépression

## **Syndrome état-limite central**

Investissement vacillant envers autrui  
Agissement de la colère  
Dépression  
Inconsistance de l'identité de soi

# Le Trouble Limite de la Personnalité

- Grinker, Werble, Drye (1968)
  - La colère est l'affect principal
  - Relations interpersonnelles dysfonctionnelles
  - Absence d'une identité de soi consistante
  - Dépression/dépressivité chronique

## « Comme-si » adaptatif, défendu

Comportement adapté, approprié

Relations de complémentarité

Affect restreint, manque de spontanéité

Défenses de retrait et intellectualisation

## Limite névrotique

Dépression anaclitique

Anxiété

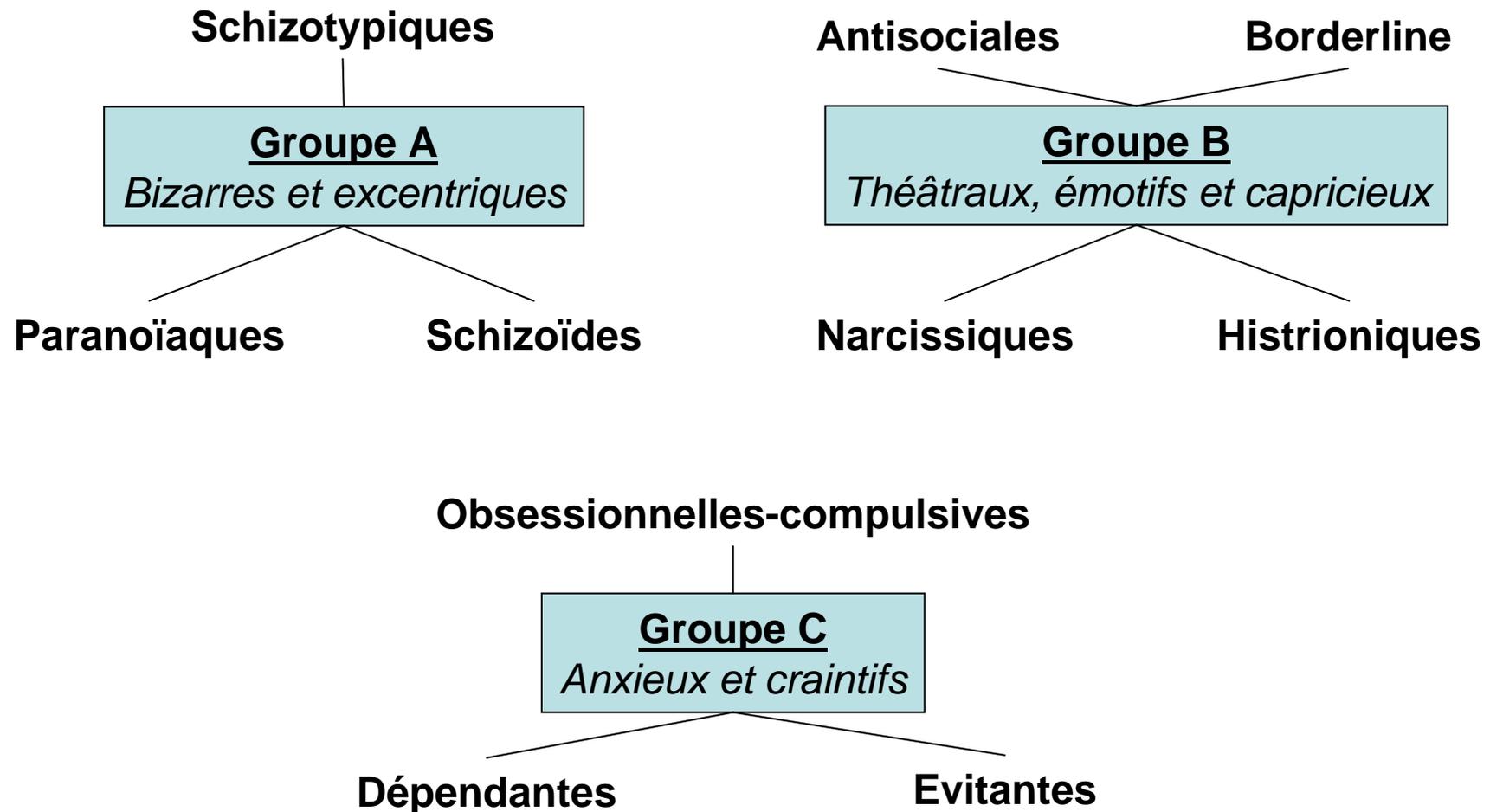
Ressemblance avec le caractère névrosé,  
narcissique

# DSM-IV

## *Critères diagnostiques (au moins 5)*

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Mode de relation interpersonnelle instables et intenses avec alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation
3. Instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet
5. Répétition de comportements, gestes, ou menaces suicidaires ou d'automutilation
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

# Dix personnalités, trois groupes



# DIB (Diagnostic Interview for Borderlines)

- Affect
  - Dépression chronique/double dépression
  - Sentiment chronique d'impuissance, désespoir, inutilité, culpabilité
  - Colères chroniques, passages à l'acte colériques
  - Anxiété chronique
  - Sentiment chronique de solitude, ennui, vide
- Cognitions
  - Modes de pensée bizarre, expériences inhabituelles
  - Expériences paranoïdes
  - Expériences quasi-psychotiques
- Modèles d'actions impulsives
  - Abus de substances/dépendance
  - Déviance sexuelle
  - Automutilation
  - Manipulation suicidaire
  - Bagarres, conduite dangereuse
- Relations interpersonnelles
  - Intolérance à la solitude
  - Peur d'être abandonné/englouti/annihilé
  - Contre-dépendance, conflits par rapport aux aides
  - Relations conflictuelles
  - Dépendance/masochisme
  - Dévalorisation/manipulation/sadisme
  - Exigence quérulente, impose ses droits
  - Régressions durant le traitement
  - Problèmes de contre-transfert/relations de traitement difficiles

# Etiologies environnementales (spéculatives)

# Dysrégulations émotionnelles : environnement invalidant

- Répond au partage des expériences personnelles de manière chaotique, inappropriée et extrême.
- => les expériences personnelles ne sont pas validées mais punies ou banalisées.
- Les interprétations de l'individu au sujet de son propre comportement, ses intentions, ses motivations, sont disqualifiées.

# Dysrégulations émotionnelles : environnement invalidant

- L'environnement invalidant
  - Transmet à l'individu qu'il a tort dans sa manière de décrire et d'analyser ses expériences (« tu dis que tu n'aimes pas mais en fait si »).
  - Attribue ces expériences à des caractéristiques socialement inacceptables ou à des traits de personnalité (hypersensible, paranoïaque, méchant, naïf, immature...).
  - Est intolérant aux affects négatifs (ya ka, ta ka, tiens toi, je vais te donner une bonne raison de pleurer)

# Dysrégulations émotionnelles : environnement invalidant

- L'environnement invalidant
  - N'apprend pas à l'enfant à comprendre et à moduler ses réponses émotionnelles
  - Demande à l'enfant de contrôler ses émotions sans lui dire comment le faire
  - N'apprend pas à tolérer la détresse
  - Requiert un étalage émotionnel extrême avant d'intervenir
  - => apprend à l'enfant à osciller entre inhibition émotionnelle et états émotionnels extrêmes

# Types de familles invalidantes

- Familles chaotiques (e.g. parent alcoolique)
- Familles « parfaites » : les parents ne peuvent tolérer les étalages d'émotions négatives des enfants (« tiens toi »)
- Familles « typiques » : structurées par l'individualisme, le contrôle de l'individu est supposé être à l'intérieur de lui-même, toute difficulté émotionnelle est considérée comme une preuve d'immaturité ou de pathologie
- Famille « contrôlante » : modèle constamment le comportement de l'enfant pour qu'il ressemble à celui valorisé par la famille

# Cercles vicieux d'invalidation

1. Attentes irréalistes vis-à-vis de l'enfant par rapport à son âge
  - Punitions si l'enfant ne s'y conforme pas, manque de soutien
  - => l'environnement devient aversif : source de punition et jamais de soutien
  - => augmentation des comportements extrêmes
2. Renforcement des comportements extrêmes par la cessation des punitions ou réponse erratique
  - => impuissance apprise, comportements de retrait passif
3. Punition des comportements passifs
  - => deadlock, réactions de panique erratique

# Dysrégulations émotionnelles adulte

- Actes extrêmes pour réguler les affects extrêmes (suicides, parasuicides, automutilation).
- A également une fonction d'appel de l'entourage, très mobilisant.
- Perturbations de l'identité  $\leq$  la construction de l'identité passe par les autres, implique consistance et prédictibilité d'autrui.
- Relations chaotiques, en particulier liées à la mauvaise gestion de la colère. Renforcements intermittents par l'entourage, accepte/rejette.

Conséquences pour le traitement

# *Do not blame the victim*

- Ne pas reproduire dans la thérapie les comportements invalidants de l'enfance, en particulier l'alternance apaisement/punition (e.g. compliments/attentes/punitions)
- Si la thérapie ne progresse pas, ne pas l'imputer à des caractéristiques intrinsèques de la personne (résiste, ne veut pas progresser, manipule...)
- Ne pas rentrer dans une lutte de pouvoir pour la guérison : le thérapeute perdra !
- C'est difficile !

# Objectifs généraux

- Apprendre à moduler la sensibilité émotionnelle extrême et à réduire les comportements inadaptés qui sont fonction de l'humeur
- Apprendre à faire confiance à ses émotions, ses pensées et ses activités et les valider
- Développer les compétences
  - qui augmentent l'efficacité personnelle dans les situations de conflit et réduisent l'impact des stimuli environnementaux
  - de gestion de l'humeur et du stress post-traumatique
  - À tolérer la détresse émotionnelle jusqu'à ce que des changements surviennent
  - Les compétences d'auto-observation

# Dilemmes dialectiques dans les états-limites

- Vulnérabilité émotionnelle vs. auto-invalidation
- Passivité active vs. compétences apparente
- Crises aiguës vs. inhibition du chagrin

# Vulnérabilité émotionnelle vs. auto-invalidation

## **Vulnérabilité émotionnelle extrême**

- L'émotion impacte tous les niveaux : physiologiques (sensations), perceptifs (sélection des informations), cognitifs (raisonnement, ruminations), planification (téléologie, prévisibilité), relationnel (expressions verbales et non verbales), sentiment de soi (capacité de contrôle)
- « *Psychiquement brûlé au troisième degré* »
- Colère = manifestation de peur, de panique, de désespoir.
- Réprobation sociale de la colère => inhibition et retrait.

# Vulnérabilité émotionnelle vs. auto-invalidation

## **Auto-invalidation**

- Adoption par l'individu des caractéristiques de l'environnement invalidant
  - Invalide et inhibe ses propres expériences affectives (honte, anesthésie corporelle, alexithymie...)
  - => Cherche à imiter les autres pour comprendre la réalité/cherche à imposer son modèle aux autres
  - Sous-évalue très largement la difficulté réelle de résolution des problèmes de la vie, s'attend à changer ou à réussir instantanément, pense mériter la punition en cas d'échec

# Vulnérabilité émotionnelle vs. auto-invalidation

- Résolution dialectique
    - Validation de la logique contenue dans chacune des expériences du patient, en particulier vulnérabilité et sentiment de désespoir
- ET**
- Enseignement des capacités requises pour qu'un changement survienne
  - => juxtaposition des stratégies de validation et des stratégies de développement des compétences

# Passivité active vs. compétence apparente

## **Passivité active**

- La personne est active pour faire résoudre ses problèmes par autrui (y compris le thérapeute), mais passive pour les résoudre elle-même. Peut engendrer un cramponnage relationnel. Tend à entraîner un rejet de l'entourage.
- Gestion centrée sur les émotions, pas sur les problèmes.

# Passivité active vs. compétence apparente

## **Compétence apparente**

- Tendence à paraître compétent et capable de gérer sa vie et à se comporter en réalité et de façon imprévisible comme si ces compétences n'existaient plus. Par exemple, grandes disparités entre environnement professionnel (cadré) et environnement familial (non cadré).
- Interprété par autrui comme un comédie d'incompétence, de la paresse, une manière d'attirer l'attention...

# Passivité active vs. compétence apparente

- Résolution dialectique
  - Rompre la passivité active et générer une participation.
  - Intégrer les confrontations au changement dans un soutien patient.
  - Équilibrer les compétences et les déficiences en alternant de façon flexible acceptation soutenante et confrontation au changement.

# Crises aiguës vs. inhibition du chagrin

## Crises aiguës

- Etat de crise chronique associé à de véritables crises ponctuelles.
- Incapacité de se remettre des traumatismes.
- Toujours « en deuil » ou en stress post-traumatique, ruminations.
- Inflation de crises qui s'enchaînent les unes aux autres.
- Métaphore : enfant épuisé après une longue journée, tout devient motif de crise. Inutile de gérer les crises, il faut gérer la fatigue (ex Lorie p. 104-105).

# Crises aiguës vs. inhibition du chagrin

## **Inhibition du chagrin**

- Pertes précoces ou inattendues (inceste, abus, décès, divorce traumatique des parents) => sensibilisation aux futures pertes; deuil « surchargé » (le processus de deuil ne déroule jamais totalement) (Hypothèse de Ross (1989) : le TPE est un sous-cas du PTSD).
- Sentiment que le deuil ne s'arrêtera jamais => phobie du chagrin et terreur des pertes à venir => inhibition de l'engagement.

# Crises aiguës vs. inhibition du chagrin

## Résolution dialectique

- Aider le patient à comprendre ses modèles de réaction et offrir un espoir réaliste face au fait qu'il est possible de survivre au processus de chagrin.
- Valider et soutenir la patiente **et ses crises aiguës** : la compréhension encore plus angoussée.
- Synthèse : capacité et d'y mettre fin.

P : je ne vais pas bien.

T : Vous n'allez pas bien.

P : Je crois que je vais me suicider.

T : Vous croyez que vous allez vous suicider.

P : Je me lève et j'ouvre la fenêtre.

T : Vous vous levez et vous ouvrez la fenêtre.

P : Je me jette par la fenêtre.

T : Vous vous jetez par la fenêtre.

P : Splatch.

T : Splatch.

# La thérapie comportementale dialectique : mise en œuvre

# Principales étapes

- Etablir le cadre
  - Se mettre d'accord sur les objectifs :
    1. Suppression des comportements suicidaires et para-suicidaires
    2. Mise au travail des comportements perturbant le processus de la thérapie
    3. Travail sur les problèmes empêchant le développement d'une qualité de vie suffisamment bonne (travail, finances, logement...)
    4. Développement des compétences comportementales
    5. Résolution du stress post-traumatique, capacité à se respecter et à s'auto-valider.
- Etablir une relation
  - Acceptation sincère, soin, attention.
  - « *continuer une thérapie inefficace n'est pas éthique* » : faire échouer ne garantira pas la poursuite de la relation.
- Rester dialectique
  - Théorie paradoxale du changement : pour devenir autre chose il faut d'abord accepter ce qu'on est.

# Principales étapes

- Stratégies centrales : validation et résolution de problèmes
  - Validation
    - Mettre en évidence la justesse ou la valeur des réponses émotionnelles, cognitives et comportementales.
    - Conviction du thérapeute que le patient a la capacité de sortir de la misère qu'est sa vie et de construire une vie digne d'être vécue. Recherche et mobilisation des forces, pas des faiblesses.
  - Résolution de problèmes
    - Analyse du problème
    - Analyse des solutions usuelles et développement de solutions alternatives
    - Mettre en place des stratégies pour atteindre les solutions alternatives
    - Favoriser l'engagement du patient dans la mise en place des solutions

# Styles de communication

- Communication « réciproque » : chaleureux, empathique, répond directement au patient, dévoilement de soi du thérapeute, posture « modélisante »
- Communication « irrévérencieuse » : confrontante, provocatrice (humour, taquinerie), recadrante, décentrante –avec tact et douceur, et dans le cadre d'une communication « réciproque »-

# Consultation du patient vs. actions sur l'environnement

- Il est essentiel d'enseigner au patient la manière de gérer lui-même les situations qu'il vit
  - => plutôt que d'intervenir au nom du patient pour résoudre ses difficultés ou coordonner le traitement avec d'autres professionnels, superviser le patient dans ce qu'il fait pour cela => croyance en les capacités du patient.
- Le thérapeute intervient dans l'environnement seulement si :
  - Le résultat est fondamental.
  - Le patient n'a vraiment pas les compétences requises.

# Supervision du thérapeute

- La thérapie avec les personnes présentant des troubles limites de la personnalité peut être très difficile et confrontante.
- La prise en charge dans le cadre d'une équipe de travail, avec une structure d'appui, et un processus de supervision est très souhaitable.

# Hypothèses relatives aux patients et à la thérapie

- Hypothèses = postures « opératoires », affordances.
- Les patients font du mieux qu'ils peuvent : des efforts désespérés sont mis en œuvre, mais souvent avec de faibles résultats.
- Les patients souhaitent s'améliorer : les difficultés ne sont pas liées à un manque de motivation.
- Les patients ne sont pas responsables des causes de leurs difficultés, mais ils sont responsables de les résoudre en dernier ressort.
- Les vies menées par les personnes présentant un trouble limite de la personnalité sont insupportables.
- Les patients doivent apprendre de nouveaux comportements en milieu « naturel » : l'hospitalisation n'est pas préconisée, même pendant les crises. Ne pas faire *à la place de*, ce qui ne veut pas dire *ne rien faire pour*.
- Ce ne sont pas les patients qui échouent si la thérapie échoue : c'est le thérapeute ou la thérapie.
- Les thérapeutes ont besoin de soutien.

# Caractéristiques et compétences du thérapeute

- **Orientation vers le changement vs. orientation vers l'acceptation**
  - Acceptation : accepter et comprendre ce qui est là, sans juger, sans manipuler.
  - Changement : implication active, consciente et assumée du thérapeute dans la direction de l'influence thérapeutique.
  - Equilibre des technologies du changement comportementalistes et des positions humanistes centrées sur le client : l'impulsion au changement se fait au sein d'une posture d'acceptation.

# Caractéristiques et compétences du thérapeute

- **Centration inébranlable vs. flexibilité bienveillante**
  - Centration : qualité de croire en soi-même, en la thérapie, en le patient. Capacité à tolérer l'intensité de la douleur du patient. Consistance. Ne nécessite pas de définir des frontières arbitraires.
  - Flexibilité : capacité de modifier sa position en fonction de l'état du patient. Créativité. Capacité à déplacer les frontières du problème.

# Caractéristiques et compétences du thérapeute

- **Position de soutien vs. demande bienveillante**
  - Soutien : enseignement, supervision, développement des capacités à apprendre et à changer. Compassion, sensibilité.
  - Demande bienveillante : donner l'aide dont le patient a besoin, pas celle dont il n'a pas besoin. Soutenir et solliciter les compétences existantes. Refus de prendre soin lorsque ça n'est pas indispensable. Capacité à être dur lorsque la situation l'exige.
  - Le soutien est au service du renforcement des capacités. Bien distinguer *prendre soin de* et *prendre soin à la place de*.

# Contrats des patients et des thérapeutes

## Contrats des patients

- Thérapie mise en œuvre pour une durée limitée renouvelable (par ex. 1 an).
- Exclusion du programme si 4 séances d'affilée manquées
- Pas d'engagement inconditionnel du thérapeute. Il est explicite que celui-ci a ses limites (métaphore mariage).
- Engagement de travailler à supprimer les comportements suicidaire et parasuicidaires.
- Mise au travail des comportements interférant avec la thérapie (thérapie = relation interpersonnelle et collaborative).
- Participation au programme d'entraînement aux compétences.

# Contrats des patients et des thérapeutes

## Contrats des thérapeutes

- Le thérapeute mettra en œuvre tout ce qu'il peut, mais il n'a pas de baguette magique. Ne pas laisser se développer les croyances en la toute-puissance du thérapeute.
- Pas de relations personnelles avec les patients.
- Engagement de présence et d'une disponibilité téléphonique en cas d'absence.
- Confidentialité. Limitée en cas de menace de suicide ou d'injonction judiciaire.
- Supervision du thérapeute lorsque nécessaire.

# Cible comportementales de la thérapie

# Augmenter les modèles de comportements dialectiques

- Pensée dialectique : « voie du milieu » entre pensée universelle (une vérité) et pensée relativiste (autant de vérités que de point de vue).
- Etats-limites : pensée dichotomique.
- Objectif : pas des niveaux de gris, mais la tension dynamique entre blanc *et* noir.

# Exemples de tensions dialectiques

- Augmentation des compétences vs. auto-acceptation
- Résolution de problèmes vs. acceptation des problèmes
- Auto-efficacité vs recherche d'aide
- Indépendance vs. dépendance
- Confiance vs. suspicion
- Contrôle émotionnel vs. tolérance émotionnelle
- Contrôler/changer vs. observer
- Attendre/regarder vs. participer
- Avoir besoin des autres vs donner aux autres
- Se centrer sur soi vs. se centrer sur les autres
- Contemplation/méditation vs. action

**Cibles comportementales primaires**

# Cibles comportementales primaires

- Ordre des priorités
  - Etape préliminaire : informations sur le traitement et engagements sur les buts.
  - Etape 1
    1. Diminuer les comportements suicidaires
    2. Diminuer les comportements interférant avec la thérapie
    3. Diminuer les comportements interférant avec la qualité de vie
    4. Augmenter les compétences comportementales
      1. Pleine conscience
      2. Efficacité interpersonnelle
      3. Régulation émotionnelle
      4. Tolérance à la détresse
      5. Autogestion
  - Etape 2
    - Gérer le stress post-traumatique
  - Etape 3
    - Augmenter le respect de soi
    - Atteindre des objectifs personnels

# Les comportements suicidaires

- Les personnes présentant un trouble limite de la personnalité ont de bonnes raisons de vouloir mourir.
- Cependant le thérapeute ne négocie jamais le caractère rationnel du choix suicidaire : ce n'est pas une option dont on peut débattre. La seule option est de travailler à améliorer la qualité de la vie.
- Le suicide n'est pas un problème, c'est une mauvaise solution à un vrai problème.
- « je ne pourrai pas vous aider si vous êtes mort »

# Comportements du patient interférant avec la thérapie

- Absences et comportements de non-attention : Arrêts et menaces d'arrêts de thérapie, manquer les séances, modifier sans raison les rendez-vous, être perpétuellement en crise, agir de manière suicidaire, menacer de se suicider en présence de personnes ayant le pouvoir d'HDT, consommer des substances avant les séances, quitter la séance avant la fin, s'évanouir, faire des crises en séance, être dissocié, rêver éveillé en séance, ne pas avoir suffisamment dormi avant les séances et être épuisés au point de ne pouvoir suivre [verbiage défensif, barrages anti-intervention, faire peur au thérapeute].
- Comportements non-collaboratifs : Refus de travailler, mutisme complet, dissimulation des émotions, argumenter sans cesse sur tout et rien, adopter des stratégies passives-agressives
- Comportements de non-compliance : ne pas faire les exercices, ne pas remplir les fiches d'auto-observation, ne pas appliquer les stratégies d'exposition...
- Les comportements qui usent le thérapeute ; aider le thérapeute à aider.

# Comportements du thérapeutes interférant avec la thérapie

- Comportement trop centré sur le changement, rejet du patient qui se rebelle: invalide le sentiment de soi du patient / Comportement trop centré sur l'acceptation : pas efficace, ne respecte pas les besoins d'apprendre du patient.
- Trop de flexibilité : changements erratiques de stratégie dès que l'une « ne marche pas » / trop de stabilité : persistance dans des stratégies inefficaces.
- Trop d'aide : le patient se perçoit comme incompetent / pas assez d'aide : le patient est mis en échec voire en danger.
- Trop de communication réciproque : décadre la relation, devient peer to peer, tend vers la relation amicale, inefficace voire délétère ; trop de communication irrévérencieuse : devient cruel, méprisant, détruit inutilement les croyances.

# Comportements du thérapeutes interférant avec la thérapie

- Comportements irrespectueux
  - Manquer ou oublier des rendez-vous
  - Changer les rendez-vous sans les replanifier
  - Changer arbitrairement les règles
  - Ne pas répondre aux messages téléphoniques
  - Perdre les dossiers
  - Ne pas lire les papiers confiés par les patients
  - Etre en retard
  - S'habiller de façon négligée
  - Avoir un bureau sale ou en désordre
  - Fumer durant les séances
  - Manger du chewing-gum
  - Ne pas fermer la porte durant les séances
  - Permettre des interruptions (téléphone, messages)
  - Être inattentif, faire autre chose
  - Oublier les choses importantes
  - Se répéter, oublier ce qu'on a déjà dit
  - S'assoupir durant les séances
  - Fuir le contact oculaire
  - Parler d'autres patients
  - Dire que l'on préférerait faire autre chose
  - Regarder sa montre
  - Terminer plus tôt la séance
  - Traiter le patient d'une manière sexiste, paternaliste ou maternaliste
  - Traiter le patient comme inférieur au thérapeute

# Comportements interférant avec la qualité de vie

- Abus de substance
- Comportements sexuels à haut risque
- Comportements financiers à risque
- Comportements criminels
- Prises de risques relationnels importantes
- Prises de risques professionnels importantes
- Prises de risque de santé (y compris mentale) importantes
- => engagement de travailler à réduire et supprimer ces comportements
- Mise en place d'un style de vie structuré avec des activités à l'extérieur de chez soi

# Augmentation des compétences comportementales

- Compétences d'auto-observation et de prise de conscience (« pleine conscience »)
  - Observation : vivre en toute conscience le moment présent, quoi qu'il s'y passe, plutôt que de fuir, cliver, scotomiser... le comment du processus/le quoi de la situation.
  - Description : mise en mot de l'expérience vécue. Bien distinguer les niveaux d'expérience (sensations/pensées/événements) et faire la part des confusions.
  - Participation : capacité à s'engager sans se distancier et s'auto-observer en permanence, interaction fluide et spontanée avec l'environnement, ajusté et créatif. Abandonner le « besoin d'avoir raison ».

# Augmentation des compétences comportementales

- Compétences de tolérance à la détresse
  - Objectif survivre aux crises
  - Quatre ensemble de stratégies enseignées
    - Se distraire : activités, faire des choses utiles, avoir des émotions opposées...
    - S'apaiser (sensorialité).
    - Améliorer le présent : images mentales, sens, relaxation, concentration sur une chose à la fois...
    - Penser aux pour et contre.

# Augmentation des compétences comportementales

- **Compétences de régulation des émotions.**
- Attention : l'environnement familial était souvent hyper-contrôlant/controlé et disqualifiant du patient => accepter qu'il faille savoir réguler ses émotions c'est donner raison aux persécuteurs.
- => ne peut être mis en œuvre que dans un contexte d'auto-validation émotionnelle.

# Augmentation des compétences comportementales

- **Compétences de régulation des émotions.**
  - Identifier et nommer l'affect
    - L'évènement précipitant
    - Les interprétations de l'évènement
    - L'expérience phénoménologique de l'émotion, y compris les sensations physiques
    - Les manières d'exprimer l'émotion
    - Les effets de l'émotion sur le fonctionnement.
  - Mettre en place une hygiène de vie
    - Alimentation, sommeil, activité physique, soins, psychotropes, activités valorisantes, sentiment d'efficacité personnelle.
    - Attention : normes hygiénistes = aversives.
  - Augmenter les évènements émotionnels positifs : une des manières de contrôler ses émotions est de contrôler les émotions qui les produisent (« le sage ne se trouve jamais sur les lieux d'un combat » - attention aux dérives évitantes-).
  - Agir de manière opposée : faire quelque chose de gentil si on est en colère. Différent de contrôler l'émotion indésirable.

# Augmentation des compétences comportementales

- **Compétences d'efficacité interpersonnelle**
- Le problème n'est pas tant le manque de compétences que l'incapacité de les utiliser du fait des difficultés de régulation émotionnelle.
- Difficultés avec la résolution de conflit : oscillation entre évitement et confrontation massive.
- Sentiment chronique de fausseté, d'inauthenticité, de jeu de rôle : tendance à pousser pour voir à quel point c'est « vrai ».

# Augmentation des compétences comportementales

- **Compétences d'auto-gestion**
- Capacités d'autocontrôle téléologique.
- Établir des buts réalistes, penser petit, accumuler des petits points positifs. La volonté seule n'est pas suffisante (1% d'inspiration, 99% de transpiration). Capacité de tolérer un progrès limité. Développer l'acceptation des rechutes, tolérer l'échec.
- Techniques de contrôle environnemental.

# Augmentation des compétences comportementales

- **Comportements en lien avec le stress post-traumatique.**
- Agressions, abus.
- Pertes et menaces de pertes.
- Parents alcooliques, erratiques.
- Rejets inattendus ou persistants.
- Environnements invalidant et étouffants.
- Approche thérapeutique exploratoire, pas d'hypothèses a priori sur LE supposé évènement ou LE stade du traumatisme.
- Accepter le traumatisme et le nommer (attention aux « syndromes Outreau »).
- Diminuer la stigmatisation et l'auto-dévalorisation et se penser responsable de l'abus ou de ses réactions.
- Dichotomie de l'abus (totalement victime/totalement coupable). Attention aux ruptures familiales induites par la psychothérapie.

# Augmentation des compétences comportementales

- **Augmenter le respect de soi**
- Capacité d'évaluer son propre comportement de manière non défensive.
- Dans les TLP : l'auto-évaluation prend en compte de façon démesurée l'opinion des proches, y compris le thérapeute.
- Peur excessive d'être désapprouvé socialement.
- Au cours de la thérapie renforcer le respect de soi du patient indépendamment du thérapeute.
- Capacité de prendre soin de soi différent de « se débrouiller tout seul tout le temps ». La capacité d'être en lien et d'être dépendant sans s'invalider est un objectif de la thérapie.

Exemples de mise en oeuvre

# Stratégies de validation émotionnelle

- Point essentiel : la validation émotionnelle n'est pas une technique de changement, c'est le cadre du changement.

# Stratégies de validation émotionnelle : check-list

- T fournit des possibilités d'expression émotionnelle
  - T écoute de façon non jugeante et empathique l'expression émotionnelle de P
  - T soutient les tentatives de modulation émotionnelle de P, participe et s'engage
- T aide P à observer et nommer ses sentiments; aide à prendre du recul et à se calmer.
  - Aide à vivre et expérimenter les émotions
  - Aide à décrire et nommer ses sensations corporelles / ses pensées et interprétations / ses souhaits associés / ses tendances à l'action / ses expressions verbales et non verbales associées.
- T « lit » les émotions en verbalisant de façon non jugeante
  - Le fait au moment opportun, de moins en moins avec les progrès
  - Offre à P des suggestions à choix multiple, ne joue pas les télépathes
- T communique à P que ses sentiments sont valides
  - La réponse est raisonnable et à un sens dans le contexte
  - Même si la réaction est disproportionnée, elle se fonde sur quelque chose de réel
  - Les émotions ont une cause, elles ne dérivent pas d'une maladie
  - T offre/favorise une explication développementale des réponses émotionnelles qui contrecarre les explications auto-invalidantes de P

# Stratégies non validantes

- T insiste sur sa propre perception des sentiments de P, prétend savoir mieux que lui ce qu'il ressent.
- Critique les sentiments de P. P a toujours (des) raison(s) de sentir ce qu'il sent.
- Met en évidence l'aspect irrationnel ou déformé des sentiments de P sans en reconnaître le noyau de vérité.
- Répond aux émotions comme à quelque chose dont il faut se débarrasser.
  - T n'exprime que l'inconfort qu'il ressent face aux émotions douloureuses de P
  - T renforce les expressions émotionnelles dysfonctionnelles en stoppant les procédures de changement au profit d'une validation sans fin.

# T fournit des possibilités d'expression émotionnelle

- Distinguer patient débordé/patient inhibé.
- Débordé : ne pas tenter de contrôler « de force » => sentiment de ne pas être compris par T. Écouter, identifier, clarifier, valider de façon non jugeante.
- Inhibé : suggérer des pistes, laisser le temps. Savoir juger quand le silence a assez duré : un silence prolongé est anxiogène. Après un silence « raisonnablement long », T peut se lancer dans un monologue, ponctué de questions sur le ressenti de P avec du temps pour répondre.

# T aide P à observer et nommer ses sentiments

- Distinction de l'évènement et de son interprétation.
- Distinction du vécu sensoriel et de ce qu'il signifie.
- Pouvoir observer ses émotions sans être emporté par elles (l'émotion est une information sur la relation de la personne à l'environnement).

# T « lit » les émotions

- Valide le fait que les émotions de P sont logiques et compréhensibles. Sentiment d'être enfin compris.
- Avoir des hypothèses sur le ressenti d'autrui est une compétence importante et socialement attendue dans les relations interpersonnelles (ex : décès, promotion, accident...).
- Bien connaître la situation de P, son histoire, sa culture, aide à faire des hypothèses, de même que la théorie, les cas cliniques, les exemples médiatiques...
- Important en début de thérapie, doit faire l'objet progressivement d'un « transfert de compétence » de T vers P.
- Attention : la « lecture » est toujours une hypothèse proposée (mais assumée), jamais une certitude imposée.
- Attention à l'accord compliant à une lecture fausse, par peur de contredire T, de le décevoir... => propositions à choix multiple : « vous vous sentez triste, blessée, en colère ? Les trois à la fois ? ».

# T communique la validité des émotions

- tout le monde réagirait plus ou moins comme ça : validation normative.
- dans la situation de P la réponse est compréhensible » : validation ipsative.

# Pour aller plus loin

- Marsha Linehan, « Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite », Médecine & Hygiène, Genève, 2000 (original 1993, Guilford, New York).
- « Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite » [idem].
- Alec Miller, Jill Rathus, Marsha Linehan, Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents, Guilford, 2007.
- [Revue Cochrane](#), « Psychological therapies for people with borderline personality disorder », Janvier 2006.
- [Biblio Linehan](#)
- [Biblio TCD](#)
- Une autre approche : Jean Bergeret, « la dépression et les états-limites », Payot.