

APPROCHE COGNITIVE DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : INTÉRÊT ET LIMITES ACTUELLES

Sébastien BOUCHARD¹

Clinique Le Faubourg Saint-Jean
Centre hospitalier Robert-Giffard

Résumé

Cet article présente des conceptions cognitives-béhaviorales du trouble de personnalité limite (TPL) et fait état du manque de recherches empiriques appuyant leur développement. Puis il résume deux des principaux modèles, soit celui de Linehan et celui de Layden, Freeman et Newman et Morse, et révèle les questions suscitées par ces modèles. On y expose ensuite les limites actuelles et de l'approche cognitive du TPL. L'auteur souhaite stimuler l'intérêt pour le développement d'une conceptualisation cognitive-béhaviorale du TPL s'appuyant plus étroitement sur la recherche fondamentale et sur la recherche clinique.

Mots clés : trouble de personnalité limite, thérapie cognitive-béhaviorale

INTRODUCTION

Bien que la définition formelle du trouble de personnalité limite (TPL) n'ait été intégrée au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) qu'en 1980, le concept de personnalité limite est employé à l'intérieur de l'approche psychanalytique dès 1938 (voir Stern, 1938). À cette époque, le terme était utilisé pour décrire un groupe particulier de patients qui ne bénéficiait pas du traitement psychanalytique traditionnel et qui semblait se situer aux limites de ce que la psychiatrie de l'époque nommait les « névrotiques » et les « psychotiques » (Linehan, 1993).

Depuis les dix dernières années, la communauté scientifique manifeste un regain d'intérêt pour l'étude et le traitement du TPL. Dans la banque de données Psyclit, le nombre de publications comportant comme mot-clé *borderline personality* est passé de 665 dans les années 1980 à 1 643 au cours des dix dernières années. Paradoxalement, et en contraste avec leur riche histoire d'études empiriques, les modèles et les traitements cognitifs semblent encore virtuellement absents de ce mouvement (Arntz,

1. Adresse de correspondance : Sébastien Bouchard, Clinique Le Faubourg Saint-Jean, CHRQ, 175, rue Saint-Jean, 3^e étage, Québec (QC), G1R 1N4. Téléphone : (418) 648-6166, poste 334. Courriel : sebastien_bouchard@ssss.gouv.qc.ca

1999); seulement 107 des 1 643 publications mentionnées ci-dessus utilisent l'expression *cognitive-therapy*.

Le présent article vise à dénoncer la tendance actuelle des approches cognitives à laisser tomber, du moins en partie, leur tradition empirique dans le cas de la conceptualisation du trouble de personnalité limite. Nous passerons en revue les deux principaux modèles de conceptualisation cognitive de ce trouble : d'abord, la conceptualisation de Linehan (1993), puis celle basée sur les travaux de Beck (Beck et Freeman, 1990) et de ses successeurs (notamment Layden, Newman, Freeman et Morse, 1993). Après une revue de ces deux modèles, nous souhaitons soulever divers questionnements pouvant stimuler la recherche. Un objectif avoué de nos efforts est de susciter un intérêt pour l'étude empirique des postulats en vogue concernant la conceptualisation cognitive du TPL. Mais il convient d'abord d'établir ce qu'est l'approche cognitive du TPL.

SPÉCIFICITÉS DE L'APPROCHE COGNITIVE DU TPL

Afin de permettre au lecteur de situer l'approche cognitive par rapport aux autres approches psychothérapeutiques, il est important d'en définir les singularités. Toutes les thérapies cognitives s'articulent autour de postulats et de principes communs (Beck et Freeman, 1990; Vallis, Howes et Miller, 1991). Ces postulats et principes serviront plus tard de critères permettant d'évaluer les modèles les plus représentatifs d'une approche cognitive-béaviorale du TPL.

Selon Vallis *et al.* (1991), les thérapies cognitives seraient basées sur les cinq principes suivants : la phénoménologie, la collaboration, l'activité, l'empirisme et la généralisation. Premièrement, une *approche phénoménologique* implique que l'échange thérapeutique se fonde sur l'expérience subjective et idiosyncratique du patient. Ainsi, toute forme de psychothérapie cognitive est solidement ancrée sur ce que le patient rapporte de sa propre expérience.

Deuxièmement, la nature de la relation thérapeutique en est une de *collaboration*; le patient et le thérapeute travaillent ensemble sur des objectifs préalablement négociés. À cet égard, Beck, Rush, Shaw et Emery (1979) insistent pour préciser que leur approche correspond plus à une attitude du type « c'est vous et moi contre la dépression » plutôt que « c'est moi qui vous traite ».

Troisièmement, il s'ensuit que la thérapie cognitive est une approche *active*, les deux parties assumant un rôle actif dans les échanges qui ont lieu. Ce point est relativement unique à la thérapie cognitive. D'ailleurs, la plupart des thérapies non cognitives considèrent l'activité du thérapeute comme un facteur négatif. Par exemple, Vallis *et al.* (1991) rapportent que les thérapeutes cognitifs expérimentés posent plus de questions brèves

(oui/non) et interrompent plus souvent leurs clients que ceux utilisant d'autres approches.

Quatrièmement, la thérapie cognitive demande une *approche empirique* face aux difficultés rencontrées par le patient. Le processus de construction du réel (qu'il soit conçu en termes de pensées automatiques ou de schémas) est sujet à une évaluation stricte et à une opérationnalisation tangible. Il est de notre avis que ce principe demande aussi que la formulation de cas réponde à des critères suffisants de scientificité. Comme nous tenterons de le démontrer, ce critère est sujet à un certain relâchement de la part des tenants d'une approche cognitive du TPL.

Enfin, le cinquième principe commun aux approches cognitives se caractérise par la prescription d'activités conçues pour faciliter la *généralisation* des changements thérapeutiques faits à l'intérieur des sessions. Les thérapies cognitives ne sont pas exclusivement axées sur les interactions entre patient et thérapeute à l'intérieur des sessions; une grande attention est accordée à ces « devoirs » qui auraient un effet important sur les résultats du traitement (Persons, Burns et Perloff, 1988).

Selon nous, il serait important d'ajouter un sixième principe afin de mieux circonscrire l'identité de la thérapie cognitive : se référer aux théories cognitives de la personnalité lors de la formulation de cas. Par exemple, Sterrenberg et Thunnissen (1995) ont publié un article où l'analyse transactionnelle est présentée *comme* un traitement cognitif du TPL. Après lecture, l'omniprésence de concepts psychanalytiques nous laisse croire que ce traitement n'avait de cognitif que le nom. Nous avons d'ailleurs noté un certain degré d'ambivalence quant aux allégeances théoriques de certains auteurs qualifiant leur traitement de traitement cognitif (Dungee, 1993; Ryle, Leighton et Pollock, 1997; Sterrenberg et Thunnissen, 1995).

SURVOL DES DEUX PRINCIPALES CONCEPTUALISATIONS COGNITIVES DU TPL

À ce jour, on compte seulement trois manuels de traitement cognitif-behavioral spécifique aux TPL (Layden *et al.*, 1993; Linehan, 1993; Ryle, Leighton et Pollock, 1997¹). Parmi ces manuels, deux semblent être à

1. Jeffrey Young (1990) nous promettait un manuel de traitement centré sur les schémas pour les TPL depuis déjà quelques années (cité dans Arntz, 1999). Ce livre (Young, Klosko et Weishaar, 2003) a finalement été publié au moment de l'écriture de cet article et ne couvre pas seulement le traitement des TPL. Il deviendra sans doute un incontournable dans le domaine.

l'origine de la majorité des recherches et des communications que nous avons recensées¹.

Notre objectif n'étant pas de faire la recension de tous les auteurs ayant proposé un traitement cognitif du TPL, nous avons choisi de limiter notre exposé aux deux groupes de travail influençant actuellement le plus le développement de la conceptualisation cognitive du TPL. En premier lieu, nous nous sommes intéressé aux travaux de Linehan (1993), qui est, sans contredit, l'auteur d'approche cognitive-béaviorale ayant suscité le plus de publications sur le TPL. Ensuite, les travaux de Layden (Layden *et al.*, 1993) nous ont semblé faire une avancée considérable quant aux formulations cognitives du TPL rapportées dans la littérature (Kuyken, 1999).

La thérapie dialectique-comportementale de Linehan

Linehan (1993) figure parmi les pionniers dans le développement d'un traitement du TPL validé empiriquement. Elle a développé une approche intégrative appelée « thérapie dialectique-comportementale » (TDC) et en a explicité les principes et les techniques dans un manuel de traitement. Avec ses collègues, elle a mis sur pied un programme de recherche unique visant à produire des études contrôlées sur l'efficacité de son approche. À ce jour, son équipe a produit plus de 25 publications et a suscité un engouement certain pour la TDC; cependant, la TDC n'a donné lieu qu'à une seule étude adéquatement contrôlée et portant sur un petit échantillon (voir la critique de Scheel, 2000). Pourtant, la TDC est présentement *le seul* traitement psychosocial qui existe pour les personnes souffrant du TPL et qui dispose de données publiées provenant d'une étude randomisée (Robins, 1999).

Linehan (1993) conceptualise le TPL à partir d'une théorie biopsychosociale (Millon, 1981). Selon elle, les difficultés que rencontrent les personnes atteintes du TPL sont principalement attribuables à deux facteurs interactifs : d'une part, ces personnes présenteraient une dysfonction primaire des mécanismes de régulation des émotions et, d'autre part, les effets de cette dysfonction se potentialiseraient dans un environnement familial invalidant.

La notion d'invalidation des émotions est centrale dans l'approche de Linehan (1993). En résumé, sa théorie avance que l'environnement social des personnes souffrant du TPL inhiberait le développement d'habiletés adaptatives leur permettant de moduler adéquatement leurs émotions, *a priori*, « ...excessivement douloureuses, intenses, tenaces et présentant un faible seuil d'activation » (Robins, 1999). Typiquement, l'environnement invalidant requiert de l'enfant qu'il exprime de façon dramatique ses émotions avant qu'on ne lui prodigue l'aide et les soins dont il a besoin;

1. Les travaux de Ryle présentent un intérêt certain pour ce qui est des avenues d'intégration entre l'approche cognitive et la théorie des relations d'objet (Kernberg, 1984), mais ils n'ont pas été retenus, compte tenu de l'objet de cet article.

cette attitude augmenterait la probabilité de passages à l'acte et de gestes parasuicidaires par la suite. En particulier, le contrôle des gestes parasuicidaires demeure l'objectif central du plan de traitement de Linehan. Cependant, les visées de la TDC vont bien au-delà du contrôle de ces comportements.

Linehan (1993) conceptualise le traitement du TPL en quatre stades relativement distincts. Le stade 1 de la thérapie vise la stabilisation et la régulation des comportements impulsifs. Le stade 2 vise la réduction des stress post-traumatiques et le traitement (*processing*) émotionnel par exposition. Le stade 3 a pour objectif d'améliorer l'estime de soi et l'autonomie dans la résolution de problèmes. Le stade 4 vise ultimement le déploiement des capacités à ressentir joie et transcendance.

Linehan postule que « ...la plupart des comportements des TPL sont une tentative de la part de l'individu de contrôler soit des affects intenses ou encore les conséquences d'une dysrégulation émotionnelle ». En effet, un déficit (inné ou acquis) dans la capacité à moduler ses émotions serait la cause de la plupart des manifestations symptomatiques propres à ces personnes : comportements impulsifs, diffusion de l'identité, chaos interpersonnel, gestes parasuicidaires et suicidaires. Cette hypothèse a l'avantage de sa *simplicité* (au sens épistémologique); c'est-à-dire qu'elle répond à la règle voulant que, de deux explications possédant le même pouvoir explicatif et prédictif, la plus simple des deux propositions devrait être conservée. Outre son intérêt scientifique, ce postulat amène aussi le clinicien à saisir la logique derrière le chaos apparent des personnes souffrant du TPL, ce qui accroît sa capacité d'empathie. Enfin, ce postulat jette aussi un éclairage nouveau sur la problématique de la diffusion de l'identité des personnes souffrant du TPL. Pour Linehan, l'individu développe un sens de son identité en observant ses propres comportements et ceux de son entourage. La constance et la prévisibilité de ses émotions à travers le temps et dans des situations diverses sont des prérequis au développement d'un sens de l'identité. Ces deux caractéristiques manquent gravement aux personnes atteintes du TPL. Aussi, le clinicien voulant améliorer la stabilité du sens du *self* devrait axer ses interventions sur l'amélioration des capacités de modulation affective plutôt que de tenter d'intervenir directement sur les conceptions que le patient entretient à son propre sujet.

Un autre apport intéressant à la compréhension du traitement des TPL réside en la proposition de Linehan voulant que l'on rencontre couramment trois types de dilemmes dialectiques avec ces clients, chaque dilemme étant représenté par deux antithèses : l'auto-invalidation *versus* la vulnérabilité émotionnelle, la compétence apparente *versus* la passivité active, et les crises récurrentes *versus* l'inhibition des deuils. Le premier dilemme place le patient (et le thérapeute) dans une position où on doit réapprendre à valider la légitimité de ses propres réactions émotionnelles tout en sachant que celles-ci sont normalement « hors de proportion » par rapport à celles de son entourage. Ce point amène Linehan à suggérer

aux cliniciens d'éviter de ne s'en tenir qu'à des techniques de modification de comportement et de passer plus de temps (surtout en début de suivi) à valider le vécu actuel du client, à l'accepter « radicalement ».

Le deuxième dilemme, compétence *versus* passivité, est déconcertant en ce sens que le client souffrant du TPL peut faire montre d'une compétence comportementale surprenante dans certaines sphères de sa vie et, à d'autres moments, agir d'une manière passive et étonnamment inadéquate. Il devient donc important de reconnaître que leur incompétence n'est pas généralisée et est fonction de leur état affectif. Le clinicien se doit ici d'être souple dans ses attentes de performance.

Enfin, le troisième dilemme dialectique vise l'atteinte d'un équilibre entre, d'une part, l'expérience de crises perpétuelles et, d'autre part, l'inhibition émotionnelle massive de deuils importants. Ici, Linehan insiste sur une caractéristique du syndrome borderline largement sous-estimée des approches psychodynamiques. En effet, la présence d'un évitement cognitif chronique des stimuli rappelant diverses pertes significatives pourrait être en partie responsable du maintien d'une dysphorie intense chez les individus atteints du TPL. Linehan explique en détail de quelle façon le traitement émotionnel des deuils semble se faire et quelles en sont les conséquences sur la symptomatologie générale du TPL.

La thérapie cognitive de Beck et de ses successeurs

Lors de sa première formulation cognitive du TPL (Beck *et al.*, 1990), Beck propose une conceptualisation axée sur trois facteurs cognitifs interreliés : les croyances de base, une pensée dichotomique et un faible sens de l'identité. Nous présenterons chacun de ces facteurs pour ensuite rendre compte des ajouts et des modifications apportés par l'équipe de Layden *et al.* (1993).

Premièrement, pour Beck *et al.* (1990), les croyances de base de l'individu jouent un rôle central en influençant les perceptions et les interprétations des événements et en modelant autant les comportements que les réponses émotionnelles du client. Selon Beck, trois croyances de base¹ seraient importantes : 1) « Je suis impuissant et vulnérable », 2) « Le monde est malveillant et dangereux », et 3) « Je suis intrinsèquement inacceptable ».

Deuxièmement, un facteur cognitif n'ayant pas, selon Beck, reçu assez d'attention de la part des autres modèles cognitifs-béavioraux du TPL concerne la pensée dichotomique. Cette dernière constitue « ...la tendance à évaluer les expériences en terme de catégories mutuellement exclusives (bon ou mauvais, succès ou échec, digne de confiance ou

1. Mentionnons que deux équipes de recherche ont tenté de mieux circonscrire les croyances de bases des personnes souffrant du TPL, soit celle d'Arntz, Dietzel et Dreessen (1999) et celle de Butler, Brown, Beck et Grisham (2002).

traître), plutôt que de voir ces expériences en les situant le long d'un continuum ». L'effet de ce mode de pensée « noir ou blanc » serait d'amener l'individu à qualifier d'extrême un événement qui aurait normalement une position intermédiaire sur un continuum. Par exemple, se sentir abandonné et totalement indigne d'être aimé parce qu'un ami n'a pas retourné notre appel. Selon cette formulation cognitive, l'évaluation de situations en termes dichotomiques mène à des réponses émotionnelles et des actions extrêmes (automutilation, accès de rage, etc.).

Comme troisième et dernier facteur central aux TPL, Beck insiste sur le rôle d'un sens de l'identité faible ou instable, tel que Millon (1981) l'a décrit. La confusion en regard des buts et priorités ferait que les personnes atteintes du TPL auraient de grandes difficultés à mener une activité constructive et efficace orientée vers des buts à long terme, spécialement en présence de changements émotionnels abrupts. Cela donnerait lieu à une inefficacité et un faible sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977) et conséquemment, à un manque de motivation et à une faible persistance face à l'adversité. Cette absence d'un sens clair de leur identité rendrait difficile, pour les individus atteints de TPL la prise de décision dans des situations ambiguës et serait la source d'une faible tolérance à l'ambiguïté.

Les stratégies d'intervention privilégiées viseraient, en ordre hiérarchique : l'établissement d'une alliance de travail, la diminution du manque d'observance au traitement, la diminution de la pensée dichotomique, l'augmentation du contrôle des émotions, l'augmentation du contrôle des pulsions, le renforcement du sens de l'identité et enfin, la modification des schémas ou des croyances de base. Cette séquence d'objectifs de travail constitue la toile de fond sur laquelle le thérapeute peut ensuite appliquer diverses techniques d'intervention cognitive plus classiques. Notons que Beck *et al.* (1990) admettaient à l'époque que leur modèle était préliminaire, et qu'un seul chapitre, ne contenant aucune histoire de cas, était consacré aux personnes atteintes du TPL.

Trois ans après la publication de *Cognitive therapy of personality disorders* (Beck *et al.*, 1990), les collègues de Beck publièrent *Cognitive therapy of borderline personality disorder* (Layden *et al.*, 1993), ouvrage présentant une conceptualisation cognitive du TPL beaucoup plus étoffée. En plus de démontrer l'utilité des techniques cognitives standards, Layden *et al.* mettent l'accent sur la thérapie centrée sur les schémas (fidèle à Young, 1990) et sur une approche développementale du TPL.

Layden *et al.* (1993) proposent l'utilisation de trois modèles développementaux pour raffiner la conceptualisation de cas : le modèle d'Erickson (1963), la théorie du développement cognitif de Piaget (1952) et la lecture des canaux d'intrants sensoriels liés à la consolidation de schémas. D'abord, la référence au modèle développemental d'Erickson oriente le clinicien vers une conceptualisation de cas tenant compte de l'impact qu'ont eu sur le client adulte certaines crises développementales

passées. En particulier, l'utilisation de la théorie d'Erickson (1963) semble permettre l'évaluation non seulement du type de schéma à l'étude, mais aussi de sa nature (c'est-à-dire sa rigidité, son degré d'élaboration et l'étendue de la surgénéralisation des stimuli). Pour Layden *et al.* (1993), le stade de développement et l'âge auquel se produisent les abus physiques ou sexuels influencent grandement l'intensité traumatique liée à cet événement. Ainsi, un patient souffrant d'un schéma d'incompétence datant de l'école primaire (par exemple causé par des échecs scolaires liés à la maladie) aurait plus de chance d'être à même d'explorer et de confronter son schéma comparativement à un autre patient souffrant d'un schéma d'incompétence datant des premières années de sa vie (par exemple causé par des parents hypercritiques et sous-stimulant le nourrisson). On suggère que le premier des deux patients aurait un meilleur pronostic de traitement.

Deuxièmement, les auteurs démontrent qu'une grande part de ce type de thérapie cognitive consiste à favoriser le développement cognitif du patient de façon à lui donner accès au stade des opérations concrètes et formelles de Piaget (Piaget, 1952). Il semble en effet que le style cognitif des personnes atteintes du TPL est, du moins par moments, caractérisé par des modes de fonctionnement propres aux enfants préopérateurs. En démontrant clairement les liens à faire entre le développement cognitif normal et les déficits cognitifs propres aux individus souffrant du TPL, Layden *et al.* (1993) permettent de structurer les interventions du clinicien dans le cadre d'un programme plus général de développement cognitif.

Troisièmement, l'équipe de Layden propose de tenir compte du type d'intrant sensoriel (kinesthésique, visuel ou verbal) ayant participé à la formation des schémas précoces d'inadaptation. À la lumière du type d'intrant sensoriel, on peut appliquer certaines modifications techniques afin de maximiser l'accessibilité et l'exposition à un schéma. Par exemple, on privilégiera l'utilisation d'une couverture chauffante lors de discussions entourant la formation d'un schéma de négligence affective datant de l'époque où le client n'était qu'un nourrisson (intrant kinesthésique) ou encore l'utilisation de techniques d'imagerie pour les schémas ayant été formés à des stades précédant le développement d'habiletés langagières élaborées (intrant visuel).

Un autre apport intéressant des travaux de Layden *et al.* (1993) est la proposition de trois sous-types d'individus atteints du TPL : l'évitant/dépendant, l'histrionique/narcissique et l'antisocial/paranoïde. Ces auteurs démontrent clairement l'intérêt clinique d'utiliser ces trois sous-types d'individus dans leurs histoires de cas. Ces sous-types permettent une conceptualisation de cas plus précise et donnent certaines indications sur les facteurs de pronostic. Par exemple, une personne TPL antisocial aura une progression beaucoup plus lente qu'un patient TPL évitant/dépendant.

La gestion des réactions contre-transférentielles est un autre point sur lequel Layden *et al.* (1993) insistent. Un chapitre entier est dédié à ce sujet. Entre autres, on y décrit les diverses formes de contre-transferts typiques au travail avec les personnes atteintes du TPL : sentiment de victimisation, fantasmes d'agression, fantasmes du sauveur, attitude contrôlante, etc. Les auteurs font une distinction entre les formes saines et les formes malsaines de contre-transfert. Ils proposent même aux psychothérapeutes des exercices de restructuration cognitive à appliquer sur eux-même face à un contre-transfert trop envahissant. Sans contredit, ces efforts font contrepoids aux critiques concernant le peu d'attention normalement portée à ce phénomène dans les thérapies cognitives conventionnelles. Enfin, l'instauration d'un cadre thérapeutique (*limit setting*) et l'utilité de la pharmacothérapie dans le traitement des TPL sont deux autres points centraux sur lesquels Layden *et al.* (1993) se sont attardés. À la fin de leur livre, cinq histoires de cas viennent appuyer les implications de l'application de leur modèle.

LES POINTS DE CONVERGENCE ET DE DIVERGENCE ENTRE LES DEUX MODÈLES

Les deux conceptualisations du TPL que nous venons de présenter ont probablement plus de points en commun que de points de divergence. Toutes deux sont fortement influencées par les fondements de la thérapie cognitive et toutes deux se réfèrent aux théories du conditionnement classique et du conditionnement opérant. Les divergences entre les deux modèles semblent commencer là où, au début des années 1970, les dissensions ont commencé à se manifester entre behavioristes et cognitivistes. En effet, l'attention accordée à l'inférence de construits non observables (cognitions, schémas, intentions, pulsions) pour expliquer des comportements mesurables semble prédominante dans le modèle de Beck et de ses successeurs alors que chez Linehan, les concepts de cognitions, de pensées automatiques et de schémas jouent un rôle secondaire dans le développement de la conceptualisation de cas.

En effet, Linehan (1993) possède sans contredit le modèle le plus « behaviorale » dans le sens où les inférences concernant les processus cognitifs en jeu sont restreintes à leur minimum. Contrairement à Beck et à ses collègues, Linehan se réfère abondamment aux notions d'analyse fonctionnelle; ici, le concept de fonction est entendu au sens strict et fait référence aux types de contingences en jeu lors de l'extinction, du maintien ou du renforcement d'un comportement cible. Nous citons Robins (1999, p. 66), un collègue de Linehan, à ce sujet (traduction libre) :

« La TDC n'inclut pas dans ses conceptions la notion de profondeur ou de niveau de la personnalité ou du comportement, comme c'est le cas du concept de schéma qui sous-tend les cognitions. Les phénomènes vus par certains théoriciens comme une indication de la manifestation d'un schéma est décrit en termes de patrons de comportements (observables ou

internes). Chaque comportement est analysé dans le temps (antécédents et conséquences) plutôt qu'en fonction de niveaux ou de profondeur. »

Chez Linehan, la question du rôle des processus cognitifs dans le développement et le maintien du TPL semble se limiter à des considérations dialectiques puisant à la source même de la philosophie zen orientale. L'importance accordée à l'*équilibre dialectique* des formulations de cas a ses avantages et ses inconvénients : comme avantage, la dialectique de Linehan nous amène à viser un équilibre entre une stratégie d'acceptation de type rogerien (Rogers, 1970) et des stratégies de changement de type skinnérien (Skinner, 1974) pouvant paraître intrusives ou invalidantes pour l'individu atteint du TPL.

Cependant, l'apport des sciences cognitives nous paraît relativement mitigé dans la formulation théorique de Linehan. Par exemple, les phénomènes de clivage (Kernberg, 1984) ou de pensée dichotomique (Veen et Arntz, 2000) sont, chez Linehan, limités à l'assertion qu'ils sont un indice d'un « déséquilibre dialectique » auquel on doit remédier. Cette évidence clinique ne permet cependant pas d'étayer notre compréhension 1) des conditions dans lesquelles ce phénomène se produit, 2) des types de stimuli pouvant induire son activation, 3) de quelle façon ce mode de pensée concourt aux difficultés rencontrées par la personne atteinte du TPL, et 4) et comment modifier l'intensité et la rigidité de cette distorsion cognitive centrale. À cet effet, Beck *et al.* (1990) avancent que, contrairement à Linehan, la pensée dichotomique devrait être la première cible d'intervention en thérapie.

En tant que modèle explicatif, les travaux de Beck et de ses collègues étayaient une conceptualisation *cognitive* du TPL beaucoup plus élaborée, dans la mesure où ils recourent à des construits tels que schémas, pensées automatiques, distorsions cognitives, etc. Néanmoins, Linehan (1993) garde une bonne longueur d'avance en ce qui a trait à la complexité de sa conceptualisation biopsychosociale et dialectique du TPL; chez elle, le développement du TPL peut prendre plusieurs avenues et peut être influencé par un ensemble de facteurs interagissant réciproquement (tempérament, environnement familial, variables démographiques, culturelles et comportementales). En ce qui concerne le nombre de publications concernant l'efficacité de son modèle, Linehan et ses collègues surpassent de loin les successeurs de Beck. À l'heure actuelle, aucune étude randomisée de l'efficacité du traitement proposé par Beck et ses collègues n'a disposé d'un groupe contrôle du type *treatment as usual* comme c'est le cas pour Linehan.

LIMITES ET CRITIQUES DES CONCEPTUALISATIONS COGNITIVES DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Plusieurs auteurs critiquent l'état actuel du traitement cognitif du TPL. Ces critiques proviennent autant de l'intérieur que de l'extérieur de la

communauté des cognitivistes. D'abord, Westen (1991), dans un article clé sur l'interface possible entre traitement cognitif-behavioral (TCB) et traitement psychanalytique du TPL, avance que le TCB du TPL souffre de certaines limitations. Ce traitement présenterait une compréhension plutôt limitée de la motivation humaine, en insistant trop sur des postulats rationalistes. Westen note aussi que le TCB sous-estime l'importance des fantaisies et des expériences inconscientes. De plus, il déplore le manque d'intérêt pour les mécanismes de défense inconscientes. Il critique, en particulier, l'absence d'une conceptualisation des niveaux d'organisation ou de structure de la personnalité, l'accent mis sur les symptômes sans attention suffisante aux problèmes d'investissement dans la relation thérapeutique et l'apparent retard du TCB à reconnaître l'importance du rôle des processus transférentiels et contre-transférentiels en thérapie.

Perris (1994) considère le modèle de Linehan comme une conceptualisation *moléculaire* des difficultés éprouvés par l'individu souffrant du TPL et déplore le manque de construit plus molaire (comme celui de schéma). Il soutient qu'une approche constructiviste de la thérapie cognitive pourrait améliorer le modèle de Linehan, notamment en tenant compte d'un construit molaire tel les modèles cognitifs opérants de Bowlby (*internal working model*; 1969). Ces modèles cognitifs sont définis comme des représentations mentales de soi, de la figure d'attachement et de la relation entre soi et cette figure. Ces modèles constitueraient les fondements de la structure de la personnalité. Perris (1994) souligne aussi le manque d'intérêt de Linehan pour l'enseignement de stratégies métacognitives permettant au patient d'observer ses propres processus cognitifs pour ensuite apprendre à agir sur ceux-ci (par exemple, noter en soi l'activation d'un schéma de méfiance et apprendre à restructurer les interprétations qui en découlent). Finalement, il souhaiterait que plus d'attention soit allouée au rôle du phénomène de la recherche inconsciente d'affects négatifs permettant l'évitement de la dissonance cognitive (par exemple, souhaiter se faire violenter parce qu'on estime le mériter).

Chabrol, Schmitt et Szutulman (1996) critiquent quant à eux « la relative pauvreté du modèle cognitif de la personnalité limite » en comparaison du souci porté à l'opérationnalisation des techniques thérapeutiques. Selon ces auteurs, la compréhension des problèmes de développement psychosexuel des personnes atteintes du TPL est, pour l'essentiel, étrangère à l'approche cognitive. De plus, la gestion de situations thérapeutiques complexes impliquant des réactions transférentielles chaotiques serait un autre des écueils des conceptualisations cognitives. Les auteurs ajoutent que les thérapies cognitives font face à une énorme tâche aveugle lors de leurs interventions en omettant de concevoir certaines des réactions contre-transférentielles comme le signe de l'opération d'une identification projective (voir Goldstein, 1991). L'intégration de ce construit aux théories cognitives de la personnalité pourrait, semble-t-il, améliorer grandement la santé de la relation thérapeutique avec un individu souffrant du TPL.

QUELQUES QUESTIONS SUSCITÉES PAR LES MODÈLES COGNITIFS

La rareté des études sur le TPL ayant pour base une formulation cognitive-béaviorale a été soulignée. Pour ce qui est des études de traitement, Perry et Bond (2000) ont récemment mené une méta-analyse des études d'efficacité de la psychothérapie pour les troubles de personnalité en général. Des 22 études retenues, seules trois comportaient un volet sur le TCB. Cela contraste dramatiquement avec l'habituelle supériorité du nombre d'études empiriques provenant d'approches cognitives concernant d'autres pathologies (comme le traitement de la dépression et des troubles anxieux). Les auteurs concluent qu'il existe des psychothérapies efficaces pour les troubles de personnalité, mais qu'à l'heure actuelle aucune évidence n'appuie l'affirmation qu'il y ait une approche psychothérapeutique dont les résultats soient supérieurs à ceux d'une autre approche.

Par ailleurs, les études visant à étudier les processus cognitifs des personnes atteintes du TPL sont tout aussi peu nombreuses. Dans les dix dernières années, seulement treize publications correspondent au critère *borderline personality* et *cognitive processes* dans PsycLit. En comparaison, sur la même période, 632 études ont porté sur les processus cognitifs des dépressifs. Pourtant, notre revue de deux modèles cognitifs du TPL soulève plusieurs questions pouvant stimuler la recherche. En voici quelques exemples.

Questions suscitées par le modèle de Beck (1990) et ses successeurs

1. « Une diminution de la pensée dichotomique [...] résulte en une diminution notable des variations soudaines de l'humeur et d'une réduction de l'intensité des réactions émotionnelles du client, et ce, parce qu'il évalue les situations problématiques en des termes moins extrêmes » (Beck *et al.*, 1990, p.201). Comment mesurer la pensée dichotomique? Le degré de gains thérapeutiques est-il corrélé avec la diminution de l'intensité de la pensée dichotomique?

2. « Les autorités en psychanalyse avancent que le traitement des [personnes atteintes du] TPL demande une thérapie d'une durée de 5 à 7 ans. [...] La thérapie cognitive avec un [individu souffrant du] TPL n'ayant jamais reçu de traitement nécessite d'un an et demi à deux ans et demi de suivi hebdomadaire » (Beck *et al.*, 1990, p. 206). Quand allons-nous comparer l'efficacité et la rapidité des changements relatifs à ces deux types de traitements?

3. Les modifications techniques reliées aux types de canaux d'intrant sensoriel (verbal, visuel, « le nuage ») propres au développement de

certains schémas permettent-elles une altération plus efficace des schémas précoces d'inadaptation? (Layden *et al.*, 1993).

Questions suscitées par le modèle de Linehan

1. Le modèle de la diathèse-stress concernant, d'une part, une dysrégulation innée des émotions et, d'autre part, un environnement familial invalidant peut-il permettre de prédire quel type de psychopathologie se développera à l'âge adulte? Est-ce que ce modèle bifactoriel est vraiment spécifique au développement du TPL chez la femme?

2. La diffusion de l'identité est pour plusieurs auteurs (Kernberg, 1984; Linehan, 1993; Millon, 1981) une problématique centrale chez la personne atteinte du TPL. L'avenue d'intervention proposée par Linehan, soit l'amélioration des capacités de modulation affective comme prérequis au développement d'un sens du *self* cohérent et stable, est-elle suffisante pour rendre compte du développement d'une identité moins friable chez un client ayant bénéficié d'une psychothérapie?

3. D'après l'expérience de Linehan (1993), l'implantation de procédures de changement cognitif structurées n'est pas conseillée avec les individus souffrant du TPL (voir p. 369); il semble en effet que les procédures visant directement le traitement de l'information rappellent trop fréquemment l'attitude d'un environnement invalidant. Quelles modifications techniques pourraient être apportées pour que les personnes atteintes du TPL puissent bénéficier de l'efficacité reconnue de ces interventions cognitives?

4. Bien que moins rigoureusement contrôlée, Stevenson et Meares (1992) ont produit une étude sur l'efficacité d'un traitement psychodynamique du TPL donnant des résultats similaires à ceux de l'équipe de Linehan (rapporté par Scheel, 2000). Le traitement de Linehan agit-il différemment sur certains symptômes par rapport aux traitements psychodynamiques?

CONCLUSION

Une des motivations qui nous a amené à produire cet article vient de l'étonnement et de la déception que nous avons ressentis lorsque nous avons tenté de vérifier le soutien empirique des bases théoriques des modèles cognitifs du TPL. Historiquement, la recherche fondamentale et les études de modèles animaux ont précédé le développement des premiers TCB. Dans le cas du traitement des troubles de personnalité, il semble que l'empressement des cliniciens à développer des modèles de traitement ait grandement devancé la capacité des études empiriques à suivre et à guider le développement de modèles psychothérapeutiques.

Idéalement, ces études empiriques permettraient d'améliorer la compréhension de la pathologie en rendant falsifiables des hypothèses provenant de modèles théoriques différents.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer l'apparent retard de la recherche concernant la formulation cognitive du TPL : hétérogénéité de la population, problème d'observance au traitement, grande attrition des échantillons, complexité de la problématique, problème d'opérationnalisation, accessibilité de la population, etc. On pourrait ajouter à cela le besoin criant des personnes souffrant d'un TPL de recevoir une attention clinique plutôt que scientifique, la prédominance du modèle psychanalytique en psychiatrie clinique ainsi que l'apparente inégalité entre l'énergie investie dans les études de résultats de traitement comparativement à celle investie dans l'étude des processus de changement thérapeutique.

Certes, nous savons aujourd'hui que la psychothérapie peut être une approche efficace du traitement du TPL (Bateman et Fonagy, 2000; Perry et Bond, 2000). Jusqu'à récemment, de nombreux doutes planaient quant à l'efficacité de ce mode d'intervention. Divergences théoriques mises à part, un certain consensus semble émerger en ce qui a trait aux modalités de traitement appropriées au TPL et aux techniques à utiliser dans le cadre de suivis à long terme. Ce mouvement dit de *traitement intégratif* (Benjamin, 1997; Millon, 1999; Stone, 2000) met à l'avant-plan l'utilisation éclectique de techniques thérapeutiques diverses et la nécessité de produire des modèles de traitement dont l'efficacité a été évaluée.

L'importance accordée aux considérations pragmatiques relègue, dans une certaine mesure, à l'arrière-plan la nécessité de développer une *compréhension intégrée* des processus de changement thérapeutique du trouble de personnalité limite. D'après plusieurs observateurs (Alford et Glass, 1992; Goldfried, 1982; Horowitz, 1991; Mahoney, 1993), l'approche cognitive serait la source la plus prometteuse d'un langage, d'une théorie et d'une méthode de recherche permettant l'exploration des possibilités de rapprochement entre systèmes de psychothérapie rivaux. D'après ces auteurs, la thérapie cognitive, avec son traditionnel va-et-vient entre la recherche fondamentale et la généralisation rigoureuse des résultats dans des applications cliniques, serait en voie de devenir *le* modèle théorique intégratif. Le cas des conceptualisations cognitives du trouble de personnalité limite nous permet d'émettre certains doutes quant à la rapidité de cet avènement.

En faisant une brève présentation de deux modèles cognitifs du TPL, nous avons espéré démontrer que la thérapie cognitive semble s'égarer de sa voie et perdre son identité lorsqu'elle s'attaque à la conceptualisation des troubles de personnalité en général, et du TPL en particulier. Nous avons relevé un ensemble de questions soulevées par ces modèles et demandant toujours à être opérationnalisées. Les modèles psychanalytiques présentent des problèmes épistémologiques bien

connus lorsqu'il s'agit de les mettre à l'épreuve des faits (Grünbaum, 1986); *en théorie*, les formulations cognitives devraient avoir une longueur d'avance dans la recherche sur les troubles de personnalité. Or, nous avons vu que ce n'est pas le cas. Espérons que cet article encouragera certains cliniciens-chercheurs égarés à revenir sur leurs pas et à rétablir l'échange entre la pratique et la recherche fondamentale, entre l'induction guidée par l'observation clinique et la déduction guidée par la théorie. Les personnes souffrant d'un TPL ont grand besoin d'attention clinique. Espérons que le développement d'une conceptualisation ayant une meilleure validité scientifique favorisera une compréhension plus approfondie de cette pathologie et, ultimement, le développement de traitements plus efficaces.

COGNITIVE APPROACH TO THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER : ACTUAL INTERESTS AND LIMITATIONS

Abstract

This article presents cognitive-behavioral conceptualisations of borderline personality disorder (BPD) and underlines the lack of empirical data supporting their development. Two treatment manuals are presented, Linehan's and Layden's. In light of these models, research interrogations to be addressed are proposed. Limitations in actual cognitive approaches to treatment of BPD are reviewed. The author hopes to provoke interest in the development of a cognitive conceptualization of BPD more narrowly based on empirical research.

Key words : borderline personality disorder, cognitive-behavioral therapy

Références

- Alford, D. B. et Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *The history of psychotherapy* (p. 657-694). Washington, DC : American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (1991). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC : Author.
- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S97-S134.
- Arntz, A, Dietzel, R. et Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder : Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour research and therapy*, 37, 545-557.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- Beck, A. T. et Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York : Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Benjamin, L. S. (1997). Personality disorders : Models for treatment and strategies for treatment development. *Journal of Personality Disorders*, 30, 307-324.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1 : Attachment*. New York : Basic Books.

- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. et Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231-2140.
- Chabrol, H., Schmitt, L. et Szutulman, H. (1996). Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites : une réflexion critique. *Annales de médecine psychologique*, 154(4), 238-244.
- Dungee, A. D. (1993). Self-nurturing : A cognitive-behavioral treatment approach for the borderline client. *Clinical Social Work Journal*, 20, 295-312.
- Erickson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York : Norton.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York : Springer.
- Goldstein, W. N. (1991). Clarification of projective identification. *American Journal of Psychiatry*, 148, 153-161.
- Grünbaum A. (1986). Precis of the foundation of psychoanalysis : A philosophical critique, with commentary. *Behavioral Brain Science*, 9, 217-284.
- Horowitz, M. J. (1991). States, schemas, and control : General theories for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 85-102.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven : Yale University Press.
- Kuyken, W. (1999). Case conference, Anna : A 26-year-old woman with major depression and borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 50-53.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A. et Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston, MA : Allyn et Bacon.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London : Guilford Press.
- Mahoney, M. J. (1993). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 187-193.
- Matarazzo, R., Phillips, J., Wein, A. et Saslow, G. (1965). Learning the art of interviewing : A study of what beginning students do and their patterns of change. *Psychotherapy : Theory, research and practice*, 2, 49-60.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality : DSM-III, Axis II*. New York : Wiley.
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. New York : John Wiley and Sons.
- Perris, C. (1994). Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl.), 69-72.
- Perry, J. C et Bond, M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. *Review in Psychiatry*, 19(3), 1-31.
- Persons, J., Burns, D. et Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-576.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York : International University Press.
- Robins, C. J. (1999). A dialectical behavior perspective on the case of Anna. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 60-68.
- Rogers, C. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : Les éditions sociales françaises.
- Ryle, A., Leighton, T. et Pollock, P. (1997). *Cognitive-analytic therapy and borderline personality : The model and the method*. Chichester, England : John Wiley and sons.
- Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy : Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7, 68-86.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York : Alfred A. Knopf.
- Stern, A (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Sterrenberg, P. et Thunnissen, M. M. (1995). Transactional analysis as a cognitive treatment for borderline personality disorder. *Transactional Analysis Journal*, 25, 221-227.
- Stevenson, J. et Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 3, 268-278.
- Stone, M. H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 193-210.
- Vallis, T. M., Howes, J. L. et Miller, P. C. (1991). *The challenge of cognitive therapy : Implications to nontraditional populations*. New York : Plenum Press.
- Veen, G. et Arntz, A. (2000). Multidimensional dichotomous thinking characterizes personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 23-45.

- Westen, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders. *Clinical Psychology Review, 11*, 211-230.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Sarasota : Professional Resource Press.
- Young, J. E. et Klosko, J. (1999). *Schema-focused therapy for borderline personality disorder*. En préparation (rapporté dans Arntz).
- Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy : A practitioner's guide*. New York : Guilford.