

 Open access • Journal Article • DOI:10.1016/J.AMP.2013.07.007

De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie: l'exemple du trouble de la personnalité borderline — [Source link](#)

Ueli Kramer

Institutions: University of Windsor

Published on: 01 Feb 2015 - Annales médico-psychologiques (Elsevier Masson)

Share this paper:    

View more about this paper here: <https://typeset.io/papers/de-la-regulation-a-l-approfondissement-de-l-affect-en-116ucgtmw9>

Serveur Académique Lausannois SERVAL serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : l'exemple du trouble de la personnalité borderline

Authors: Kramer U

Journal: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique

Issue: 173

Volume: 1

Pages: 60-65

DOI: [10.1016/j.amp.2013.07.007](https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.007)

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Running Head: De la régulation à l'approfondissement de l'affect

De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : l'exemple du trouble de
la personnalité borderline

From affect regulation to deepening of affective experience: the example of borderline
personality disorder

Résumé

Le trouble de la personnalité borderline est une condition psychopathologique particulièrement difficile à traiter, notamment à cause des dysrégulations affectives souvent au cœur de cette problématique. Cet article, en adoptant un point de vue intégratif impliquant une distance critique face aux modèles comportementaux et humanistes classiques, discute du statut central des affects en psychothérapie, en prenant le trouble de la personnalité borderline comme exemple. La régulation de l'affect, tout comme l'approfondissement de l'affect sont des aspects importants du changement thérapeutique. Trois modèles psychothérapeutiques sont brièvement évoqués et discutés du point de vue de ces facteurs majeurs de changement : le modèle comportemental-dialectique, le modèle centré sur la clarification et le modèle centré sur l'émotion. Ces modèles sont discutés par rapport à la séquentialité, passant de la régulation à l'approfondissement de l'affect, au degré d'importance de la relation thérapeutique, aux rôles et statuts du thérapeute, à la nature de la directivité du thérapeute, à la perspective adoptée par le patient face à ses affects, au type de régulation de l'affect et à la notion de transformation émotionnelle.

Mots-clés : Trouble de la Personnalité Borderline ; Régulation de l'Affect ;

Approfondissement de l'Affect ; Thérapie Comportementale Dialectique ; Thérapie centrée sur la Clarification ; Thérapie centrée sur l'Emotion

Abstract

Objectives: It appears that Borderline Personality Disorder is a psychopathological condition which is difficult to treat, in particular because of dysfunctions in the central domain of affective regulation. From an integrative, yet critical, perspective, the aim of the present review article is to summarize the main therapeutic models which focus on affect or, more broadly emotions, in the treatment of patients presenting with Borderline Personality Disorder. Two main concepts have been found in relation with affect in psychotherapy as core mechanisms of change (1) affect regulation, (2) deepening of affective experience. Through the lenses of these concepts, we aim at examining current psychotherapeutic models – which are based on behavioral and humanistic theory - for Borderline Personality Disorder.

Methods: A literature review according to the criteria above was undertaken and three main psychotherapy models were found: (1) Dialectical-behavior therapy, (2) Clarification-oriented therapy and (3) Emotion-focused therapy.

Results: Each model is presented very briefly with regard to the relevance for our purpose, in particular the relevance of affect regulation and deepening of affective experience as core mechanisms in the treatment of Borderline Personality Disorder. Technical means of how each model proposes to work with affects or emotions in the sessions are cited and discussed. As such, mindfulness techniques are discussed with regard to the dialectical-behavior therapy, clarification techniques are discussed within a multi-phase model for the clarification-oriented psychotherapy and experiential two-chair work is presented in the context of emotion-focused therapy. The models are discussed with regard to the presumed sequentiality from affect regulation to deepening of affective experience, as well as with regard to the degree of importance of the therapeutic relationship, the role and status of the therapist, the nature of the therapist's directivity, the perspective adopted by the patient facing his/her affects, the type of affect regulation and the notion of emotion transformation.

Conclusions: It appears that each therapy model has its own specific implications in terms of the therapist role and tasks, the patient's role and tasks with regard to his/her own affects and in terms of the quality of the collaboration between the patient and the therapist. It seems possible to articulate – or integrate - therapeutic models with very different underlying epistemological origins. Without resolving all the issues related to integration in psychotherapy facing a particularly vulnerable patient population, it must also be acknowledged that treatment of patients with Borderline Personality Disorder remains a difficult endeavor for therapists. It is our conviction that clear concepts, as well as their creative articulation, as discussed in the present review, may help clinicians and researchers alike to ultimately deliver better treatments.

Key-Words: Borderline Personality Disorder; Affect Regulation, Deepening of Affect; Dialectical Behavior Therapy; Clarification-Oriented Therapy; Emotion-Focused Therapy

**DE LA REGULATION A L'APPROFONDISSEMENT DE L'AFFECT EN
PSYCHOTHERAPIE : L'EXEMPLE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE
BORDERLINE**

Introduction

Le trouble de la personnalité borderline, au sens du DSM-5[1], se caractérise par des fluctuations extrêmes dans les états émotionnels et de l'impulsivité, qui vont souvent de pair avec un vécu d'identité troublée ou diffuse et un sentiment de chronique de vide interne et évolue souvent de manière chronique [17]. Ces expériences peuvent être décrites comme manifestation de la dysrégulation affective [24]. Afin de contenir cette expérience vécue comme débordante, certains patients présentent des symptômes de dissociation et des comportements auto-dommageables et suicidaires [25], qui suscitent à leur tour un sentiment de débordement et d'impuissance. Si on sait aujourd'hui que la psychothérapie est le traitement de choix pour ce trouble, cet ensemble de comportements et de problèmes nécessite un diagnostic clair et un processus de préparation à ce travail psychothérapeutique, afin de s'assurer de son efficacité [5, 6, 10]. Ce traitement doit tenir compte des manifestations cliniques de dysrégulation affective et permettre au patient d'acquérir les compétences d'une meilleure régulation des affects, mais aussi devrait permettre au patient de comprendre en détail ses expériences affectives, afin de changer en profondeur. Ces objectifs cités de la psychothérapie du patient borderline se retrouvent au cœur de la littérature traitant de la psychothérapie, sous forme de mécanismes globaux de changement. Grawe [13] propose deux mécanismes de changement principaux, parmi d'autres, dans toute forme de psychothérapie : l'augmentation des compétences de gestion du problème et la clarification du sens (voir aussi [12]). Toute psychothérapie, peu importe son orientation, passerait donc par l'un ou l'autre de ces principes globaux, afin d'être efficace et l'intégration des deux principes dans une même

thérapie devrait potentialiser l'effet du traitement. En ce qui concerne l'augmentation des compétences de régulation affective, Neacsiu et al. [28] ont montré que l'acquisition des compétences spécifiques fonctionnait comme médiateur du traitement comportemental-dialectique face au trouble de la personnalité borderline. En ce qui concerne des processus associés au concept de clarification, il a été montré que la profondeur du traitement émotionnel prédit le résultat de la psychothérapie, et ceci à travers des operationalisations et des approches thérapeutiques diverses [8 ; 34 ; 35 ; 40 ; 43]. L'approfondissement de l'affect peut être défini comme « processus thérapeutique ayant lieu chez le patient, auquel contribuent à la fois le patient et le thérapeute, qui se centre sur le vécu affectif du patient dans une situation précise, ainsi que sur la signification individuelle de ce vécu, dans le but d'une intensification de cet affect accompagnant une compréhension idiosyncratique et d'intégration progressive avec d'autres éléments affectifs et cognitifs » ([19], p. 94) et son importance remonte aux travaux de Gendlin ([11]; cf. [19]). Cette définition renvoie à l'hypothèse de la centralité des affects et émotions en psychothérapie [14 ; 26], qui est aussi adopté par Philippot [32] d'un point de vue des processus régulateurs des émotions.

Or, la question se pose de l'adéquation clinique de ces processus d'approfondissement de l'affect, à la fois en fonction des troubles émotionnels particulièrement complexes (par exemple le trouble de la personnalité borderline) et en fonction de l'avancement du processus de la psychothérapie. Comment faut-il les intégrer, quelles approches existent-ils ?

Le présent article vise à adresser la question de la centralité du travail avec les affects en psychothérapie, à l'exemple du traitement du trouble de la personnalité borderline. Pour ce faire, nous allons examiner plusieurs modèles thérapeutiques, tous soutenus par l'évidence empirique, en fonction du travail thérapeutique sur les affects qu'ils offrent. Nous proposons d'aborder les approches et leurs points de vue respectifs sur la régulation et l'approfondissement de l'affect selon leur nombre de phases et de leur degré de complexité :

Premièrement, nous allons présenter le modèle en deux phases principales (le modèle comportemental-dialectique), ensuite, nous traiterons le modèle en plusieurs phases principales (le modèle de la clarification) et, finalement, nous aborderons le modèle qui dépasse la notion de phase par des interventions thérapeutiques basées sur les micro-indices cliniques chez le patient (le modèle centrée sur les émotions). Ces trois modèles ont été choisis pour cette revue de la littérature par leur insistance respective sur les affects et émotions en psychothérapie, de manière différente chacun. Il ne s'agit toutefois pas des seuls modèles ayant un impact sur la variable de l'affect, par exemples les traitements psychodynamiques ont également un impact sur l'affect, surtout leurs formes brèves [27], ainsi que certaines formes de thérapie cognitive [2]. Nous avons toutefois décidé d'inclure uniquement les approches qui mettent à la fois (a) l'affect ou l'émotion au cœur de la théorie clinique et (b) ont montré un intérêt particulier pour le traitement du trouble de la personnalité borderline.

Traitement du trouble de la personnalité borderline en deux phases principales : le modèle comportemental-dialectique

Le travail thérapeutique avec les affects, selon le modèle de Linehan [24 ; 3] spécifiquement développé en adéquation avec les exigences psychopathologiques du trouble de la personnalité borderline, se centre avant tout sur la *régulation* de ces affects. Les déficits spécifiques dans la régulation des affects doivent être traités en amont de tout autre problème, dans une première phase de traitement, y compris les techniques comportementales de contrôle du stimulus et de la gestion de la crise [24]. Les objectifs de cette première phase de traitement sont résumés par Bohus ([3], p. 45) : absence de comportements suicidaires et auto-dommageables (y compris les menaces), capacité de modulation des émotions (détresse, colère, honte, culpabilité, haine et angoisse), endiguement des symptômes de dissociation et

résolution de problèmes en lien avec la survie (par exemple, absence d'environnement traumatisant, absence de consommation de drogues). Une technique particulièrement utile à ce stade est la pleine conscience (*Mindfulness*; [16 ; 24 ; 32]). Tout en adoptant la position bouddhiste de méditer sans objectif, elle peut permettre paradoxalement de se rapprocher de l'objectif d'une prise de distance saine par rapport aux sensations, affects et impulsions. La pratique régulière de ces techniques de méditation permet de concevoir les affects en tant qu'affects, de profondément les accepter pour ce qu'ils sont. La deuxième phase de traitement comprend le traitement des traumatismes sous-jacents [3 ; 24 ; 41]. Elle a comme objectif principal l'identification et la révision des schémas sous-jacents aux traumas [3]. Avant tout, les techniques utilisées dans ce modèle sont compatibles avec celles décrites pour les traitements des états du stress post-traumatique, en utilisant des techniques d'exposition et de l'inhibition des comportements d'évitement en lien avec les affects [9]. Dans ce sens, l'objectif de l'amélioration de la régulation émotionnelle – visant des compétences de régulation de l'affect - est aussi au cœur de la deuxième phase, mais avec d'autres méthodes que durant la première phase de traitement. Il faut noter que certaines personnes présentant avec un trouble de la personnalité borderline n'ont pas souffert d'un trauma qui justifierait la mise en place de techniques d'exposition pour le traitement des conséquences cognitives et affectives de ces événements.

En résumé, le modèle en deux phases décrit deux familles de techniques visant l'amélioration de la régulation émotionnelle au sens large du terme (*i.e.*, régulation émotionnelle au sens strict et révision des schémas associés aux traumas). Rien n'y est dit concernant la clarification, par exemple la proposition explicite de rester avec un affect éprouvé en séance, dans le but d'y extraire une nouvelle signification, ni sur l'approfondissement de l'affect.

Traitement du trouble de la personnalité borderline en plusieurs phases principales : le modèle de la clarification

Le modèle de la clarification [36 ; 38 ; 4 ; 22 ; 20] se centre sur l'approfondissement de l'affect au sens de Gendlin [11], principalement dans les phases avancées du traitement face à des patients avec trouble de la personnalité borderline. En se basant sur le modèle sur deux phases évoqué ci-dessus [3 ; 24] et en l'étendant, le modèle de la clarification propose une série de six phases de traitement d'un patient présentant un trouble de la personnalité borderline, dans cet ordre : (1) Traitement des problèmes au niveau relationnel de l'interaction avec le thérapeute (notamment par l'utilisation du thérapeute de la relation thérapeutique centrée sur les motifs, afin de créer un espace de collaboration constructif [7]) ; (2) Régulation émotionnelle au sens strict (correspondant à la première phase du modèle décrit ci-dessus) ; (3) Clarification de la demande (notamment en confrontant le patient aux conséquences négatives de son fonctionnement interpersonnel), par exemple, le patient borderline peut se poser la question : « Maintenant que je sais maîtriser la colère, j'aimerais mieux comprendre ma réaction de colère interne à chaque fois que ma mère m'appelle » ; (4) Clarification des schémas (ou des schèmes [15]) cognitifs et affectifs sous-jacents (notamment en utilisant des variantes et développements de la technique thérapeutique issue des approches humanistes du *focusing* [11 ; 36]) ; (4B) si la qualité du processus est insuffisante (par exemple chez un patient qui pratique beaucoup d'évitement expérientiel) : Traitement des problèmes au niveau processuel en séance ; (5) Modification des schèmes cognitifs et affectifs (notamment en utilisant le jeu de rôle avec une seule personne comme variante de la chaise vide en psychothérapie [37 ; 21]) ; (6) Entraînement des compétences interpersonnelles et transfert à la vie quotidienne (si nécessaire). Ce modèle général suit le principe de clarifier le problème (dans toutes ces implications affectives) avant de le résoudre [36], sauf en ce qui concerne justement la régulation de l'affect en phase (2) de ce modèle où le thérapeute propose

l'augmentation de la qualité de la régulation de l'affect comme expliqué. Cette phase (2) est seulement dépassée si les critères énumérés ci-dessus [3 ; 4] sont remplis. L'idée de base de ce modèle est que le processus de clarification est un processus exigeant d'un point de vue affectif et cognitif. De ce fait, il est assuré que les patients ont les ressources nécessaires pour y faire face et finalement pouvoir en bénéficier pleinement. Il faut noter que les phases ont une valeur de stade évolutif, mais que la psychothérapie est souvent un processus itératif, un va-et-vient entre différentes phases.

Traitement du trouble de la personnalité borderline selon l'approche basée sur les indices processuels: le modèle centré sur les émotions

Bien qu'avérés comme étant utiles, comme montré par les paragraphes précédents, les modèles par phases ne décrivent qu'un côté de la médaille. En se posant la question ce qui se passe en séance à chaque instant, du point de vue des processus d'approfondissement de l'affect chez le patient et du point de vue de la technique thérapeutique, le cadre de référence des phases généraux doit être complété et étendu par l'utilisation des micro-indices processuels (*process-markers* [15]). La notion de marker décrit une manifestation spécifique du patient en séance qui, dans ce modèle expérientiel, doit conduire le thérapeute à réaliser une intervention spécifique. Par exemple, le patient peut manifester une interruption momentanée de son expérience affective (*micro-indice*) et le thérapeute décide, en fonction de cet indice processuel, d'implémenter une technique spécifique, par exemple une forme de dialogue sur deux chaises pour comprendre et désamorcer le processus d'interruption de l'affect (*intervention*). Ces formes de dialogues sur deux chaises sont basées sur les techniques Gestalt, mais avec une rigueur inhérente au modèle théorique des thérapies expérientielles [21]. Un autre exemple est l'utilisation de la relation thérapeutique validante, *i.e.*, la chaleur, la congruence et l'authenticité, face au besoin du patient de vivre une émotion

spécifique (par exemple l'impuissance) pleinement en séance. Même si le modèle de Greenberg propose aussi des phases de traitement, qui deviennent particulièrement importantes en cas de traitements expérientiels des conséquences du trauma complexe [29], la contribution de ce modèle à l'approfondissement de l'affect chez le trouble de la personnalité borderline se situe plus clairement au niveau micro-processuel. L'expression en séance d'un ensemble d'émotions, par exemple l'impuissance, demande pour une intervention spécifique, par exemple dans le cas de l'impuissance une technique d'exploration, visant à accéder pleinement à l'expérience de l'impuissance et de ses implications corporelles et affectives. Warwar et al. [42] et Pos et Greenberg [33] soulignent la pertinence de cette conception basée sur les micro-manifestations du patient en séance dans le traitement des patients avec trouble de la personnalité borderline. Une implication de la notion de marker est que le travail expérientiel débute avec la première séance ; il n'est pas nécessaire que le patient travaille sur la compétence de régulation de l'affect, avant d'adresser d'autres questions (comme c'est le cas chez Breil et Sachse [4]). En quelque sorte, la régulation affective est obtenue par d'autres chemins que dans les modèles précédents, des chemins passant avant tout par la validation émotionnelle et relationnelle dans l'Ici et Maintenant.

Discussion

En discussion, nous nous attarderons sur six critères qui illustrent les chevauchements et divergences entre les trois modèles. Nous les discuterons les uns après les autres, toujours en gardant à l'idée que même s'il y a des divergences au niveau théorique et des procédures thérapeutiques, probablement les processus d'action sous-jacents sont peu nombreux et convergent souvent vers l'un ou l'autre mécanisme d'action décrit en introduction, soit l'augmentation des compétences de la gestion du problème, soit la clarification. Pour chaque point, nous proposerons une piste de recherche prometteuse. Le tableau 1 donne un survol

synoptique sur les contenus de cette discussion. Nous souhaitons aussi noter que malgré l'ensemble des principes énumérés, le traitement du trouble de la personnalité borderline peut rester une aventure difficile pour le thérapeute et une certaine attitude de modestie s'impose dans ce contexte.

Degré d'importance de la relation thérapeutique

La relation thérapeutique est citée comme étant particulièrement important au début du traitement avec les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline [10; 23]. Si la qualité de la collaboration et de l'alliance thérapeutique a été postulée comme étant un facteur modérateur important dans les traitements par phases multiples et par marker, il n'en va pas de même avec le modèle par deux phases. En effet, Neacsiu et al. [28] ont montré que le médiateur principal de ces traitements comportementaux-dialectiques est l'augmentation de la qualité des compétences de régulation des émotions. La relation thérapeutique en soi est peu conceptualisée dans cette approche – même s'il y a mention à plusieurs reprises dans les écrits de Linehan -, alors qu'elle doit être particulièrement importante en ce début de traitement focalisé sur la régulation des affects. Nous pouvons admettre que la directivité thérapeutique et la haute structure de ces traitements focalisés sur la régulation de l'affect rassurent le patient et permettent en parallèle d'augmenter la confiance en le thérapeute, sans que la dimension collaborative ne soit spécifiquement adressée. Une piste de recherche serait d'interroger la nature de la relation thérapeutique spécifique aux traitements comportemental-dialectique, par exemple en utilisant des concepts d'offre thérapeutique individualisée et adaptée aux besoins spécifiques du patient [18].

Rôle et statut du thérapeute

Le thérapeute a un rôle quelque peu différent dans les trois formes de traitement. Dans le traitement comportemental-dialectique, le thérapeute est l'expert du trouble et des objectifs du traitement, il oriente le patient sur les contenus de la dysrégulation affective en analysant avec lui minutieusement chaque situation. Le modèle de la clarification répartit l'expertise : Le thérapeute est expert de la pathologie et du processus, mais le patient est l'expert du contenu. Le thérapeute ne va donc pas sélectionner un thème spécifique à la place du patient, ni formuler une demande ou un objectif à sa place. Finalement, dans le modèle centrée sur les émotions, le thérapeute est plutôt un accompagnant, ayant une certaine compétence dans le processus des émotions. Il peut ainsi expliquer les processus émotionnels en cours, mais ne va pas orienter le processus thérapeutique sur un thème particulier, comme dans le modèle précédent. Il serait intéressant, à l'aide d'une démarche qualitative, d'interroger des patients ayant parcourue une psychothérapie de l'un ou l'autre type et de laisser décrire le rôle du thérapeute.

Directivité du thérapeute

En lien avec le point abordé ci-dessus, il faut différencier entre deux formes de directivité : (1) la directivité de contenu où le thérapeute choisit un thème et l'aborde avec le patient, en formulant un agenda de séance par exemple, (2) la directivité de processus où le thérapeute oriente à chaque instant le discours du patient vers les thèmes affectivement chargé (subjectivement perçu par le patient en tant que tels), mais ne donne pas de directives concernant le contenu. La deuxième forme de directivité est spécifiquement associée aux thérapies expérientielles au sens large du terme [15 ; 36], alors que la directivité de contenu est spécifiquement associé aux traitements comportementaux-cognitifs [24]. L'application des échelles mesurant la directivité de processus (par exemple décrit par Sachse et Takens, [39]) à des traitements divers serait une piste de recherche intéressante.

Perspective adoptée par le patient face à ses affects

On peut différencier deux perspectives fondamentales que la personne peut adopter par rapport à ses affects : les perspectives internalisée et externalisée [36]. Une personne qui adopte une perspective internalisée de façon stable s'intéresse à son propre vécu affectif et l'interroge ; il s'agit ici d'une attitude proche de la pleine conscience citée ci-dessus (impliquant une distance saine par rapport à ses propres affects), augmenté de la capacité (et la volonté) chez l'individu de représenter ces affects et sensations et de les verbaliser dans le cadre de la relation thérapeutique ; la personne parle donc « à partir » d'un affect ou d'une émotion. Une personne adoptant une perspective externalisée parle d'événements externes, qui peuvent être des émotions, comme étant reliés aux circonstances. Il semble que la thérapie comportementale-dialectique favorise avant tout la perspective externalisée (à travers beaucoup d'exercices où les circonstances situationnelles d'une émotion sont décrites), couplée avec un entraînement spécifique à la pleine conscience (d'acceptation des émotions pleinement dans l'Ici et Maintenant), tandis que les approches de la clarification et centrée sur les émotions permettent explicitement le développement de la perspective internalisée qui mènera à une nouvelle construction de sens. Comme piste de recherche, on peut citer l'application des échelles d'observation par juge externe mesurant l'internalisation de la perspective [34 ; 35 ; 39] à des formes de traitement différents.

Type de régulation de l'affect

En ce qui concerne le type de régulation de l'affect, on peut différencier entre une régulation explicite par la pratique consciente d'exercices d'entraînement et une régulation implicite par l'expérience, en la personne du thérapeute, d'une attitude relationnelle intense et une forte présence, à chaque instant, afin de réguler les affects (du patient) sur le moment. Il

apparaît que les deux modèles par phases (deux ou six phases) se basent avant tout sur la régulation explicite de l'affect, avec des critères spécifiques qui permettent de dépasser ce stade [3], alors que le modèle basé sur les markers favorise une attitude relationnelle du thérapeute marquée par une forte présence et guidance dans l'Ici et Maintenant. Cette dernière peut impliquer, par exemple, que le thérapeute est à l'écoute du besoin du patient de pouvoir respirer librement, mais qui n'arrive pas à le faire à un moment donné : là, le thérapeute invite la personne à respirer profondément, ce que le thérapeute fait aussi avec elle. Il s'agit ici d'une régulation implicite de l'affect : elle est implicite car cette action n'est pas explicitement nommée comme un exercice avec un but précis. La focalisation du thérapeute et de ses techniques face à la qualité de la régulation des émotions peut être une piste de recherche intéressante. Il serait intéressant de déterminer si le thérapeute, en fonction de l'approche, utilise plus des techniques explicites ou implicites d'aide à la régulation des émotions.

Transformation émotionnelle

Enfin, nous pouvons nous poser la question de la transformation émotionnelle qui a lieu dans ces traitements. Il s'agit ici d'une notion qui implique un changement des émotions en profondeur, séquence par séquence. L'idée est ici que l'émotion subséquente est déjà partiellement comprise dans l'état émotionnel actuel, sur le moment. Seules les approches expérientielles au sens large (par phases multiples et par indices processuels) peuvent conceptuellement prétendre à une telle transformation émotionnelle. Plusieurs recherches l'ont montré pour l'approche centrée sur les émotions [30 ; 31], notamment que le changement se réalise selon des patterns non-linéaires, mais structurés. En revanche, on pourrait reformuler les objectifs des traitements comportementaux-dialectiques comme visant à réguler ou inhiber l'intensité de l'affectivité chez le patient, mais aucune transformation

d'une émotion à l'autre au sens strict n'est visée. L'étude de la transformation émotionnelle à travers la thérapie comportementale-dialectique du trouble de la personnalité borderline serait une piste de recherche intéressante.

Conclusions

En conclusion, les élaborations proposées renvoient à l'intégration en psychothérapie, aventure tant aimée, tant rejetée par un bon nombre de scientifiques dans le domaine de la psychologie clinique et la psychothérapie. Au lieu d'assimiler des concepts peu compatibles et de déboucher sur un « assemblage » peu convainquant, nous avons proposé ici un point de vue spécifique sur les affects et les émotions dans les traitements du trouble de la personnalité borderline. Dans ce domaine bien spécifique, il apparaît que la comparaison inter-axe, l'assimilation et l'intégration partielle, surtout en tenant compte des recherches actuelles, semblent fructueuses entre les approches comportementales et humanistes. Pour le clinicien, nous pouvons émettre l'hypothèse que plusieurs chemins, mais en nombre limité en ce qui concerne les principes de changement sous-jacents, permettent d'approcher les affects dans le trouble de la personnalité borderline. Dès lors, une psychothérapie qui tient compte des aspects affectifs de ces patients semble être utile. Toutefois, des divergences existent entre auteurs comment ces affects doivent être approchés, avec la tendance qui est reflétée par le titre de cette contribution d'une séquentialité passant de la régulation à l'approfondissement de l'affect. Malgré une rigueur dans notre démarche, nous ne pouvons pas écarter une possibilité de biais introduite dans la présentation de ces modèles thérapeutiques. En fin de compte, le choix éclairé du modèle reviendra au psychothérapeute formé s'intéressant à travailler avec cette population, en fonction de ses propres goûts, envies et sa propre histoire de vie et sa personne dans son ensemble.

Références

- [1] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, D. C.: Author.
- [2] Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Basel: Beltz.
- [3] Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen : Hogrefe.
- [4] Breil, J., & Sachse, R. (2011). Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. Herpertz, & U. Sachsse (Eds.). *Handbuch der Borderline-Störungen (2. Auflage)* (pp. 652-666). Stuttgart: Schattauer.
- [5] Cailhol, L., Bouchard, S., Belkai, A., Benkirane, G., Corduan, G., Dupouy, S., Villeneuve, E., & Guelfi, J.-D. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de la personnalité limite. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 435-439.
- [6] Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 100-103.
- [7] Caspar, F. (2007). Plan Analysis. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulations. Second Edition* (pp. 251-289). New York: Guilford Press.
- [8] Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- [9] Foa, E. B., & Kosak, (1987). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- [10] Gaebel, W., & Falkai, P. (2009). *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Steinkopf Verlag.

- [11] Gendlin, E. T. (2010). *Focusing. Au centre de soi*. Paris: Pocket.
- [12] Goldfield, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- [13] Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1-20.
- [14] Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- [15] Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change. The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.
- [16] Kabat-Zinn, J. (2009). *L'éveil des sens*. Paris : Les Arènes.
- [17] Karaklic, D., & Bungener, C., (2010). Evolution du trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 36(5), 373-379.
- [18] Keller, S., Page, D., de Roten, Y., Despland, J.-N., Caspar, F., & Kramer, U. (2012). *Motive-oriented therapeutic relationship in dialectical behavior group therapy for patients with borderline personality disorder : A qualitative study*. Presentation at the Annual Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Virginia Beach, VA.
- [19] Kramer, U. (2011). De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie. *Pratiques Psychologiques*, 17, 93-102.
- [20] Kramer, U., Kolly, S., & Despland, J.-N. (2010). Le concept de test relationnel en psychothérapie: origines, développements et applications aux troubles de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 702-706.
- [21] Kramer, U., & Pascual-Leone, A. (2013). La chaise vide en psychothérapie : origines et développements. *Pratiques Psychologiques*, 19, 41-53. DOI : 10.106/j.prps.2012.12.002.

- [22] Kramer, U., Püschel, O., Breil, J., & Sachse, R. (2009). Intégrer clinique et recherche: le modèle de la clarification selon R. Sachse. *Psychothérapies*, 29(2), 67-74.
- [23] Kramer, U., & Sachse, R. (2013). Early clarification processes of clients presenting with borderline personality disorder : Relations with symptom level and change. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12(2), 157-175.
Dx.doi.org/10.1080/14779757.2013.804647.
- [24] Linehan, M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Genève : Editions Médecine et Hygiène.
- [25] Lorillard, S., Schmitt, L., & Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez les patients borderline. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 229-236.
- [26] Magnavita, J. J. (2006). The centrality of emotion in unifying and accelerating psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(5), 585-596.
- [27] McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- [28] Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- [29] Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma. An integrative approach*. Washington, D. C.: APA.
- [30] Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy : Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113-126.

- [31] Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why „the only way out is through“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 875-887.
- [32] Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie*. Bruxelles : Mardaga.
- [33] Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(1), 84-107.
- [34] Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R., & Korman, L. (2003). Emotional processing during experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007-1016.
- [35] Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1055-1066.
- [36] Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- [37] Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., & Breil, J. (2008). Klärungorientierte Schemabearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- [38] Sachse, R., Sachse, M., & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- [39] Sachse, R., & Takens, R. J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie [Processus de clarification en psychothérapie]*. Göttingen: Hogrefe.
- [40] Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 646-652.

- [41] Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder related to Childhood Sexual Abuse : A Pilot study of an Intensive Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102-106.
- [42] Warwar, S. H., Links, P. S., Greenberg, L. S., & Bergmans, Y. (2008). Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(2), 94-104.
- [43] Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy : Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.

Tableau 1 : Synthèse du rôle des affects dans trois traitements du trouble de la personnalité
borderline

Critère	Deux phases	Phases multiples	Marker
Importance relation thérapeutique	Moyen	Elevé	Elevé
Rôle/statut thérapeute	Expert	Expert processus	Accompagnant
Directivité du thérapeute	Contenu	Processus	Processus
Perspective face aux affects	Externe	Interne	Interne
Type de régulation de l'affect	Explicite	Explicite	Implicite
Transformation émotionnelle	Absente	Présente	Présente

Note. Explications dans le texte.