

Serveur Académique Lausannois SERVAL [serval.unil.ch](http://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:** Innovations dans les traitements des troubles de la personnalité : une lecture intégrative

**Authors:** Kramer U

**Journal:** Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive

**Issue:** 25

**Volume:** 3

**Pages:** 125-131

**DOI:** [10.1016/j.jtcc.2015.05.002](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.05.002)

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: Innovations dans les Troubles de la Personnalité

Innovations dans les traitements des troubles de la personnalité : une lecture intégrative

Innovations in the treatment of personality disorders: an integrative reading

Ueli Kramer

Université de Lausanne, Suisse

Université de Windsor, Canada

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à PD Dr Ueli Kramer, Institut Universitaire de Psychothérapie et Service de Psychiatrie Générale-DP-CHUV, Av. d'Echallens, 9, CH-1004 Lausanne, Suisse ; tél. ++41-21-314 46 86 ; fax ++41-21-314 27 84 ; courriel : [Ueli.Kramer@chuv.ch](mailto:Ueli.Kramer@chuv.ch)

Running Head: Innovations dans les Troubles de la Personnalité

Innovations dans les traitements des troubles de la personnalité : une lecture intégrative

Innovations in the treatment of personality disorders: an integrative reading

Résumé

L'interaction thérapeutique avec les patients présentant un trouble de la personnalité a été décrite comme difficile et volatile. Récemment, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) s'approchent de ces difficultés par des traitements manualisés et des modélisations complexes, ce qui tend à laisser dans l'ombre l'acteur principal du changement en psychothérapie : le patient. La présente lecture intégrative discute plusieurs mécanismes de changement actifs chez les patients avec trouble de la personnalité. Premièrement, il est décrit que les problèmes d'interaction, résumés sous le terme des jeux interactionnels, posent des défis spécifiques. Le thérapeute est ainsi amené à favoriser une interaction thérapeutique authentique, en utilisant notamment une forme individualisée d'intervention, la relation thérapeutique centrée sur les motifs. Deuxièmement, il est décrit que les problèmes de conscience et de différenciation émotionnelles entravent la qualité du traitement des troubles de la personnalité. Le thérapeute est ainsi conseillé d'utiliser des techniques empruntées aux thérapies néo-humanistes, notamment la directivité de processus, afin d'approfondir l'affect émergent en séance. Troisièmement, il a été décrit qu'une identité sociale affirmée fait souvent défaut chez les patients avec trouble de la personnalité. Les thérapeutes avisés peuvent favoriser ce processus avec des interventions ciblées. En conclusion, une focalisation sur les comportements observables du patient – les processus réels en séance –, est productive, et elle permet au thérapeute d'affiner, de préciser et d'approfondir son intervention, au plus près du patient.

Mots-clés : Troubles de la personnalité ; psychothérapie cognitivo-comportementale ; innovation ; intégration ; interpersonnel ; émotion ; identité

Abstract

Therapeutic interaction with patients presenting a personality disorder is described as difficult and volatile. In recent years, Cognitive-Behavioral Therapies (CBT) have approached these difficulties by formalizing treatment manuals and by proposing complex cognitive maps and models. While this endeavor is important and accurate for a number of treatments, these models tend to ignore the central actor of change in psychotherapy: the individual patient. In this present paper a number of mechanisms of change which are central to treatments of patients with personality disorders are discussed. A radically scientifically inductive stance has been adopted: the observed interactional behavior of the patient is taken as the starting point in understanding the actual processes of change. This contrasts with complex models trying to explain the clinical phenomena and fundamentally failing to do so on an idiosyncratic level. In addition, it is demonstrated how the paradox of equivalence extends to *bona fide* psychological treatments for personality disorders, by discussing problems inherent in studies aimed at demonstrating the superiority of a specific therapy model. This argument further supports emerging scientific interest in mechanisms of change in treatments of personality disorders.

Three patient-related processes are considered. Firstly, patients with personality disorders present interactional problems, sometimes summarized as interactional maneuvers (or games), which create specific therapeutic challenges. For example, these patients may tend to criticize the therapist, cross borders and use suicide threats in order to obtain interpersonal recognition. To be able to productively use the relationship aspects inherent in these interactional behaviors, the therapist needs a fine-tuned perception of which elements are part of an authentic interaction and which ones are not. This differentiated understanding helps the therapist develop interactions which foster authentic exchanges, for example by using the motive-oriented therapeutic relationship, based on individualized case formulations. The literature also explains that problems related to the patient's awareness and differentiation of

emotions may impede the quality of the treatment in the area of personality disorders. If this is the case, a detailed process assessment of these emotional problems should be made. As a result, the therapist may implement techniques based on emotion-focused principles, for example by using process-directivity. Process-directivity helps the patient to work on affectively charged contents in the here and now of the therapeutic interaction; it does not imply that the therapist makes suggestions related to the content of the processing, but rather helps optimize the course, quality and depth of emotional processing. In addition, techniques of affect and techniques to deepen understanding may be used when appropriate. Finally, patients with personality disorders suffer from difficulties in affirming strong social identities. Again, the first step is the accurate assessment of these problems by the therapist. Then, the therapist may foster this process by using appropriate interventions aimed at developing aspects of social identity, for example fostering assertive anger in the patient might be a useful process leading to stronger identities in social contexts.

In conclusion, focusing on the actual observable patient behaviors – the real processes going on in the therapy hour – is productive. It may allow the therapist to refine, precise and deepen their case formulation and intervention which in turn is then more closely related to the patient's processes.

Key-Words: Personality disorders; Cognitive-behavioral therapy; Innovation; Integration; Interpersonal; Emotion; Identity

INNOVATIONS DANS LES TRAITEMENTS DES TROUBLES DE LA  
PERSONNALITE : UNE LECTURE INTEGRATIVE

*On ne baigne jamais deux fois dans le même fleuve.*

Héraclite d'Ephèse (533-475)

### **Introduction**

L'innovation en psychothérapie est un phénomène difficile à saisir, étant donné sa nature éphémère et volatile. Ceci est peut-être particulièrement vrai pour la psychothérapie des troubles de la personnalité.

Depuis que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), comme certaines autres approches aussi, ont proposé des manuels systématiques pour le traitement des troubles dépressifs, anxieux et de dépendance [1,2], la recherche s'est beaucoup attardée à ce qui semble central dans les TCC : l'implémentation correcte d'une technique sur une toile de fond d'une collaboration constructive et paritaire entre le patient et le thérapeute. Le travail clinique quotidien et certaines recherches récentes portant sur les traitements des troubles de la personnalité suggèrent que les éléments-clés du changement se situent ailleurs : dans des processus inhérents au patient.

Par exemple, l'étude de Arntz et al. [3] a démontré que deux formes de psychothérapie distinctes pour les troubles de la personnalité – même si elles semblent différer sur certains indices de résultats [4] – suscitent chez le patient des processus cognitifs comparables. Ces derniers comprennent, à un niveau d'analyses linguistiques détaillées, davantage d'utilisation de mots se référant à des émotions « positives » et moins d'utilisation de mots faisant référence à des émotions « négatives », avec moins de négations à la fin de la psychothérapie, en comparaison avec le début du traitement. Ces indices sont reliés aux changements symptomatiques. Cette étude n'a malheureusement pas analysé les interactions en séance entre le patient et le thérapeute associées à ces changements processuels.

Le présent article propose une lecture intégrative, avec un focus particulier sur les thérapies cognitivo-comportementales, du retour du *patient* dans la compréhension des troubles de la personnalité et des mécanismes de changement impliqués dans leur traitement. Historiquement, et avant la manualisation des techniques, les TCC ont traditionnellement adopté un focus radicalement centré sur le patient en traitement, avec l'encouragement des études de cas rigoureuses observant le changement à travers le traitement. Loin des modélisations complexes – qui sont souvent peu pertinentes pour les contenus spécifiques d'un patient individuel –, les comportementalistes de première heure ont recouru à l'*observation des comportements in vivo* comme méthode primaire de la recherche scientifique (cf.[5]). Nous argumentons que l'innovation dans la recherche, et la clinique, face aux patients avec trouble de la personnalité réside en le retour vers l'observation détaillée et rigoureuse, tout à fait dans la lignée de Greenberg ([6], p. 1467, italique dans l'original) : « Nous devons *observer* le processus de changement, afin de nous donner l'*explication* qui implique une nouvelle compréhension de ce qui se passe réellement, au lieu de nous baser sur les explications théoriques automatiques de nos théories favorites que nous chérissons parfois trop ».

Aujourd'hui, les mécanismes de maintien et de changement des troubles de la personnalité restent mal compris et il semble central d'*observer le comportement verbal et non-verbal* de ces patients en séance afin de tirer des conclusions sur ces processus centraux. Certaines formulations loin de l'interaction thérapeutique réelle se basent trop souvent sur des questionnaires auto-rapportés présentant des biais majeurs connus (par exemple l'auto- et hétéro-duperie et la désirabilité sociale) ; cette méthodologie reste à la surface des processus réels et court le risque d'être imprécise. Finalement, il est connu aujourd'hui que les troubles de la personnalité devraient représenter, en cas de co-morbidité avec un autre trouble mental, un focus de traitement primaire, d'un point de vue psychiatrique et psychothérapeutique [7],

prenant priorité, à quelques exceptions près, sur le traitement des autres diagnostics psychiatriques. Si ce principe est ignoré, il n'est pas rare que le traitement du trouble comorbid échoue ou ne permet pas une guérison complète. Cette approche focalisée sur les processus de changement chez le patient est cohérente avec ce que Bohus, Falkai et Herpertz [8] ont appelé la psychothérapie *modulaire* : à chaque objectif thérapeutique correspond un processus chez le patient et un ensemble de techniques thérapeutiques qui sont combinables, afin d'optimiser le traitement.

### **Les traitements psychologiques des troubles de la personnalité**

Malgré l'importance des processus notée dans la littérature, certains chercheurs continuent à s'intéresser à l'efficacité des traitements spécifiques pour troubles de la personnalité. Une récente étude méta-analytique suggère que les traitements psychologiques *bona fide* pour les troubles de la personnalité sont tous équivalents [9]. Malgré ce constat, il peut y avoir des études isolées dont les résultats permettraient de conclure à la supériorité d'une forme de traitement sur une autre. Deux exemples notables, dans le domaine TCC, sont l'étude de Giesen-Bloo et al. [10] où la thérapie des schémas [11] s'est montrée supérieure au niveau des résultats thérapeutiques à la psychothérapie focalisée sur le transfert pour le trouble de la personnalité borderline, et celle de Bamelis et al. [4] qui ont montré que la thérapie des schémas est supérieure à la psychothérapie centrée sur la clarification pour les troubles de la personnalité des clusters B (mais non-borderline) et C. L'investigation détaillée de ces deux études (par exemple par Budge et al. [9] pour l'une d'elles) montre qu'elles souffrent toutes les deux des mêmes problèmes : a) une allégeance du groupe de recherche pour une approche (ici, la thérapie des schémas), impliquant des préférences résultant en une série de biais et décisions méthodologiques hautement discutables [12] et b) une intégrité du traitement du bras alternatif (groupe de comparaison) qui est questionnable [9]. Une discussion similaire doit avoir lieu quant au grand nombre de recherches portant sur les



résultats thérapeutiques de la thérapie comportementale-dialectique (TCD), parfois discutée comme le traitement de choix dans le traitement du trouble de la personnalité borderline. À ce titre, McMMain et al. [13] ont démontré une équivalence sur tous les indices de résultats thérapeutiques entre la thérapie comportementale-dialectique (TCD [14]) et un traitement psychiatrique générique après une année de traitement du trouble de la personnalité borderline, équivalence maintenue après deux ans de follow-up [15]. Il s'agit ici de l'étude ayant inclus le plus grand nombre de patients avec un trouble de la personnalité ( $N = 180$ ); cette étude est souvent citée comme présentant des qualités méthodologiques hors pair. Il est donc prudent de conclure que tous les traitements actifs pour les troubles de la personnalité sont équivalents au niveau de leurs effets. Même si ce point sur l'équivalence des traitements est important de rappeler, il n'est sans doute pas innovant [16].

Cette équivalence des traitements est l'argument central pour ouvrir la question de la compréhension des mécanismes de changement en jeu [17,18]. Un mécanisme de changement peut être défini comme un processus qui change à travers la thérapie, ayant lieu dans le *patient*. Ce processus décrit ainsi la qualité réelle et observée du traitement, du point de vue du patient, et devrait médiatiser (expliquer en partie) les changements symptomatiques. Un tel mécanisme ne se confond donc pas aux techniques thérapeutiques, ni aux variables de résultats thérapeutiques, mais représente une variable psychologique assumée comme étant au cœur du changement. Une réflexion systématique au sujet des mécanismes de changement devrait permettre au thérapeute de les identifier chez son patient, ce qui lui permettrait de les favoriser de manière individualisée et particulièrement productive.

### **Mécanismes de changement dans les troubles de la personnalité**

Tout d'abord, nous décrirons deux mécanismes de changement bien connus ; leur validation empirique sera démontrée. Il s'agit de la régulation émotionnelle et de l'alliance thérapeutique, deux concepts relativement globaux. Ensuite, trois autres mécanismes, plus

innovants, mais pas moins centraux pour les troubles de la personnalité, sont discutés :

l'authenticité de l'interaction, la transformation émotionnelle et l'intégration identitaire.

Notons que nous ne souhaitons pas faire une revue complète de la littérature, mais présenter les développements innovants dans ce champ émergent.

Un premier mécanisme est la régulation émotionnelle. Pour le traitement du trouble de la personnalité borderline, il a été postulé [19,20] et démontré que les patients qui acquièrent, à travers le traitement, de meilleures capacités de régulation des émotions sont aussi ceux qui répondent mieux au traitement à la fin du traitement [21]. Ceci comprend des meilleures capacités de résolution de problèmes cognitifs et une meilleure balance affective à la fin du traitement, en comparaison avec le début. Perroud et al. [22] ont montré que l'acceptation, une facette de la pleine conscience, augmente à travers le traitement TCD pour le trouble de la personnalité borderline. Ce changement est associé au changement symptomatique. Neacsiu et al. [23] ont montré que l'utilisation accrue des compétences de régulation des émotions dans la vie quotidienne fonctionne comme médiateur du changement symptomatique avec la TCD. Ceci est vrai pour la diminution de la dépression, des passages à l'acte suicidaire et l'anxiété, mais pas pour certains indices de la colère. Des corrélats neurobiologiques du changement de la régulation émotionnelle à travers la TCD ont été identifiés par plusieurs études [24,25]. L'étude de Schmitt et al. [25] a démontré une meilleure connectivité neuronale entre certains circuits amygdaliens et les aires ventro-latéro-pré-frontales après le traitement TCD. Compte tenu de l'importance de ces résultats, il reste à savoir si ces conclusions sont similaires dans d'autres formes de traitements et pour d'autres catégories des troubles de la personnalité.

Une revue systématique récente au sujet des mécanismes de changement dans les traitements des troubles de la personnalité a mis en évidence le rôle central de l'alliance thérapeutique [26]. La construction de l'alliance thérapeutique, et son maintien à travers le

traitement a été démontrée comme étant reliée au changement symptomatique à travers une série d'études. Particulièrement, en cas de rupture de cette alliance thérapeutique, leur résolution semble thérapeutique face à des patients avec trouble de la personnalité [27].

Au-delà de ces concepts relativement globaux de la régulation émotionnelle et de l'alliance thérapeutique, d'autres mécanismes de changement ont été décrits et étudiés. Afin d'ancrer notre réflexion dans les processus du patient, il est utile de d'abord s'attarder sur trois domaines particulièrement problématiques chez les patients avec trouble de la personnalité, et ensuite de s'interroger comment des processus productifs peuvent être favorisés en psychothérapie.

Le premier domaine systématiquement atteint chez les patients avec trouble de la personnalité, c'est le domaine des *relations interpersonnelles*. Il est décrit que l'authenticité des interactions est atteinte chez ces patients. Par exemple, pour les patients avec trouble de la personnalité borderline, il a été montré, en utilisant des tâches expérimentales, que l'empathie cognitive et émotionnelle est défaillante [28]. Ces processus internes responsables de ces problèmes d'interaction sociale peuvent être résumés avec le terme de la cognition sociale dans les troubles de la personnalité [29,30]. Au niveau de la manifestation clinique, ces patients viennent en traitement en décrivant que la relation de couple est au bord de l'éclat, que les collègues sont épuisés par le patient et le font remarquer à ce dernier, et le patient fait face à ces problèmes par le retrait affectif ou comportemental. De manière analogue, le patient a une présentation de soi souvent typée et présente des exigences interpersonnelles particulières à son partenaire d'interaction. Ces problèmes d'interaction se retrouvent également avec le psychothérapeute, quand le patient exprime, de manière indirecte ou directe, des critiques à l'égard de l'efficacité de l'intervention du thérapeute ou à l'égard de la personne du thérapeute. Il peut y s'agir de tests relationnels d'intensité variable que le clinicien doit savoir identifier [31]. Ces présentations de soi peuvent avoir comme buts – non-

conscients – d’obtenir une attention de l’autre, une considération particulière de sa personne, d’obtenir le respect rigide de certaines règles interpersonnelles (par exemple, en aucun cas venir en retard, en aucun cas parler de la sexualité) ou de diriger et contrôler la relation avec le thérapeute (par exemple, parler sans cesse, ou au contraire se taire durant toute une séance, imposer une explication seule de l’origine de son trouble, par exemple en lien avec un événement traumatique). Sachse et al. [32] décrivent ces phénomènes comme faisant partie d’un jeu interactionnel non-authentique. Un jeu interactionnel a la caractéristique de tenter de satisfaire les motifs de base inassouvis de l’individu, à répétition et inlassablement, mais sans réussir à les satisfaire complètement. Paradoxalement, même s’il était possible pour une personne d’obtenir de l’attention illimitée par son interlocuteur, ceci ne permettrait pas à cette personne de se sentir profondément importante pour cet interlocuteur [32]. À long terme, un tel jeu interactionnel non-authentique tend ainsi à maintenir, voire augmenter, la souffrance interne de la personne s’engageant dans ce jeu. Savoir identifier et répondre de manière constructive à un jeu interactionnel semble ainsi être la première compétence innovante d’un clinicien travaillant avec les troubles de la personnalité. La question est donc de savoir comment favoriser un style d’interaction authentique chez le client.

Le deuxième domaine atteint chez les patients avec troubles de la personnalité est *la conscience et la différenciation émotionnelle*. Il est difficile, et parfois impossible en début de traitement, pour un patient avec un trouble de la personnalité de décrire sa vie interne, d’adopter une attitude d’intérêt authentique pour sa vie interne. Il a été montré que les capacités d’identifier ses propres émotions sont atteintes chez les patients avec trouble de la personnalité [33,34]. Si le terme d’alexithymie semble décrire ce phénomène dans sa globalité – comme absence de capacité de mettre des mots sur les émotions –, il ne réussit pas à capter les nuances de cette attitude de désintérêt et d’incompétence, ainsi que l’indifférenciation émotionnelle dont font preuve les patients avec troubles de la personnalité. Parfois, l’émotion,

la source principale d'information adaptative pour l'être humain, est subjectivement réduite à une « tension corporelle », sans signification spécifique. Parfois la référence à des émotions se fait en utilisant des étiquettes de significations creuses (« je suis mélancolique », « j'ai un schéma de vulnérabilité », « je suis un impulsif »). Savoir identifier ces généralisations superficielles et le manque de différenciation émotionnelle et savoir favoriser une conscience proactive et profondément accordée avec la vie émotionnelle primaire (c.-à-d. centrale) est une deuxième compétence innovante et utile pour le traitement des troubles de la personnalité. La question est donc de savoir comment le thérapeute peut favoriser l'accès direct aux émotions primaires et leur transformation.

Finalement, il a été noté que *les problèmes identitaires* sont centraux dans les troubles de la personnalité [35,36]. Si l'identité diffuse fait partie des critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline, d'autres troubles peuvent également manifester ce type de difficultés. Le patient en traitement décrit un vide interne depuis de nombreuses années, une absence de direction dans sa vie et un faible sens de soi. Une identité sociale affirmée, nuancée et intégrée, basée sur les besoins existentiels du patient, fait défaut. Savoir accompagner la construction identitaire des patients avec trouble de la personnalité est la troisième compétence innovante. La question est donc de savoir comment le thérapeute peut favoriser une identité sociale intégrée.

### **Favoriser une interaction authentique**

Compte tenu des difficultés chez les patients avec trouble de la personnalité à accéder à un style d'interaction authentique, surtout en début de traitement, le concept de relation thérapeutique centrée sur les motifs a été proposé comme particulièrement utile dans les troubles de la personnalité [37]. La relation thérapeutique centrée sur les motifs se base sur le principe de la complémentarité défini par Grawe et Caspar [38]: le thérapeute réalise une formulation idiosyncratique des problèmes et interactions du patient – en utilisant l'Analyse

des Plans – et implémente une offre relationnelle différenciée qui se focalise sur les motifs acceptables, sans renforcer les Plans et comportements interférant avec la collaboration. Cette centration individualisée sur les motifs est ce que proposent Sachse et al. [32] et Caspar et Berger [39] dans deux formes de traitements intégratifs pour les troubles de la personnalité. La relation thérapeutique centrée sur les motifs, si elle est ajoutée à un traitement psychiatrique court pour le trouble de la personnalité borderline, a montré des effets additionnels au niveau du changement symptomatique, de l'alliance thérapeutique [40] et des processus d'estime de soi chez le patient [41]. Par ailleurs, il a été montré que la densité de traitement est inférieure si la relation thérapeutique centrée sur les motifs est ajoutée, ce qui est un argument en faveur de son économicité dans un contexte de soin. Focaliser sur les motifs semble favoriser des interactions intenses et authentiques autour de l'engagement au traitement et produit rapidement des effets positifs.

### **Favoriser la conscience, différenciation et transformation émotionnelle**

Compte tenu de l'observation que l'accès aux émotions, ainsi que leur conscience et transformation, est difficile dans les troubles de la personnalité, il est nécessaire de s'interroger sur comment promouvoir un approfondissement des émotions ou des affects [42,43]. Les approches humanistes en psychothérapie, de manière tout à fait compatible avec les TCC, nous apprennent que la directivité de contenu, comme proposée dans les thérapies basées sur les modèles cognitifs [11,2] ne permet pas suffisamment d'accéder à des significations centrales et émergentes des affects éprouvés en séance. Comme noté par Greenberg et al. [44,32], la directivité de processus tient fondamentalement compte du processus du patient dans l'ici et maintenant et permet une orientation immédiate sur les contenus émotionnels centraux, en suivant les traces affectivement chargées. Une étude récente a examiné le rôle facilitateur de la qualité d'interaction thérapeutique pour l'accès aux émotions primaires, dans les psychothérapies centrées sur la clarification (COP)

des troubles de la personnalité [45]. Les résultats montrent que la directivité de processus implantée par le thérapeute en début de séance 25 de la COP prédit l'émergence, dès la minute 20 de la même séance, de la honte primaire, de la peur primaire ou d'une évaluation négative du Soi chez le patient, qui sont tous des états affectifs et cognitifs centraux favorisant la transformation émotionnelle en psychothérapie [46]. Par ailleurs, il a été montré que la directivité de processus est aussi un élément relié au résultat thérapeutique positif dès les premières séances de traitement psychiatrique pour le trouble de la personnalité borderline [47]. À la directivité de processus revient donc une place centrale dans les traitements intégratifs des troubles de la personnalité.

### **Favoriser une identité sociale intégrée**

Compte tenu de l'observation que les troubles de la personnalité présentent des problèmes identitaires, il est utile de se poser la question du comment une identité sociale affirmée peut être favorisée par nos traitements. Si le concept d'identité comprend plusieurs facettes – intimes et sociales – nous nous focalisons ici sur l'identité socio-professionnelle et familiale, résumée aussi de manière approximative sous le terme du rôle social. Gunderson et Links [7] ont mis au centre le fonctionnement socio-professionnel comme ancrage thérapeutique d'un traitement psychiatrique du trouble de la personnalité borderline. L'exploration explicite en séance autour de l'employabilité d'un individu est thérapeutique et devrait être une réponse adéquate face à des patients qui ne travaillent pas, sont désinsérés ou marginalisés – face à une société souvent vécue comme persécutrice. L'affirmation qu'un patient « a quelque chose à offrir à la société », d'une identité sociale ancrée dans son besoin existentiel d'appartenance à une communauté, est centrale et tend à renforcer son efficacité personnelle. De manière similaire, un focus thérapeutique explicite sur l'insertion du patient dans la famille, ou la communauté au sens plus large, est central, car il contribue à une base identitaire plus solide et affirmée. Une étude récente a montré que les traitements

comportemental-dialectiques de groupe focalisant sur la gestion des émotions pour le trouble de la personnalité borderline produisent davantage de colère affirmée (tandis qu'aucun effet au niveau des autres types de colère n'a été observé). C'est cette augmentation en colère affirmée qui explique en partie la diminution des problèmes des patients observés dans le domaine de l'identité sociale [48].

### **Conclusions**

Nous avons proposé une lecture intégrative et contemporaine des innovations en psychothérapie face à des patients avec troubles de la personnalité. Nous avons argumenté que les traitements TCC devraient bénéficier d'une observation rigoureuse des comportements et expériences individuels des patients, dans le processus thérapeutique. Ainsi, chaque traitement face un patient avec trouble de la personnalité devient fondamentalement différent et nous affirmons, dans la lignée d'Héraclite, que les thérapeutes face à ces patients ne baignent jamais deux fois dans le même fleuve. Une (re-) construction des caractéristiques centrales, des mécanismes de changement possibles, doit ainsi être faite par le thérapeute – dans sa formulation de cas individualisée pour chaque nouveau patient [38]. Dans ce contexte, les manuels de traitement TCC développés et validés [11,14] sont utiles pour traiter les troubles de la personnalité, mais restent approximatifs et n'expliquent pas au thérapeute désireux de savoir comment, moment-par-moment, favoriser une interaction authentique, approfondir les affects et encourager une identité sociale forte, face à un patient spécifique. Toutefois, nous argumentons que ce sont des mécanismes centraux dans le traitement des patients avec troubles de la personnalité. Un tel regard inédit, réellement innovant pour chaque patient, permettra ainsi de prendre en compte la singularité de chaque situation clinique.

### **Références**



- [1]Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York:Guilford Press;1988.
- [2]Beck JS. Cognitive Therapy. Basics and beyond. New York:Guilford Press;1995.
- [3]Arntz A, Hawke LD, Bamelis L, Spinhoven P, Molendijk ML. Changes in natural language use as indicator of psychotherapeutic change in personality disorders. Beh Res Ther 2012;50:191-202.
- [4]Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Am J Psychiatr 2014;171(3):305-22.
- [5]Watson JP, Gaid R, Marks IM. Physiological habituation to continuous phobic stimuli. Beh Res Ther 1972;10:269-78.
- [6]Greenberg LS. Ideal Psychotherapy Research. J Clin Psychol 1999;55(12):1467-80.
- [7]Gunderson JG, Links PS. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington, D.C.:American Psychiatric Publishing Inc;2014.
- [8]Bohus M, Falkai P, Herpertz SC. Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien. Die Psychiatrie 2012;2(12):89-99.
- [9]Budge S.L, Moore JT, Del Re AC, Wampold BE, Baardseth TP, Nienhaus JB. The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. Clin Psychol Rev 2013;33(8):1057-66.
- [10]Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatr 2006;63:649-58.
- [11]Arntz A, van Genderen H. Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Basel:Beltz;2010.

- [12]Levy KN, Meehan KB, Yeomans FE. An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In RA Levy, JS Ablon, H Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research*. New York:Springer;2012, pp 139-67.
- [13]McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL. A randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personalit disorder. *Am J Psychiatr* 2009;166:1365-74.
- [14]Linehan MM. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Genève:Editions Médecine et Hygiène;2000.
- [15]McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatr* 2012;169(6):650-61.
- [16]Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- [17]Clarkin J. Raising the bar in the empirical investigation of psychotherapy. *J Am Psychiatr* 2014;171(10):1027-30.
- [18]Clarkin JF, Levy KN. Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006;62(4):405-410.
- [19]Linehan MM, Bohus M, Lynch TR. Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In JJ Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York:Guilford Press;2007, pp 581-605.
- [20]McMain SF, Pos AE, Iwakabe S. Facilitating emotion regulation: General principles for psychotherapy. *Psychother Bull* 2010;45(3):16-21.

- [21]McMain SF, Links P, Guimond T, Wnuk S, Eynan R, Bergmans Y, Warwar, SH. An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes, alliance, and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychother Res* 2013;23:658-73.
- [22]Perroud N, Nicastro R, Jermann F, Huguelet P. Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: preliminary results. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2012;16(3):189-96.
- [23]Neacsiu AD, Rizvi S.L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Beh Res Ther* 2010;48:832-39.
- [24]Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectical-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2007;41:837-47.
- [25]Schmitt R, Winter D, Niedtfeld I, Schmahl C, Herpertz SC. Effects of Dialectic Behavior Therapy on the Neuronal Correlates of Cognitive Reappraisal in Borderline Personality Disorder. Poster Presentation at the Conference of the ISSPD;Copenhagen;2013.
- [26]Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother* 2014;4:133. doi: 10.4172/2161-0487.1000133
- [27]Muran JC, Safran, JD, Gorman BS, Samstag LW, Eubanks-Carter C, et al. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychother* 2009;46:233-248.

- [28]Dziobek I, Preissler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroIm* 2011;57:539-548.
- [29]Herpertz SC. (2013). The social-cognitive basis of personality disorders: Commentary on the special issue. *J Pers Dis* 2013;27(1);113-124.
- [30]Roepke S, Vater A, Preissler S, Heekeren HR, Dziobek I. Social cognition in borderline personality disorder. *Front Neurosci* 2013; 6. Doi: 10.3389/fnins.2012.00195.
- [31]Kramer U, Kolly S, Despland JN. Le concept de test relationnel en psychothérapie: origines, développements et applications aux troubles de la personnalité. *Ann Med-Psychol* 2010;168:702-706.
- [32]Sachse R, Sachse M, Fasbender J. Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Göttingen:Hogrefe;2011.
- [33]De Panfilis C, Ossola P, Tonna M, Catania L, Marchesi Finding words for feelings : The relationship between personality disorders and alexithymia. *Personal Indiv Diff* 2015;74:285-291.
- [34]Ogrodniczuk JS, Lynd LD, Joyce AS, Grubisic M, Piper WE, Steinberg PI. Predicting response to day treatment for personality disorder. *Can J Psychiatr* 2011;56:110-117.
- [35]Clarkin JF. An integrated approach to psychotherapy techniques for patients with personality disorder. *J Pers Dis* 2012;26(1):43-62.
- [36]Livesley WJ. Integrated Treatment: A Conceptual Framework for an Evidence-Based Approach to the Treatment of Personality Disorder. *J Pers Dis* 2012;26(1):17-42.
- [37]Gaebel W, Falkai P. Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Berlin:Steinkopf Verlag;2009.
- [38]Caspar F. Plan Analysis. In TD Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulations*. Second Edition. New York:Guilford Press;2007; pp 251-89.

- [39] Caspar F, Berger T. Allgemeine Psychotherapie. In B Dulz, S Herpertz, OF Kernberg, U Sachsse (Eds.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Auflage). Berlin: Schattauer;2011, pp 667-89.
- [40] Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, Berger T, de Roten Y, Marquet P, Despland JN. Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:176-86.
- [41] Kramer U, Flückiger C, Kolly S, Caspar F, Marquet P, Despland JN, de Roten Y. Unpacking the effects of therapist responsiveness in borderline personality disorder: motive-oriented therapeutic relationship, patient in-session experience and the therapeutic alliance. *Psychother Psychosom* 2014;83:386-87.
- [42] Kramer U. De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie. *Prat Psychol* 2011;17:93-102.
- [43] Kramer U. De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : L'exemple du trouble de la personnalité borderline. *Annal Med-Psychol* 2015;173:60-5.
- [44] Greenberg LS, Rice LN, Elliott R. *Facilitating Emotional Change. The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press;1993.
- [45] Kramer U, Pascual-Leone A, Rohde KB, Sachse, R. Emotional processing, interaction process, and outcome in clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A process-outcome analysis. *J Pers Dis* in press.
- [46] Pascual-Leone A. Dynamic emotional processing in experiential therapy : Two steps forward, one step back. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(1):113-26.

[47]Kramer U, Sachse R. Early clarification processes of clients presenting with borderline personality disorder: Relations with symptom level and change. *Pers-Cent Exper Psychother* 2013;12(2):157-75.

[48]Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L, de Roten Y, Marquet P, Kolly, S, Despland JN, Page D. Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2015.doi: 10.1002/cpp.1956.