

La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites

Dialectal Behavior Psychotherapy with Borderline Patients

Catherine Bégin and Danielle Lefebvre

Volume 22, Number 1, Spring 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502094ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502094ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bégin, C. & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 43–68. <https://doi.org/10.7202/502094ar>

Article abstract

Any therapist working with borderline patients knows that this is a crisis prone population that can be as burdening for the professional clinician as for the individual who experiences these intense relational episodes. Within this context, it is quite surprising that leaders of the behavioral approach waited until the beginning of the nineties before applying their technology to the treatment of patients diagnosed with borderline personality disorder. Linehan put numerous efforts to empirically demonstrate the efficiency of her newly developed dialectical behavior therapy, which makes it a noteworthy model. This article presents some historical and philosophical underpinnings of her approach, followed by the diagnostic criteria, the main clinical tools she advocates, the various dialectal dilemma, the treatment modes as well as an overview of the basic therapeutic strategies used in this approach.



La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites

Catherine Bégin*

Danielle Lefebvre**

Tout clinicien qui travaille un tant soit peu auprès des personnalités limites pourra évoquer une série d'épisodes relationnels intenses qui taxent autant le professionnel que l'individu qui pose ces gestes. Dans ce contexte, le silence des praticiens d'allégeance comportementale en a étonné plus d'un. Ce n'est en effet que depuis le début des années 90 que les préceptes cognitifs-béavioraux et la technologie afférente sont appliqués au traitement du trouble de la personnalité limite. Les travaux de Linehan se distinguent par les efforts consentis pour démontrer l'efficacité de l'approche dialectique comportementale. Cet article présente l'historique et la philosophie de l'approche de Linehan, les critères diagnostiques, les principaux outils cliniques, l'exploration des dilemmes dialectiques et des modes de traitement ainsi que les stratégies thérapeutiques de base utilisées dans cette approche.

De divers horizons du champ épistémique, les spécialistes en santé mentale se sont interrogés sur les conditions d'apparition et sur la clinique des troubles de la personnalité limite. Les conceptions pathognomoniques traditionnelles, les pratiques pharmacologiques et les approches structurales psychanalytiques, qu'elles soient européennes (Bergeret, Green, Roussillon) ou américaines (Adler, Gunderson, Kernberg) ont, jusqu'à présent, inspiré la vaste majorité des dispositifs thérapeutiques mis au point pour traiter cette problématique (Paris, 1995). Cependant, la richesse des analyses étiologiques et praxéologiques contemporaines ne résiste que bien mollement devant le désarroi de l'intervenant aux prises avec un barrage de comportements dysfonctionnels chroniques : automutilations sévères, crises suicidaires ou homicidaires graves, hostilité massive, impulsivité extrême, etc.

* Catherine Bégin, psychologue, École de psychologie, Université Laval.

** Danielle Lefebvre, psychologue, École de psychologie, Université Laval.

De l'appel téléphonique à la maison, au refus de quitter la salle d'attente, en passant par la destruction du mobilier, les demandes de contacts physiques intimes et la visite au domicile de l'intervenant, tout clinicien qui travaille un tant soit peu auprès de cette clientèle pourra évoquer une série d'épisodes relationnels intenses qui taxent autant le professionnel que l'individu qui pose ces gestes. Dans ce contexte, le silence des praticiens d'allégeance comportementale en a étonné plus d'un. Ce n'est en effet que depuis le début des années 90 que les préceptes cognitifs-béhavioraux et la technologie afférente sont appliqués au traitement du trouble de la personnalité limite. Outre les contributions de Beck et Freeman (1990) (voir aussi Pretzer et Beck, 1996) ainsi que celles de Young (Young et Klosko, 1995; Cousineau et Young, 1997) et Turkat (1990), il faut signaler les travaux de Linehan (1993a) qui se distinguent par les efforts consentis pour démontrer l'efficacité de l'approche dialectique comportementale. Cette approche est présentement parmi les seules à disposer de solides appuis empiriques issus d'une série d'études expérimentales respectant les critères les plus exigeants de la tradition scientifique.

La consultation des écrits théoriques et expérimentaux récents sur le trouble de la personnalité limite fait d'ailleurs ressortir un certain nombre de conclusions qui contextualisent les efforts entrepris par Linehan. En premier lieu, et d'un strict point de vue économique, il existe maintenant des données fiables montrant que les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite constituent des utilisateurs intensifs des services de santé physique et mentale de première ligne (Sansone et al., 1996). Ils se distinguent des autres individus parce qu'ils consultent plus fréquemment, un plus grand nombre de médecins qu'ils appellent plus souvent et de qui ils reçoivent un nombre plus élevé de prescriptions. D'autres recherches révèlent que la fréquence et la durée des hospitalisations expliquent aussi les coûts élevés des programmes d'intervention destinés aux patients souffrant d'un trouble limite de la personnalité (Gabbard et al., 1997). Ces informations justifient bien l'intensité des efforts de coordination et de centralisation menés par Linehan pour organiser le traitement autour d'un intervenant primaire responsable de la gestion du travail des thérapeutes auxiliaires. Elles rendent compte aussi des démarches dialectiques comportementales de gestion des demandes d'hospitalisation : prévention, hospitalisation aux endroits que le patient déteste le plus, interruption des contacts avec l'intervenant primaire durant 48 heures lors d'une hospitalisation, etc.

En deuxième lieu, il existe un nombre croissant d'études empiriques traitant de la co-morbidité du trouble de la personnalité limite et d'un certain nombre de troubles mentaux diagnostiqués sur l'axe I du DSM-IV. Ainsi, le diagnostic du trouble de la personnalité limite s'accompagne fréquemment d'un diagnostic de trouble majeur de la dépression (Corruble et al., 1996; Gunderson et Phillips, 1991), de trouble de stress post-traumatique (Kroll, 1993), de trouble anxieux (Hayashi, 1996; Steinert et al., 1996), d'un trouble du comportement alimentaire (Grilo et al., 1996; Steiger et al., 1996), d'un trouble d'abus de substance (Barber et al., 1996; Morgenstern et al., 1997) ou d'un trouble relationnel/conjugal (Dutton et al., 1996; Gunderson et Lyoo, 1997; Paris et Braverman, 1995). Bien que la majorité des chercheurs s'entendent pour reconnaître que ces taux élevés de co-morbidité ne militent pas en faveur de l'élimination du trouble de la personnalité limite de la nosologie psychiatrique (Gunderson et al., 1995), certains soutiennent avec vigueur la pertinence de considérer ce trouble comme une variante des troubles affectifs, en général, et, plus particulièrement, comme une forme de trouble bipolaire à cycle ultra-rapide (Akiskal, 1996). Au-delà des implications théoriques de ces débats, ces résultats montrent qu'en pratique, le travail auprès des personnalités limites doit se particulariser en fonction des troubles comorbides identifiés. Ces travaux ont d'importantes répercussions sur les recherches cliniques menées par Linehan. Plus spécifiquement, le traitement dialectique comportemental fait présentement l'objet d'une adaptation pour une clientèle d'adolescentes, d'adultes souffrant d'un trouble d'abus de substance et de conjoints aux prises avec des difficultés conjugales.

En troisième et dernier lieu, il faut noter qu'il est maintenant établi (1) que la présence d'un trouble de la personnalité limite complexifie grandement le traitement d'un autre trouble sur l'axe I (Thase, 1996; Wilson, 1996), (2) que le diagnostic précoce du trouble de la personnalité limite et surtout de troubles co-morbides tels l'anorexie et les symptômes psychotiques peut permettre, s'il s'accompagne d'efforts thérapeutiques intensifs, la prévention de l'hospitalisation (Hull et al., 1996), (3) que la formation spécialisée portant sur les caractéristiques des personnalités limites peut mener à une amélioration des pratiques d'intervention auprès de cette clientèle (Kernberg et Clarkin, 1994; Linehan, 1993a), (4) que le traitement psychothérapeutique de la personnalité limite peut entraîner des bénéfices économiques importants (e. g., réduction des coûts d'hospitalisation et amélioration de l'autonomie sur le plan occupationnel)

(Gabbard et al., 1997) et (5) que le patient met cependant fin à l'intervention prématurément dans près de 50 % des cas (Horner et Diamond, 1996; Marziali et Monroe-Blum, 1994; Smith et al., 1995) et dans plus de 65 % des traitements fondés uniquement sur la médication (e. g., Cornelius et al., 1993). Dans ce contexte, il convient de rappeler que le programme d'intervention mis sur pied par Linehan s'appuie sur une évaluation diagnostique minutieuse qui dure de 5 à 10 heures, qu'il se particularise en fonction des troubles co-morbides, qu'il nécessite une formation intensive des intervenants et une supervision d'équipe hebdomadaire, qu'il a démontré sa capacité à réduire les coûts sociaux associés au trouble de la personnalité limite et qu'il ne provoque l'abandon prématuré du traitement que dans moins de 25 % des cas (Linehan, 1993a).

L'approche dialectique comportementale puise une bonne part de sa technologie de traitement à même l'approche cognitive béhaviorale traditionnelle. Par contre, en observant le style d'intervention de Linehan, les membres de son équipe de recherche ont constaté qu'elle utilisait aussi une panoplie d'interventions inspirées d'autres approches : humaniste, gestaltiste, psychodynamique et orientale. Linehan tend à promouvoir, chez la cliente et le thérapeute, l'acceptation du comportement tel qu'il apparaît dans le moment présent dans le sens « zen » du terme et non l'acceptation en vue du changement. Elle propose aussi la gestion immédiate des comportements qui peuvent nuire au traitement ou qui interfèrent avec le déroulement habituel de l'intervention, et ce, dans un ordre hiérarchique spécifique. De plus, elle vise l'équilibre du pouvoir dans la relation thérapeutique en tant qu'outil essentiel au traitement. Le thérapeute n'hésite donc pas à s'impliquer personnellement dans la relation (i.e. réagir à la cliente comme si c'était un proche) s'il le considère utile pour la cliente. Enfin, Linehan a développé une attitude dite « dialectique » que nous décrirons plus loin.

Cet article vise essentiellement à survoler les principaux aspects du traitement dialectique comportemental. Plus spécifiquement, on y retrouve : un bref historique du développement de l'approche dialectique comportementale; un survol de la philosophie de l'approche; un aperçu de la réorganisation des critères diagnostiques selon Linehan; une présentation des principaux outils cliniques; une exploration des dilemmes dialectiques; une description des modes de traitement et un bref exposé des stratégies thérapeutiques de base utilisées dans cette approche.

HISTORIQUE DE L'APPROCHE

Dès le milieu des années 80, les membres de la clinique dirigée par Marsha Linehan à l'université de Washington à Seattle se sont donnés pour mandat la mise sur pied d'un programme de traitement destiné aux femmes présentant une histoire de comportements parasuicidaires et rencontrant les critères diagnostiques du trouble de personnalité limite tels que décrit dans le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), (American Psychiatric Association, 1991). Widiger et Frances (1989), cités dans Linehan (1993a), ont répertorié 38 études où il est fait mention que les patients qui rencontrent les critères diagnostiques du trouble de personnalité limite sont de sexe féminin dans une proportion de 74 %. De plus, les blessures intentionnelles et les tentatives de suicide que s'infligent les patients seraient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (Hankoff, 1979; Bancroft et Marsack, 1977, cités dans Linehan, 1993a). Dans ce contexte, l'équipe de Linehan a fait le choix d'appliquer son traitement à la portion la plus représentative de cette population clinique. Par conséquent, les résultats de recherche de l'équipe de Linehan ne pourront être généralisés qu'à la population clinique ciblée.

En vue de mesurer l'efficacité du protocole de traitement, les membres de l'équipe clinique ont procédé à l'observation et à l'identification de chacune des interventions effectuées par Marsha Linehan ainsi qu'aux effets de ses interventions sur les femmes rencontrées. Ce travail d'observation a abouti à la rédaction de deux manuels de traitement (Linehan 1993a, 1993b) destinés à la formation des intervenants. Linehan et ses collègues ont ensuite développé une liste des comportements types associés à cette nouvelle approche de façon à mesurer plus fidèlement le recours à ces comportements par les thérapeutes en formation et ont tenté de mesurer l'effet de ces différentes interventions sur le progrès de la cliente, et ce, sur une période de plusieurs mois. Jusqu'à maintenant, quelques résultats de recherche (cités dans Linehan 1993a) établissent que, comparativement aux approches thérapeutiques usuelles, le traitement dialectique comportemental s'avère plus efficace que d'autres approches quant à la réduction de la fréquence des comportements parasuicidaires et à la fréquence des hospitalisations (8.46 jours au lieu de 38.86 jours en moyenne au cours de la première année de traitement). De plus, le taux d'abandon de la thérapie s'est avéré beaucoup plus faible chez le groupe de patients ayant bénéficié du traitement dialectique comportemental (16.4 % d'abandon) que celui observé lorsque, par exemple,

un traitement d'orientation psychanalytique est appliqué (e.g., 50 % d'abandons prématurés au sein de l'étude de Smith et al., 1995, cités dans Linehan, 1993a).

PHILOSOPHIE DE L'APPROCHE

La philosophie de base de l'approche de Linehan s'inspire de la notion de dialectique de Karl Marx et d'Hegel. La réalité est un tout complexe, chargée d'oppositions et dont les composantes sont constamment en relation, c'est-à-dire qu'elles s'inter-influencent. L'adoption d'une perspective dialectique suggère que dans chaque dysfonction, on retrouve une fonction; que dans chaque distorsion, il y a une part de vérité. La vérité est paradoxale et ainsi des vérités qui semblent contradictoires ne doivent pas nécessairement s'annuler l'une l'autre, ni se dominer. Par exemple, la vérité n'est plus ceci *ou* cela mais bien ceci *et* cela. Les deux parties de la proposition sont vraies. Cette perspective permet de mettre en relief la pensée dichotomique (communément appelée clivage chez les psychanalystes) des personnes souffrant du trouble de la personnalité limite et de les aider à intégrer ces polarités. C'est donc la tension entre la thèse et l'antithèse qui produit le changement (synthèse). Lorsqu'il y a un changement, un nouvel état est créé; celui-ci contient également des thèses et des antithèses et produit du nouveau matériel qui génère à son tour un processus de changement continu.

Cette philosophie vient supporter les postulats de base de l'approche dialectique comportementale suivants : la personne fait de son mieux; elle veut s'améliorer; elle a besoin de faire mieux, d'essayer davantage et d'être plus motivée au changement; la personne n'a peut-être pas causé tous ses problèmes mais elle doit les régler de toute façon; la vie des personnes suicidaires, qui souffrent d'un trouble de la personnalité limite, est insoutenable telle que vécue présentement; la patiente doit apprendre de nouveaux comportements dans toutes les sphères de son fonctionnement; la cliente ne peut échouer en thérapie dialectique comportementale; le thérapeute qui travaille avec cette clientèle a besoin du soutien actif de ses collègues.

La philosophie dialectique sous-tend donc l'ensemble du traitement dialectique comportemental qui consiste essentiellement en l'acceptation de la personne telle qu'elle est en ce moment tout en essayant de l'aider à changer. L'intervenant qui adhère à cette philosophie a tendance à développer une attitude de respect et d'acceptation de la cliente et se défend bien de traiter celle-ci de « manipulatrice ».

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Linehan a jugé bon d'évaluer les principaux déficits comportementaux dont souffre cette population en vue d'en faire éventuellement une cible de traitement et de doter la cliente d'une série d'habiletés comportementales. Elle s'est inspirée des critères diagnostiques du DSM-IV, (American Psychiatric Association, 1991) et du *Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB-R), (Zanarini et al., 1988) afin de les réorganiser en cinq grandes classes qui englobent ces principaux déficits soient, les dérèglements sur le plan des émotions, des relations interpersonnelles, des comportements, des cognitions et de l'identité.

Le dérèglement émotionnel, qui réfère aux critères 6 (instabilité affective) et 8 (intense sentiment de colère) du trouble de la personnalité limite selon le DSM IV, se caractérise par la production de réponses intenses et par la présence de périodes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité de même que par des périodes de colère incontrôlée. Le dérèglement interpersonnel, associé aux critères 1 (effort pour éviter l'abandon) et 2 (relations interpersonnelles chaotiques et instables) du DSM-IV, se manifeste par la présence de relations souvent chaotiques, intenses et difficiles. Ces personnes ont de la difficulté à créer et à maintenir des relations significatives et ont tendance à fournir des efforts intenses pour empêcher les personnes significatives de les quitter. Le dérèglement comportemental, qui réfère aux critères 4 (impulsivité) et 5 (comportements suicidaires, para-suicidaires) du DSM-IV, se présente sous forme de comportements impulsifs extrêmes et problématiques de même que par des comportements suicidaires et para-suicidaires (automutilation, laceration, coupure, brûlure). Le dérèglement cognitif, qui est représenté par le critère 9 (symptômes de dissociation, idéation paranoïde) du DSM-IV, se manifeste par toute forme de pensée caractérisée par la dépersonnalisation, la dissociation ou l'hallucination. Ces formes de pensée sont surtout présentes pendant les périodes de stress et s'estompent quand le stress diminue. Enfin, le dérèglement identitaire, qui réfère aux critères 3 (diffusion de l'identité) et 7 (sentiment de vide) du DSM-IV, correspond à l'impression de se sentir vide et de ne pas savoir qui on est.

Ces critères diagnostiques (Linehan 1995a) permettent au thérapeute d'être conscient des différentes dimensions qui feront l'objet de son attention tout au long du traitement et lui donnent davantage prise sur les stratégies d'acceptation ou de changement à privilégier ainsi que sur les habiletés comportementales à enseigner. Par exemple, l'enseignement d'habiletés interpersonnelles peut contribuer à diminuer la peur de l'abandon et le chaos interpersonnel.

TROIS OUTILS CLINIQUES

Selon Linehan, le trouble de la personnalité limite résulte principalement d'une incapacité à réguler les émotions et les comportements qui en découlent (comportements para-suicidaires et suicidaires). Ces comportements représentent soit une tentative de réguler les émotions, soit la conséquence d'une régulation inefficace des émotions. Ces individus tentent donc d'échapper aux débordements émotionnels et ils envisagent rapidement de recourir au suicide comme une solution à leurs problèmes ou encore aux comportements para-suicidaires comme un moyen de communiquer leur problème. Linehan a le souci, comme bien d'autres, de doter l'intervenant de grilles de compréhension clinique visant à soutenir la motivation du thérapeute et son engagement vis-à-vis le traitement. Il s'agit donc de trois outils permettant de mieux comprendre l'étiologie (théorie biosociale) et le développement du comportement problématique (principes comportementaux) ainsi qu'un guide pratique présentant la hiérarchie des cibles comportementales (Koerner et Linehan, 1996).

La théorie biosociale

La théorie biosociale du fonctionnement de la personnalité limite constitue un premier mode d'appréhension de la réalité de la patiente. Cette théorie, bien que sans fondements empiriques définitifs, soutient que le trouble de la personnalité limite résulterait principalement d'une dysfonction du système de régulation des émotions. Cette dysfonction proviendrait, d'une part, d'une plus grande vulnérabilité émotionnelle que la moyenne des gens et, d'autre part, de l'influence d'un environnement invalidant. Selon Linehan, il y aurait donc transaction (i.e. influence mutuelle) entre les facteurs biologiques (grande vulnérabilité émotionnelle) et les facteurs environnementaux (environnement invalidant) et cette transaction mènerait à des difficultés de régulation des émotions. En retour, ces difficultés transactionnelles provoqueraient l'émergence de patrons comportementaux problématiques.

La vulnérabilité émotionnelle se définit comme une prédisposition biologique (à la suite soit d'une influence génétique, soit d'expériences intra-utérines ou d'un traumatisme au système nerveux central) à : (1) être plus sensible aux stimuli émotionnels : la sensibilité émotionnelle se définit par une tendance à réagir plus rapidement que la plupart des gens à des stimuli internes et à une hypersensibilité aux événements biographiques perturbateurs ; (2) éprouver et exprimer plus intensément les émotions ressenties : l'intensité émotionnelle se manifeste par des réactions émotionnelles extrêmes (« humiliation pro-

fonde » au lieu d'embarras, « rage » plutôt qu'ennui ; « attaque de panique » plutôt qu'appréhension) et (3) avoir un retour plus lent au niveau de base lorsque l'éveil émotionnel a été déclenché : on réfère ici à une tendance à vivre ses émotions sur une plus longue période de temps que la plupart des gens de sorte qu'une émotion n'a pas le temps de se résorber qu'une deuxième ou une troisième fait surface et succède à la précédente.

Dans un tel contexte, il devient donc impossible de gérer efficacement ses émotions à moins de vivre au sein d'un environnement qui favorise l'acquisition de certaines habiletés telles que : la capacité de calmer son éveil physiologique (observation, contrôle de l'attention), d'inhiber un comportement inapproprié (respiration, retrait) et de guider son attention loin des déclencheurs émotionnels (activités plaisantes, méditation). Toutefois, selon les préceptes de la théorie biosociale, au lieu de l'aide requise, l'environnement de la personne émotionnellement plus vulnérable, a plutôt exacerbé, pendant l'enfance, le dérèglement émotionnel. Les personnes significatives n'ont pas pris en compte ou ont répondu de façon extrême à l'expression de ses pensées, de son jugement et de ses émotions. Ils ont également minimisé la difficulté à résoudre des problèmes. Les parents n'ont donc pas appris à leur enfant à étiqueter et à réguler ses émotions, à tolérer les émotions intenses de détresse de même qu'à considérer ses propres réactions émotives comme reposant sur une interprétation valide de l'événement. C'est ce que Linehan (1993) appelle un environnement invalidant.

L'abus sexuel constitue une des formes les plus extrêmes d'invalidation. Il s'agit d'une situation où l'adulte incite l'enfant à des expériences sexuelles en lui faisant croire que l'acte sexuel est permis mais qu'il ne doit en aucun temps faire part de cette expérience à qui que ce soit. Si l'enfant décide d'aller chercher du soutien dans l'environnement, il sera blâmé ou ne sera tout simplement pas cru. Dans un tel cas, l'enfant ne peut ni faire confiance à ce qu'il ressent, ni faire des demandes d'aide dans l'environnement car dans les deux cas il sera puni ou invalidé. Par conséquent, à l'âge adulte, l'individu adopte les caractéristiques de l'environnement invalidant. Il discrédite sa propre expérience émotionnelle, recherche dans l'environnement des indices pouvant guider ses comportements, minimise la difficulté à résoudre des problèmes, se fixe des objectifs irréalistes, se déteste pour ne pas avoir réussi à atteindre les buts qu'il s'était préalablement fixés, attribue ses échecs à un manque de discipline, d'efforts ou de volonté à maintenir une attitude positive.

Principes de l'approche comportementale

La deuxième façon d'envisager un cas clinique s'inspire davantage de l'approche comportementale classique. Elle consiste à observer les variations dans les comportements de la cliente. Par comportement, Linehan réfère à tout comportement public et observable (les actions) de même qu'à tout comportement privé (les pensées, les sentiments, les souvenirs et les valeurs).

La cueillette d'information sur les comportements de la cliente se fait au moyen de l'analyse en chaîne qui consiste à identifier les facteurs situationnels qui ont précédé et suivi le comportement problématique. En effet, plusieurs variables peuvent influencer les comportements problématiques de la cliente. Ces variables peuvent fluctuer d'une situation à une autre et d'une personne à une autre. L'analyse en chaîne vise à préciser les événements internes et externes associés au comportement problématique. Pour ce faire, le thérapeute aide la cliente à décrire clairement la situation et à identifier les facteurs de vulnérabilité (manque de sommeil, alimentation inadéquate, maladies physiques ou mentales non soignées, abus ou mauvaise administration de médicaments prescrits, abus de drogues illicites ou d'alcool, manque d'exercice) et/ou les événements précipitant les comportements problématiques (pertes, accidents, chicanes). Par la suite, ils tentent ensemble de faire des liens entre les événements précipitants et le comportement problématique (analyse en détail de chaque pensée, sentiment, comportement dans l'ordre chronologique de leur apparition). Les conséquences du comportement sont ensuite examinées de près (les réactions immédiates et ultérieures au comportement de la patiente) dans le but d'aider la cliente à devenir plus efficace dans la prévention de ses comportements à l'avenir et d'explorer des comportements alternatifs à adopter tôt dans la chaîne d'événements.

Les personnes qui présentent un trouble de la personnalité limite éprouvent beaucoup de difficulté à moduler leurs émotions, elles sont souvent submergées par de nombreux affects et ces émotions peuvent influencer ou inhiber la présence d'un comportement efficace. Il importe donc d'évaluer constamment si le comportement de la cliente est le résultat d'un manque d'habiletés ou de l'inhibition des habiletés qu'elle possède. À l'aide d'évocations de situations réelles ou de jeux de rôle, le thérapeute vérifie si la cliente possède les habiletés requises pour faire face aux différentes situations problématiques de sa vie. Si elle ne les connaît pas, le thérapeute les lui enseigne dans le cadre du groupe d'entraînement aux habiletés et de la thérapie individuelle. Toutefois, si la patiente possède les habiletés mais qu'elle ne les utilise pas

dans les moments critiques, l'intervenant responsable des séances individuelles tentera d'identifier la cause de cette inhibition : des contingences de renforcement (mieux comprendre et gérer les facteurs passés ou présents qui semblent renforcer les comportements inefficaces ou punir les comportements efficaces), des émotions douloureuses intenses (utiliser des stratégies d'exposition à la peur, à la culpabilité, à la honte et à la colère) ou des fausses croyances (technique de restructuration cognitive).

L'intervenant qui tient compte des principes d'apprentissage ne doit donc pas faire fi de la possibilité que les comportements de la personne ne se généralisent pas à l'ensemble des situations et soient instables dans le temps selon les circonstances. Sinon, il risque d'imposer à la cliente qu'elle se conforme à des attentes qui dépassent largement ses capacités. De la même façon, si l'intervenant prend pour acquis que l'incapacité de la personne constitue un trait (un comportement typique), il risque de la considérer comme un être fragile disposant de peu d'habiletés et de capacités. L'adoption d'une telle attitude prive la cliente de la possibilité de développer des outils qui lui permettront de devenir plus efficace quant à l'atteinte de ses objectifs personnels.

La hiérarchie des cibles comportementales

Linehan (1993) subdivise le traitement offert aux personnes souffrant du trouble de la personnalité limite en cinq grandes étapes.

Pré-traitement (orientation, engagement)

La période de pré-traitement permet à la cliente d'obtenir de l'information sur le style personnel du thérapeute, ses compétences professionnelles et ses objectifs de traitement. La patiente potentielle peut alors évaluer si elle est en mesure de travailler avec l'intervenant. De même, le thérapeute recueille suffisamment d'informations (questionnaires, entrevues structurées, semi-structurées, observation des attitudes de la cliente) pour lui permettre ainsi qu'à la cliente d'arriver à une décision mutuelle et informée de travailler ensemble à l'atteinte des objectifs ciblés. Cette période donne l'occasion au thérapeute de modifier les attentes et les croyances irrationnelles de la patiente qui pourraient influencer le cours de la thérapie ou influencer la décision de terminer prématurément le traitement.

À la fin de la période de pré-traitement, la cliente s'engage à entamer un processus thérapeutique d'une durée d'un an, à diminuer les comportements suicidaires et para-suicidaires qu'elle manifeste, à di-

minuer les comportements qui interfèrent avec le cours de la thérapie, à se présenter aux séances prévues (individuelles ou de groupe), à participer au groupe d'entraînement aux habiletés ainsi qu'à respecter les conditions de recherche (lorsqu'il y en a) et les modes de paiement. Le thérapeute, pour sa part, s'engage à faire tous les efforts raisonnables pour conduire la thérapie de façon compétente, respecter son code de déontologie professionnelle, respecter l'intégrité et les droits de la cliente ainsi que participer à un groupe de consultation réunissant les intervenants de l'équipe.

Phase 1 Stabilité, sécurité et alliance thérapeutique :

La phase 1 du traitement consiste à bâtir une relation thérapeutique stable et à aider la cliente à faire des changements tout en assurant sa sécurité physique et son bien-être. À cette étape, le thérapeute en collaboration avec la cliente vise, dans l'ordre, et il s'agit ici d'une hiérarchie rigide, à :

1) *Diminuer la fréquence des comportements suicidaires et para-suicidaires* : on parle ici des tentatives de suicide, des comportements qui menacent la vie de la patiente, des actes para-suicidaires (mutilation, lacération, brûlure, conduite dangereuse), des fluctuations dans la présence d'idéations suicidaires plus ou moins envahissantes et de la communication des idées suicidaires, des attentes et des croyances associées au suicide et des affects liés au suicide.

2) *Diminuer la fréquence des comportements qui interfèrent avec la thérapie ou qui menacent le traitement* : on pense par exemple à la cliente qui manque des rencontres, ne collabore pas aux séances (ne parle pas ou aborde des sujets qui ne font pas partie des cibles primaires ou encore ne fait pas les exercices qui ont préalablement fait l'objet d'une entente). Celle-ci peut manquer de respect vis-à-vis des autres participantes du groupe d'entraînement aux habiletés, adopter des comportements qui risquent de mener le thérapeute à l'épuisement professionnel, empiéter sur ses limites personnelles ou de réduire sa motivation à la traiter (changer constamment l'heure du rendez-vous, téléphoner ou se présenter au domicile du thérapeute, faire des avances sexuelles au thérapeute, intimider les membres de sa famille).

Parmi les comportements du thérapeute qui interfèrent avec la thérapie, on mentionne les stratégies d'intervention qui manquent d'équilibre dans le niveau d'acceptation ou de changement (trop de validation ou trop de résolution de problèmes), les comportements irres-

pectueux tels manquer des séances, annuler sans donner d'autres rendez-vous, changer le cadre sans préavis, ne pas retourner les appels, perdre des dossiers, terminer les séances prématurément.

3) *Diminuer la fréquence des comportements qui interfèrent avec la qualité de vie* : on retrouve dans cette catégorie les abus de substances (abus d'alcool, de médicaments prescrits et de drogues illécitales), les comportements sexuels non protégés ou à haut risque (pratique sexuelle non sécuritaire, abuser sexuellement d'autrui, promiscuité sexuelle excessive, rapport sexuel avec des personnes inappropriées), les difficultés financières extrêmes (les factures impayées, la tenue désordonnée du budget, les dépenses excessives ou le jeu compulsif, l'incapacité à avoir recours aux services sociaux), les comportements criminels, qui, s'ils ne changent pas risquent de mener à la prison (vol à l'étalage, pyromanie), les comportements interpersonnels très dysfonctionnels (faire des menaces de mort, frapper quelqu'un, cohabiter avec des partenaires physiquement, sexuellement ou émotionnellement abuseurs, mettre fin prématurément à des relations personnelles), les comportements dysfonctionnels liés à l'emploi (quitter son emploi prématurément, se faire congédier, ne pas se présenter au travail, être fréquemment en retard), à l'école (insulter le professeur, ne pas se présenter aux examens, avoir peur d'aller à l'école, quitter l'école prématurément, échouer), à la maladie (ne pas recourir à des services médicaux appropriés, ne pas prendre sa médication, négliger de soigner une blessure ou une maladie), au logement (ne pas se trouver de foyer stable, vivre dans des autos ou dans une maison surpeuplée, omettre de payer son loyer, déranger les autres locataires, faire du vandalisme) ou à la santé mentale (hospitalisations fréquentes, ne pas recourir à des traitements auxiliaires, abuser de la médication, Linehan, 1995b).

4) *Enrichir le répertoire d'habiletés comportementales* : l'approche de Linehan regroupe quatre catégories d'habiletés comportementales (Linehan, 1993b) : (a) la centration (mindfulness) (premier groupe d'habiletés enseignées) : il s'agit d'aider la cliente à avoir accès à sa sagesse intérieure (wise-mind), à développer des habiletés d'observation, de description et de participation sans porter de jugement tout en ayant comme objectif l'efficacité et non ce qu'il « faudrait » faire ; (b) la régulation des émotions : aider la cliente à réduire sa vulnérabilité en augmentant les occasions de ressentir des émotions positives, à agir à l'opposé lors de situations stressantes (si la cliente a peur, faire face à la situation ; si elle se sent coupable, s'organiser pour réparer les dégâts ; si elle est triste, être plus active pour

changer son registre d'émotions ; si elle est en colère, éviter la situation ou utiliser la gentillesse) ; aider la cliente à identifier ses émotions, à laisser aller ses émotions au lieu de les éviter ou de les repousser et/ou à les accepter plutôt que de les éliminer ou de les masquer ; (c) la tolérance à la détresse : aider la cliente à survivre aux crises au moyen d'activités, de bénévolat, de lectures, de prières, etc. ; à s'auto-réconforter en ayant recours à des activités qui mettent en éveil l'un de ses cinq sens (regarder la nature, écouter de la musique, sentir son parfum favori, manger une crème glacée, manipuler de la terre glaise), à améliorer le moment présent par l'imagerie mentale, la relaxation ou des exercices de respiration ; aider la personne à se permettre quelques moments de répit, à mesurer le pour et le contre d'une situation et à accepter la réalité telle qu'elle est de façon radicale ; (d) l'efficacité interpersonnelle : aider la cliente à prioriser, selon le cas, ses objectifs personnels, ses objectifs interpersonnels ou son respect d'elle-même ; aider la cliente à identifier les facteurs qui nuisent à l'efficacité interpersonnelle et enfin, l'aider à décider du moment et du lieu pour faire des demandes et/ou dire non fermement (habiletés d'assertion).

Lorsque la cliente a fait suffisamment de progrès à l'étape 1 du traitement, ce qui peut nécessiter en général de 12 à 24 mois, on peut passer à la phase 2 du traitement. On dit que bien souvent, l'étape 1 du traitement donne les outils nécessaires à la cliente pour entreprendre une thérapie de type conventionnel. À la fin de la première phase du traitement, l'individu est susceptible de passer d'un état de désespoir destructeur à un état de désespoir moins destructeur (Koerner et Linehan, 1996).

Phase 2 Exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques

La phase 2 du traitement s'amorce lorsque les tâches de la phase 1 sont accomplies. Cette étape vise, à l'aide de l'exposition, à diminuer le stress associé à diverses expériences traumatiques passées : abus sexuel, négligence grave, violence physique, viol, etc. Lors de cette étape, les objectifs principaux sont (1) reconnaître et accepter la réalité de l'abus et du trauma, (2) réduire la part de blâme que l'individu s'attribue, le sentiment de stigmatisation, et la fréquence des comportements d'invalidation de soi, (3) diminuer les réponses de stress extrêmes observées en présence d'indices associés au trauma et (4) effectuer la synthèse des représentations dichotomiques de l'abus.

Phase 3 et 4 Synthèse, respect de soi, objectifs personnels

La phase 3 du traitement dialectique comportemental consiste à faire la synthèse des apprentissages, augmenter le respect de soi de la personne et travailler à l'accomplissement et à l'atteinte d'objectifs personnels choisis par la cliente. Tout récemment, Linehan (1996) a posé les jalons d'une quatrième phase de traitement. Après avoir constaté que plusieurs des patientes qui terminent la troisième phase de traitement éprouvent encore un sentiment d'incomplétude, elle propose une nouvelle phase où l'objectif consiste à développer la capacité de ressentir de la joie durant une période prolongée. Les tâches sont alors d'intégrer le passé, le présent et le futur, les visions contradictoires de soi et d'autrui et d'accepter la réalité telle qu'elle est.

En résumé, la théorie biosociale, l'approche comportementale et la hiérarchie des cibles de traitement sont autant d'outils dont dispose le thérapeute pour lui permettre de mieux cerner et de mieux comprendre les comportements dysfonctionnels de la personne qui souffre d'un trouble de la personnalité limite et de conserver une attitude empathique face à la douleur de la cliente.

DILEMMES DIALECTIQUES

La transaction entre la vulnérabilité émotionnelle de la cliente et son environnement invalidant l'amène à développer des patrons de comportements qui oscillent entre deux pôles. Le thérapeute et la personne se trouvent donc face à trois dilemmes : (a) la cliente oscille entre la conviction que son environnement ne comprend pas sa grande vulnérabilité émotionnelle et sa difficulté à réguler ses émotions (blâmer les autres) et celle où c'est elle qui est inadéquate (se blâmer, s'invalider). Le thérapeute, pour sa part, fait régulièrement face au dilemme d'un possible déséquilibre entre l'acceptation inconditionnelle de la vulnérabilité de la patiente (trop d'acceptation) et l'utilisation prématurée de stratégies de changement (trop de changement) ; (b) la cliente hésite entre solliciter activement l'environnement pour que celui-ci prenne ses problèmes en charge (passivité active) et se montrer plus compétente qu'elle ne l'est en réalité pour alléger le fardeau de l'environnement (compétence apparente, difficulté à demander de l'aide). L'intervenant se retrouve alors devant le danger de ne voir que les difficultés (ne pas assez exiger d'elle, la voir comme fragile) ou que les compétences de la patiente (attendre trop de la cliente) ; (c) la personne oscille entre le fait de se retrouver aux prises avec des crises perpétuelles face à des pertes concrètes et la tendance à inhiber l'expression des émotions vécues

(deuil inhibé). Le thérapeute se doit alors de chercher à rétablir l'équilibre : soit l'aider à exprimer davantage ses émotions ou l'aider à moduler ses émotions.

Le thérapeute peut garder en tête tout au long du traitement cette tendance de la cliente à osciller entre ces pôles dialectiques. Il l'aide ainsi à en prendre conscience et à développer un mode de pensée dialectique ; c'est-à-dire qu'il facilite la synthèse entre les deux pôles.

MODES DE TRAITEMENT

Cinq grands modes de traitement sont utilisés dans l'approche dialectique comportementale :

1. La thérapie individuelle constitue le principal mode de traitement. Ce mode de traitement vise essentiellement à diminuer les comportements dysfonctionnels de la cliente et à l'aider à maîtriser et à généraliser les habiletés enseignées dans le groupe d'entraînement aux situations problématiques rencontrées quotidiennement. Chaque semaine, la cliente remplit une carte spécialement conçue pour identifier la présence de comportements dysfonctionnels ainsi que la fréquence et l'importance de ceux-ci. Elle apporte donc cette carte à chaque séance afin d'établir une hiérarchie des comportements dysfonctionnels à travailler pendant l'entrevue. Le thérapeute individuel devient le thérapeute principal, responsable de la coordination des divers modes de traitement. C'est donc lui qui gère par exemple, les absences de la cliente au groupe d'entraînement aux habiletés, répond à ses appels téléphoniques, rencontre les intervenants auxiliaires en présence de celle-ci ou prépare la cliente à faire face à des interactions potentiellement problématiques avec l'environnement.

2. Le groupe d'entraînement aux habiletés fait aussi partie intégrante du programme. Chaque patiente doit participer, lors de la première année de traitement, au groupe d'entraînement aux habiletés. Les habiletés sont idéalement enseignées par deux thérapeutes autres que le thérapeute principal pour éviter que la personne ait constamment la tentation, lors des séances de groupe, d'aborder ses problèmes personnels plutôt que d'apprendre des habiletés. Les séances, d'une durée d'environ deux heures et demie, ont lieu chaque semaine. Elles regroupent un maximum de 6 à 8 individus. Après un an de traitement, la patiente peut, si elle le désire, participer à un groupe de soutien dans lequel on met l'accent davantage sur le processus de groupe.

3. La consultation téléphonique est un mode de traitement privilégié dans l'approche dialectique comportementale. Ce mode de traite-

ment vise (a) à augmenter les capacités de la cliente à demander de l'aide adéquatement, (b) à généraliser les habiletés apprises dans le groupe et (c) à permettre à la patiente, suite à une mésentente ou à un conflit avec le thérapeute de corriger la situation et d'améliorer la relation thérapeutique sans avoir à attendre la rencontre suivante. C'est donc une façon de rééquilibrer le pouvoir dans la relation.

4. Les rencontres hebdomadaires de consultation pour les thérapeutes permettent aux intervenants de s'entraider dans l'application des stratégies dialectiques à l'aide d'encouragements, de renforcements et de conseils. Ces rencontres permettent de mettre en lumière les stratégies efficaces du thérapeute et les plus petits progrès chez la cliente afin que le thérapeute conserve sa motivation à travailler avec cette personne. Il évite ainsi de développer inopinément une attitude péjorative envers sa cliente et il prévient l'épuisement professionnel.

5. Les traitements auxiliaires réfèrent à tout traitement non dispensé par un thérapeute d'approche dialectique comportementale (thérapeute qui n'adhère pas à la philosophie dialectique ou thérapeute, animateur, infirmière qui ne participent pas aux rencontres de consultation). Il s'agit, par exemple, de la pharmacothérapie, du counseling vocationnel, de l'hospitalisation, de l'hôpital de jour.

L'ensemble des modes de traitement utilisés dans l'approche dialectique comportementale vise, tout en ayant des fonctions spécifiques et différentes, à rendre le traitement plus efficace dans la poursuite des objectifs de la cliente.

STRATÉGIES D'INTERVENTION EN THÉRAPIE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE

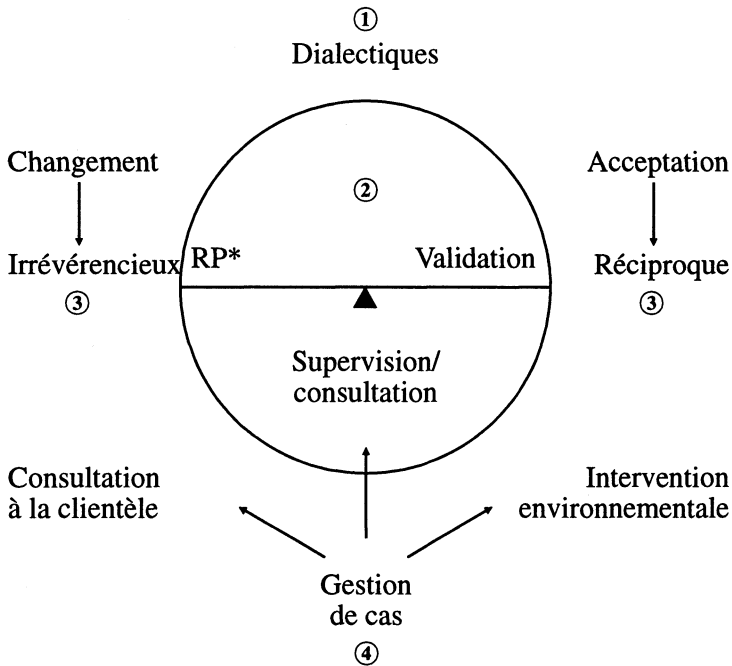
Les stratégies thérapeutiques de l'approche dialectique comportementale sont illustrées à la figure 1.

1. Les stratégies dialectiques

Linehan, dans son approche, décrit huit stratégies dialectiques qui ont pour but d'aider la cliente et le thérapeute à explorer le continuum de leurs points de vue respectifs. Certaines de ces techniques visent à valider les sentiments, les expériences, les pensées de la cliente alors que d'autres ont pour but essentiellement de promouvoir le changement. Le thérapeute tente d'utiliser tour à tour chacune de ces stratégies et ainsi d'obtenir un certain équilibre entre l'acceptation et le changement. Voici, selon Linehan, la définition des huit stratégies.

Figure 1

Stratégies de traitement

* *Résolution de problèmes*

1- Une première stratégie que Linehan appelle « entrer dans le paradoxe » consiste à mettre en évidence les comportements et les pensées de la cliente qui semblent contradictoires dans le but de montrer que deux propositions peuvent être parfois incompatibles et parfois compatibles (ex. la cliente dit : « Je veux devenir plus autonome et je dois téléphoner si j'ai besoin d'aide »).

2- On peut utiliser aussi « les métaphores », les histoires, les légendes, les analogies, les paraboles pour permettre à la cliente de bénéficier d'un cadre de référence différent qui lui permet de mieux comprendre ses pensées, ses sentiments et ses comportements. Dans le manuel de Linehan (1993), on retrouve nombre d'histoires que les thérapeutes en formation apprennent à utiliser avec cette clientèle (les pissenlits, le tremblement de terre, le naufrage, l'échelle brûlante). D'après

Linehan, l'utilisation de métaphores est une stratégie valable en psychothérapie. Celles-ci peuvent être plus intéressantes, moins menaçantes et plus faciles à retenir pour la cliente en plus de rendre compte bien souvent de l'intensité émotionnelle qui est associée à l'événement.

3- « L'extrapolation » (extending) consiste à prendre plus au sérieux les propos de la cliente qu'elle ne le fait elle-même. Par exemple, la cliente dit : mon ami ne m'appelle pas ce soir, je vais me tuer ; le thérapeute de répondre : « Tu veux te tuer, nous allons regarder ça ensemble ». Le thérapeute retient donc la partie de la phrase dont la personne ne veut pas nécessairement parler.

4- La technique « faire de la limonade avec des citrons » consiste à voir les comportements problématiques de la cliente comme un outil ou une opportunité pour la cliente de pratiquer ses habiletés dans le quotidien. Le thérapeute peut dire : « Tu as un souper de famille et ça te rend excessivement anxieuse ? Parfait ! Ce sera une occasion de pratiquer tes nouvelles habiletés d'assertion ! Discutons-en davantage. »

5- « L'avocat du diable » est une stratégie fréquemment utilisée dans la phase de pré-traitement. Le thérapeute présente à la cliente une proposition extrême, lui demande si elle y croit, puis il joue le rôle de l'avocat du diable en présentant les arguments qui vont à l'encontre de cette proposition alors que la cliente, elle, tente de défendre sa proposition. L'objectif est d'arriver à une synthèse entre l'argumentation et la contre-argumentation comme par exemple : « Je sais que m'engager dans une thérapie va me demander beaucoup d'énergie mais j'ai vraiment besoin d'aide. »

6- Une autre technique consiste à « permettre le changement naturel » dans l'environnement thérapeutique (placer différemment le mobilier de la salle d'entrevue, non pour habituer la cliente au changement mais pour ne pas s'empêcher de le faire si on en a envie).

7- L'activation du « wise mind » ou comme nous l'avons traduit « sagesse intérieure » consiste à aider la cliente à intégrer à la fois la raison et les émotions, à avoir accès à des réponses plus intuitives et spontanées. La cliente apprend à prendre des décisions non pas seulement parce que « il le faut absolument » ou parce que « j'en ai drôlement envie » mais parce que « c'est efficace de le faire » compte tenu des facteurs de réalité et des émotions ressenties.

8- Enfin, lorsqu'ils utilisent « l'évaluation dialectique », l'intervenant et la patiente recherchent les éléments valides des explications du comportement ou des événements qui sont rapportés lors des séances.

2. Les stratégies de base de l'approche comportementale-dialectique

Les stratégies au cœur de l'approche dialectique ont aussi pour but d'atteindre un certain équilibre entre la validation (acceptation) et la résolution de problème (changement). La validation consiste à communiquer à la patiente de façon claire et sans équivoque que son comportement fait du sens et qu'il est possible pour le thérapeute de bien comprendre ces gestes dans le contexte actuel. Selon Linehan, il y a six degrés de validation : (1) observer et écouter de façon non biaisée la cliente ; (2) refléter ses propos ; (3) faire des hypothèses sur les pensées et les sentiments non exprimés (lecture de pensée) ; (4) valider le discours en se référant à des apprentissages passés ou à des facteurs biologiques et (5) valider les propos de la patiente en référant à des événements actuels tout en faisant ressortir la partie adaptée du comportement adopté et identifier les facteurs environnementaux qui semblent avoir une influence négative sur le comportement de la cliente. Les stratégies de validation réfèrent également à l'authenticité du thérapeute. Ceci constitue le sixième degré de validation. Il s'agit de reconnaître la douleur de la cliente et d'utiliser des stratégies d'encouragement (le thérapeute félicite la cliente, la rassure, lui mentionne qu'elle fait de son mieux) ce que Linehan appelle aussi « cheerleading ». Enfin, l'authenticité radicale consiste à ne pas traiter la cliente comme si elle était fragile. Les stratégies d'acceptation sont davantage influencées par les pratiques de méditation orientale (zen).

La résolution de problème est une méthode logique, rationnelle et expérimentale. Elle comporte deux grandes étapes : (1) identifier et définir clairement le problème ou les patrons comportementaux dysfonctionnels de la cliente à l'aide d'une analyse comportementale et (2) générer plusieurs solutions (brainstorming), les évaluer une à une et choisir une solution alternative parmi celles énumérées. Si la personne est incapable de générer des solutions, le thérapeute en mentionne quelques-unes à titre d'exemple (modeling). L'intervenant fournit ensuite à la patiente les outils nécessaires pour mettre en application la solution retenue (enseignement d'habiletés, jeux de rôle) et tente d'obtenir l'engagement de la cliente à mettre cette solution à l'épreuve dans un laps de temps donné.

Enfin, le thérapeute doit prendre soin de bien équilibrer le recours à ces deux stratégies. En effet, si ce dernier utilise uniquement des stratégies de validation, la personne peut sentir que ses problèmes ne sont pas pris au sérieux, qu'il est impossible de changer quoi que ce soit et cela risque de générer de l'impuissance. Par ailleurs, si le thérapeute

n'utilise que les stratégies de résolution de problèmes, la cliente peut croire qu'elle est inadéquate et qu'elle doit changer complètement. Voici un exemple : une cliente vous mentionne qu'elle est incapable de se présenter au groupe d'entraînement aux habiletés et le thérapeute lui répond : « Écoute, je sais que c'est extrêmement difficile pour toi de participer au groupe mais c'est aussi très important que tu y ailles si tu veux atteindre tes objectifs personnels. »

3. Les stratégies stylistiques

Les stratégies stylistiques sont utilisées afin d'équilibrer le style de communication du thérapeute (le ton de voix du thérapeute, la vitesse de son discours et l'intensité de ses propos). L'approche dialectique comportementale regroupe deux grandes classes de stratégies stylistiques soit la communication réciproque et la communication irrévérencieuse.

La communication réciproque réfère à tout engagement chaleureux du thérapeute envers la cliente. Par exemple, le thérapeute demande à la cliente : « Comment te sens-tu présentement ? » Ce dernier se montre disponible, disposé à écouter cette dernière et à tenir compte de son agenda personnel. Le dévoilement de soi est utilisé lorsqu'il apparaît approprié et utile à la cliente. Cette stratégie a pour but d'équilibrer le pouvoir entre le thérapeute et la cliente et de renforcer leur relation. La communication irrévérencieuse est principalement utilisée lorsque le thérapeute et la cliente se retrouvent dans une impasse. Cette stratégie de communication a pour but d'obtenir l'attention de la cliente, d'aider cette dernière à comprendre la situation (événement interne ou externe) sous un angle complètement différent et de modifier la réponse affective perçue (le thérapeute confronte la patiente, la surprend avec un brin d'humour, etc.). Par exemple, la cliente dit : « Mon ami m'a quittée et je n'ai plus personne au monde, ... je veux me tuer », le thérapeute répond : « Je croyais que tu t'étais engagée à rester dans le traitement pour un an. » Ceci doit tout de même être accompagné de respect et d'empathie.

4. Les stratégies de gestion de cas

Les stratégies de gestion de cas ont pour but d'aider le thérapeute ou la patiente, lorsqu'ils interagissent avec l'environnement extérieur à la relation thérapeutique, à poser des gestes qui respectent la philosophie du traitement. Il existe trois grandes classes de stratégies de gestion de cas :

1. *Les stratégies de consultation auprès de la cliente* visent essentiellement à doter la cliente des habiletés nécessaires pour interagir efficacement avec son entourage (personnel médical, famille, amis). Il ne s'agit pas de dicter aux personnes de l'environnement comment se comporter avec cette dernière. Le thérapeute n'entretient donc aucun contact avec le réseau extérieur de la cliente (sauf si cette dernière est présente ou si la personne en question est membre de l'équipe de consultation). Toute interaction avec l'environnement extérieur est considérée par le thérapeute comme une occasion pour la cliente de pratiquer ses habiletés comportementales.

2. *L'intervention environnementale* est utilisée lorsque la cliente ne possède pas, pour le moment, les habiletés requises pour interagir efficacement avec l'environnement, quand le résultat escompté de cette interaction est très important et que le thérapeute, lui, risque d'atteindre cet objectif. Cette stratégie est plus fréquemment utilisée quand la cliente est mineure ou quand il y a danger pour sa vie.

3. *La consultation des thérapeutes* auprès des membres de l'équipe de supervision, a pour but d'aider les thérapeutes à demeurer dialectiques en renforçant leurs stratégies efficaces, en soulignant les progrès de la cliente, en encourageant le thérapeute, en l'aidant à se sortir d'une impasse, en le conseillant et ce, avec l'aide des mêmes stratégies que celles utilisées auprès de la cliente.

CONCLUSION

L'approche dialectique comportementale s'inspire bien sûr de la thérapie cognitive-béaviorale traditionnelle. En effet, le thérapeute qui adhère à ce traitement se doit de faire une évaluation complète de la cliente (questionnaires, entrevues semi-structurées, etc.), d'obtenir une définition opérationnelle des comportements, d'utiliser plusieurs stratégies cognitives-béaviorales telles la résolution de problème, l'exposition, l'enseignement d'habiletés, les jeux de rôle, la restructuration cognitive, le renforcement de comportements efficaces et la punition de comportements inacceptables. L'emphase sur la philosophie dialectique fait toutefois l'originalité de cette approche. Le focus est placé sur la validation et l'acceptation de la cliente telle qu'elle est en ce moment et non pas sur l'acceptation préparatoire au changement éventuel. C'est ce que Linehan appelle l'acceptation radicale (conception inspirée de la philosophie orientale). Les tenants de l'approche dialectique comportementale vont aussi porter une attention particulière aux comportements de la cliente et du thérapeute qui interfèrent avec la thérapie. La relation thérapeutique est également considérée dans cette approche comme un

outil essentiel au traitement. Linehan avance même que la qualité de la relation est par moments le renforcement le plus puissant auprès de ces clientes et bien souvent la seule chose qui les gardera en vie. Elle encourage parfois le thérapeute à réagir à la cliente comme s'il s'agissait d'un proche, avec toute l'implication émotionnelle que cela nécessite. C'est pourquoi, les contingences de renforcement ne seront efficaces que lorsque l'alliance thérapeutique sera bien établie entre le thérapeute et la cliente. Enfin, la démarche dialectique est le fondement du traitement dialectique comportemental.

Les travaux de Linehan ont insufflé une vigueur et un dynamisme nouveau aux recherches cliniques cognitives-béavioriales sur le traitement du trouble de la personnalité limite. Au surplus, l'attention portée au diagnostic, à l'établissement d'une alliance de travail, à la hiérarchisation des objectifs de traitement, aux problèmes actuels du patient et aux dilemmes dialectiques vécus (ce que d'autres nomment schémas précoces d'inadaptation ou représentations de soi et d'autrui partielles et contradictoires) montrent bien la convergence naissante des programmes d'intervention auprès des personnalités limites (Chabrol et al., 1996).

RÉFÉRENCES

- AKISKA, L. H. S., 1997, The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders - beyond DSM-IV, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, 4-14.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1991, *DSM-IV Options Book*, Washington, DC.
- BARBER, J. P., FRANK, A., WEISS, R. D., BLAINE, J., SIQUELAND, L., MORAS, K., CALVO, N. CHITTAMS, J., MERCER, D., SALLOUM, I. M., 1996, Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine-dependent outpatients, *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- BECK, A. T., FREEMAN, A., 1990, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- CHABROL, H., SCHMITT, L., SZTULMAN, H., 1996, Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites : une réflexion critique, *Annales médicales et psychologiques*, 154, 238-244.
- CORNELIUS, J. R., SOLOFF, P. H., PEREL, J. M., ULRICH, R. F., 1993, Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with halperidol and phenelzine, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1843-1848.
- CORRUBLE, E., GINESTET, D., GUELF, J. D., 1996, Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression - a review, *Journal of Affective Disorders*, 37, 157-170.

- COUSINEAU, P., YOUNG, J. E., 1997, Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas, *Santé mentale au Québec*, 22, 1.
- DUTTON, D. G., VANGINKEL, C., LANDOLT, M. A., 1996, Jealousy, intimate abusiveness, and intrusiveness, *Journal of Family Violence*, 11, 411-423.
- GABBARD, G. O., LAZAR, S. G., HORNBERGER, J., SPIEGEL, D., 1997, The economic impact of psychotherapy - a review, *American Journal of psychiatry*, 154, 147-155.
- GRILO, C. M., LEVY, K. N., BECKER, D. F., EDELL, W. S., MCGLASHAN, T. H., 1996, Comorbidity of DSM-III axis II disorders among female inpatients with eating disorders, *Psychiatric Services*, 47, 426-429.
- GUNDERSON, J. G., LYOO, I. K., 1997, Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder, *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 272-278.
- GUNDERSON, J. G., ZANARINI, M. C., KISIEL, C. L., 1995, Borderline personality disorder, in Livesley, W. J., ed., *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford, New York, 141-157.
- GUNDERSON, J. G., PHILLIPS, K., 1991, Borderline personality disorders and depression: A current overview of the interface, *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.
- HAYASHI, N., 1996, Obsessive-compulsive disorder comorbid with borderline personality disorder - a long-term case study, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50, 51-54.
- HORNER, M. S., DIAMOND, D., 1996, Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients, *Psychoanalytic Psychology*, 13, 205-223.
- HULL, J. W., YEOMANS, F., CLARKIN, J. F., LI, C., GOODMAN, G., 1996, Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder, *Psychiatric Services*, 47, 638-641.
- KERNBERG, O. F., CLARKIN, J. F., 1994, Training and the integration of research and clinical practice, in Talley, P. F., Strupp, H. H., Butler, S. F., eds., *Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap*, Basic Books, New York, 39-59.
- KOERNER, K., LINEHAN, M. M., (sous presse), Case formulation in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, in, Eells, T., ed., *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*, Guilford Press, New York.
- KROLL, J., 1993, *PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance*, Norton, New York.
- LINEHAN, M. M., 1993a, *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

- LINEHAN, M. M., 1993b, *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- LINEHAN, M. M., 1995a, *Understanding Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach. Program Manual*, Guilford Press.
- LINEHAN, M. M., 1995b, *Treating Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach. Program Manual*, Guilford Press.
- LINEHAN, M. M., 1996, *Treatment Development, Validation and Dissemination*, Invited address at the Conference on drug abuse, American Psychological Association Meeting, August 9-13, Toronto, Canada.
- MARZIALI, F., MONROE-BLUM, H., 1994, *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*, Basic Books, New York.
- MORGENSTERN, J., LANGENBUCHER, J., LABOUVIE, E., MILLER, K. J., 1997, The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population - prevalence rates and relation to alcohol typology variables, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- PARIS, J., 1994, *Borderline Personality Disorder: a Multidimensional Approach*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- PARIS, J., BRAVERMAN, S., 1995, Successful and unsuccessful marriages in borderline patients, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 153-166.
- PRETZER, J. L., BECK, A. T., 1996, A cognitive theory of personality disorders, in Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., eds., *Major Theories of Personality Disorders*, Guilford, New York, 36-105.
- SANSONE, R. A., SANSONE, L. A., WIEDERMAN, M. W., 1996, Borderline personality disorder and health care utilization, *Southern Medical Journal*, 89, 1162-1165.
- SMITH, T.E., KOENISBERG, H.W., YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F., 1995, Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- STEIGER, H., JABALPURWALA, S., CHAMPAGNE, J., 1996, Axis-II comorbidity and developmental adversity in bulimia-nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 555-560.
- STEINERT, T., SCHIDMICHEL, P. O., KASCHKA, W. P., 1996, Considerable improvement in a case of obsessive-compulsive disorder in an emotionally unstable personality disorder, borderline type under treatment with clozapine, *Pharmacopsychiatry*, 29, 111-114.
- THASE, M. E., 1996, The role of axis-II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression, *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 287-307.

- TURKAT, I. D., 1990, *The Personality Disorders: a Psychological Approach to Clinical Management*, Pergamon Press, New York.
- WILSON, G. T., 1996, Treatment of bulimia-nervosa - When CBT fails, *Behavior Research and Therapy*, 34, 197-212.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., 1995, *Je réinvente ma vie*, Les Éditions de l'Homme, Montréal.
- ZANARINI, M. C., GUNDERSON, J. G., MARINEAU, M. F., SCHARTZ, E. O., FRANKENBURG, F. R., 1988, DSM-III disorders in the families of borderline outpatients, *Journal of Personality Disorders*, 2, 291-302.

ABSTRACT

Dialectical behavior psychotherapy with borderline patients

Any therapist working with borderline patients knows that this is a crisis prone population that can be as burdening for the professional clinician as for the individual who experiences these intense relational episodes. Within this context, it is quite surprising that leaders of the behavioral approach waited until the beginning of the nineties before applying their technology to the treatment of patients diagnosed with borderline personality disorder. Linehan put numerous efforts to empirically demonstrate the efficiency of her newly developed dialectical behavior therapy, which makes it a noteworthy model. This article presents some historical and philosophical underpinnings of her approach, followed by the diagnostic criteria, the main clinical tools she advocates, the various dialectal dilemma, the treatment modes as well as an overview of the basic therapeutic strategies used in this approach.