

La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent *borderline* et suicidaire

¹MPs, PhD, Professeur titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8 Canada. labelle.real@uqam.ca

²Doctorant en psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

Réal LABELLE¹, Alain JANELLE²

Résumé

Cet article propose une introduction à la thérapie comportementale dialectique pour l'adolescent *borderline* et suicidaire. Après une entrée en matière, les auteurs présentent le protocole d'intervention chez l'adulte, les adaptations réalisées pour l'adolescent et le processus d'implantation de cette thérapie dans une clinique externe de Montréal. Par la suite, les auteurs illustrent ce traitement dans le contexte de la prise en charge d'une adolescente montréalaise de 16 ans qui présente une symptomatologie liée à la personnalité *borderline* et des conduites suicidaires. Ce traitement a permis à Élisabeth d'améliorer sa santé mentale et sa tolérance à la détresse. Elle peut maintenant se diriger avec plus de confiance vers une vie qui vaut la peine d'être vécue.

Mots clés : thérapie comportementale dialectique, adolescent, *borderline*, suicide.

Dialectic behaviour therapy for borderline and suicidal adolescent

Summary

This article presents an introduction to dialectic behaviour therapy for borderline and suicidal adolescents. After the introduction, the authors present the intervention protocol with adults, the adaptation made for adolescents, and the implementation process of this therapy in an outpatient clinic in Montréal. Thereafter, the authors illustrate this treatment with a case vignette of a 16 year-old Montreal female adolescent, Elisabeth, with borderline personality symptomatology and suicidal behavior. This treatment allowed Elisabeth to improve her mental health and distress tolerance abilities giving her the confidence to lead a life worth living.

Key words: *dialectic behaviour therapy, suicide, borderline, adolescent.*

L'adolescence est une période cruciale du développement puisqu'elle implique d'importants changements biologiques et psychosociaux (Cicchetti et Cohen, 2006 ; Rutter, 2002). Bien que cette période de vie soit déterminée par d'intenses transitions, les données existant sur le sujet montrent que la grande majorité des jeunes s'en tirent assez bien (Cloutier et Drapeau, 2008). Nonobstant ce constat, il reste que l'adolescence est un âge à risque, c'est-à-dire une étape de vie au cours de laquelle les risques de fragilisation et de rupture de fonctionnement augmentent.

Au Québec, les statistiques démontrent que 22 % des décès à l'adolescence sont attribuables au suicide (Gagné et St-Laurent, 2010). Plus encore, pour chaque mort par suicide chez les jeunes, il y aurait environ 100 à 200 tentatives de suicide (Breton et al., 2002). Le lien entre les conduites suicidaires et les troubles mentaux est bien connu. Une récente étude québécoise montre que 60 % des adolescents morts par suicide avaient des troubles de l'humeur et que 30 % d'entre eux présentaient aussi une symptomatologie liée à la personnalité *borderline* (Renaud et al., 2008).

La pertinence de considérer la symptomatologie liée à la personnalité *borderline* chez l'adolescent est reconnue par certains cliniciens et chercheurs (Bernstein et al., 1993 ; Chabrol et al., 2002 ; Cohen et al., 2005 ; Guilé et al., 2004, 2005). Puisque la personnalité est en cours de structuration durant l'adolescence, nous référons ici au concept de syndrome, c'est-à-dire à un ensemble de symptômes, plutôt qu'à la notion de trouble de la personnalité. Certaines études épidémiologiques révèlent que 3,8 % des filles et 2,8 % des garçons pourraient présenter un nombre élevé de symptômes liés à la personnalité *borderline* (Bernstein et al., 1993). Les différentes composantes de ce syndrome qui inclut des symptômes dépressifs, des comportements impulsifs et autodommageables représentent un indicateur de risque majeur pour les conduites suicidaires chez les adolescents (Pfeffer, 2007 ; Shaffer et Gutstein, 2002).

À notre connaissance, très peu d'interventions « manualisées » sont disponibles pour ces adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale. Récemment, la thérapie comportementale dialectique (TCD) a été adaptée aux adolescents *borderline* et suicidaires (Miller, Rathus et Linehan, 2007). Selon les premières évaluations, ce traitement constitue une avenue prometteuse pour aider ces jeunes

(Katz et al., 2004 ; Woodberry et Popenoe, 2008).

Après des définitions et des explications portant sur la personnalité *borderline* et les conduites suicidaires, cet article décrit la thérapie comportementale dialectique et l'implantation québécoise ciblant l'adolescent *borderline* et suicidaire. Enfin, les diverses modalités d'intervention de la TCD pour adolescent sont illustrées à l'aide d'une étude de cas.

Définitions

Face à la grande diversité des définitions retrouvées sous la dénomination de la personnalité *borderline* et des conduites suicidaires, une brève mise au point est exposée afin de bien préciser ces concepts et de trouver un langage commun.

La personnalité *borderline*

Selon le DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000/2003*), les différentes catégories de la personnalité peuvent s'appliquer aux adolescents dans les cas relativement rares où les « traits » de personnalité d'un jeune sont inadaptés, envahissants, durables et dépassent le cadre d'un trouble de l'Axe I. Ainsi, on ne peut parler d'un « trouble de la personnalité » chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentes depuis au moins un an.

Par ailleurs, le DSM-IV-TR désigne la personnalité *borderline* comme un mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes : 1) des efforts effrénés pour éviter des abandons réels ou imaginés ; 2) un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ; 3) une perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ; 4) une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le jeune (par ex., dépenses excessives, sexualité à risque, toxicomanie, conduites dangereuses, crises de boulimie) ; 5) une répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ; 6) une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement

plus de quelques jours) ; 7) un sentiment chronique de vide ; 8) des colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et disproportionnée) ; et 9) une survenue transitoire en situation de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Les conduites suicidaires

D'un point de vue conceptuel, les conduites suicidaires sont définies sur un continuum compris entre la pensée de s'enlever la vie, la tentative ou le geste posé pour se suicider et le suicide complété (Pfeffer, 2007 ; Shaffer et Gutstein, 2002). Les idées suicidaires expriment un désir de mourir dont le sérieux prend généralement la forme d'un plan précis pour s'enlever la vie. Le degré de létalité de la tentative de suicide dépend du moyen et du contexte dans lequel l'acte est posé. Ces conduites ne sont pas définies comme un trouble mental dans le DSM-IV-TR, mais représentent des symptômes intégrés aux diagnostics de la dépression majeure (Axe I) et de la personnalité *borderline* (Axe II).

On peut aussi aller plus loin dans la terminologie, en considérant les conduites d'automutilations. Ces comportements ont une prévalence de 18 % à l'adolescence (Muehlenkamp et al., 2012). On entend par « comportement d'automutilation » tout geste posé volontairement pour se blesser. À la différence d'une tentative de suicide, ces gestes ne seraient pas accompagnés d'une intention de mourir. Ils peuvent prendre la forme de coupures, de brûlures, d'égratignures, de perçages ou de toutes autres blessures auto-infligées. Même si ces comportements ne sont pas la manifestation d'une volonté de mourir, certains d'entre eux peuvent mener à des lésions corporelles définitives, à des pertes fonctionnelles et peuvent même conduire à une mort accidentelle (Cooper et al., 2005).

Explications

Le développement d'une symptomatologie liée à la personnalité *borderline* peut être expliqué par diverses théories en psychologie et psychiatrie (Millon, 2011). Notons deux approches visant sa compréhension : l'une axée sur la causalité multiple et l'autre sur la théorie biosociale.

La causalité multiple

Selon cette conceptualisation, la personnalité *borderline* ne peut pas être attribuée à un

seul facteur. En fait, il est possible que des facteurs environnementaux et génétiques jouent un rôle dans le développement des symptômes. Les résultats de la recherche mettent en lumière que de nombreux individus affichant une personnalité *borderline* : 1) présentent des antécédents de sévices (physiques ou psychologiques), et de négligence ; 2) ont vécu des expériences de séparation ou de pertes relationnelles en bas âge ; et 3) ont subi des événements traumatiques à l'adolescence ou à l'âge adulte (Widom, Czaja et Paris, 2009).

La théorie biosociale

Cette théorie émise par Linehan (1993a) part de l'hypothèse que la personne *borderline* souffrirait d'une vulnérabilité biologique de son système de régulation émotionnelle. Cette vulnérabilité biologique s'exprimerait au travers d'une grande réactivité aux stimuli externes et internes, d'une forte intensité de la réponse émotionnelle produite et d'un retour lent à un état émotionnel « normal ». Ainsi, la personne *borderline*, devrait trouver une aide supplémentaire dès son enfance pour mettre en place des stratégies de gestion de ses émotions. Malheureusement, l'environnement n'est que rarement préparé ou apte à faire face à ces besoins accrus. Face à cette pression, l'environnement en vient à mal fonctionner et conduit l'enfant à subir des expériences qui ne font qu'exacerber ses déficits en matière de compétences à réguler ses émotions. On parle alors d'environnement invalidant¹.

Par ailleurs, cette difficulté de régulation émotionnelle serait responsable de l'instabilité retrouvée dans quatre domaines de fonctionnement de la personne *borderline*, à savoir l'instabilité comportementale (conduites suicidaires, autodommageables et impulsives), l'instabilité émotionnelle (labilité affective, problème de colère), l'instabilité interpersonnelle (relations chaotiques, peur de l'abandon) et l'instabilité personnelle (confusion de soi, sensation de vide, perturbations cognitives).

Interventions

Chez l'adulte

La thérapie comportementale dialectique de Linehan (1993a, 1993b) est un traitement pour adulte souffrant d'un trouble de personnalité *borderline* avec conduites suicidaires. Au centre de sa pratique, elle combine des

1. Cette théorie suppose ainsi une interaction entre cet environnement invalidant et une vulnérabilité biologique.

stratégies de thérapie comportementale et cognitive avec des pratiques orientales de *mindfulness*, résidant dans une vue globale dialectique qui souligne la synthèse des idées opposées. Cette intervention vise autant le changement que l'acceptation et s'inscrit dans la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives.

De façon plus spécifique, ce traitement vise la régulation émotionnelle par l'enseignement de quatre groupes de compétences : la *mindfulness*, la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle. Elle propose aussi cinq modalités de prise en charge. La *première* est la mise en place d'un groupe d'entraînement aux compétences. Cette intervention se donne hebdomadairement par deux animateurs lors de séances de deux heures trente pendant vingt semaines. La *deuxième* modalité a trait à une thérapie individuelle visant l'intégration et l'application de ces compétences aux problèmes du patient. Le thérapeute individuel est considéré comme l'intervenant principal. Il rencontre le patient à raison d'un entretien hebdomadaire d'environ une heure. La *troisième* modalité porte sur les consultations téléphoniques. Elle vise essentiellement la généralisation des compétences dans la vie quotidienne du patient et la prévention des comportements suicidaires. Cette assistance est offerte par le thérapeute principal. La *quatrième* modalité consiste à la supervision d'équipe. Cette activité a comme objectifs de prévenir l'épuisement chez les professionnels de l'équipe et d'aider l'intervenant à rechercher une synthèse entre ses positions extrêmes dans lesquelles il est susceptible de s'enfermer (par ex., omnipotence *versus* impuissance). La *cinquième* modalité concerne les interventions auxiliaires, à savoir toute prise en charge réalisée auprès d'autres instances ou d'autres professionnels.

Chez l'adolescent

L'équipe de Miller, Rathus et Linehan (2007) a adapté cette thérapie à l'adolescent *borderline* et suicidaire. Les paragraphes qui suivent présentent brièvement les principales modifications apportées au protocole original d'intervention.

D'abord, l'absentéisme à l'école est ajouté comme un comportement interférant avec la qualité de vie. Ensuite, les interventions auxiliaires réalisées sont étendues à la famille, à l'école et aux employeurs. Aussi l'implication de la famille au traitement est primordiale. Ainsi, au moins un des parents doit participer

au groupe de compétences avec son adolescent afin d'apprendre les compétences enseignées. Les parents peuvent aussi être invités à participer aux séances de thérapie individuelle pour aider à la résolution des difficultés de leur adolescent. Un soutien téléphonique est aussi offert aux parents par les animateurs de groupe pour mettre en œuvre les compétences transmises. Enfin des compétences liées aux dilemmes spécifiques dans la relation parent(s)-adolescent sont travaillées.

Implantation québécoise

L'implantation montréalaise de la thérapie comportementale dialectique dans un établissement offrant des soins psychiatriques aux adolescents présentant une symptomatologie *borderline* et des conduites suicidaires a demandé préparation et méthode. Le texte ci-dessous donne un aperçu du travail effectué pour mener à bien cette démarche.

La constitution de l'équipe

Au départ, six professionnels en santé mentale se regroupent en équipe pour offrir toutes les modalités d'intervention de la thérapie comportementale dialectique dans leur établissement. Cette équipe œuvre dans une clinique pédopsychiatrique qui reçoit notamment des adolescents *borderline* et suicidaires

La familiarisation à l'approche

Ensuite, tous les membres de l'équipe ont lu et discuté en réunion le contenu des manuels de base de la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993a ; Linehan, 1993b, Miller *et al.*, 2007) afin de se familiariser avec la philosophie, le modèle théorique et les stratégies d'intervention de ce traitement. Parallèlement à ce travail, une recension des écrits scientifiques traitant de cette thérapie est réalisée. À cette étape, la recension a permis de situer le niveau de preuve scientifique de l'efficacité de cette thérapie auprès des adolescents *borderline* et suicidaires.

Les représentations institutionnelles

Dans un troisième temps, des représentations ont été effectuées auprès des chefs médicaux et administratifs de l'établissement pour l'obtention de locaux adaptés et du financement pour la formation des membres de l'équipe et l'élaboration de matériel clinique. Le caractère novateur et les avantages financiers autant que cliniques de l'implantation d'un tel programme ont été mis de l'avant pour appuyer la demande.

La formation officielle de l'équipe

En quatrième lieu, les membres de l'équipe ont suivi une formation intensive aux États-Unis à raison de deux semaines intensives à six mois d'intervalle. Des travaux individuels et de groupe ont été réalisés. Cette formation a été offerte par des collaborateurs de Marsha Linehan au sein de *Behavioral Tech*, organisme responsable de l'enseignement et de la diffusion de la thérapie comportementale dialectique.

La production du matériel clinique

Lors d'une autre phase, une adaptation du matériel clinique donné aux adolescents et aux parents est réalisée. Les manuels de base (Linehan, 1993a ; Linehan, 1993b ; Miller *et al.*, 2007) sont utilisés pour réaliser ce travail. Cette tâche permet : 1) de constituer un recueil explicatif de l'ensemble des compétences enseignées dans la thérapie comportementale dialectique ; 2) de mettre au point les agendas hebdomadaires en langue française ; et 3) d'élaborer des mini-fiches résumant les compétences.

L'élaboration d'un protocole d'évaluation

Dans un sixième temps, un protocole d'évaluation est constitué pour évaluer les améliorations des adolescents qui recevront le programme de thérapie comportementale dialectique. Pour ce faire, un ensemble de variables sont compilées, comme le nombre d'hospitalisations, de visites à l'urgence, de tentatives de suicide et des comportements autodommageables. Plusieurs instruments de mesure sont subséquentement sélectionnés dont le choix repose sur une analyse du cadre théorique de la thérapie comportementale dialectique. Par la suite, ces instruments de mesure sont traduits et validés en français par la méthode inversée parallèle de Vallerand (1989). Voici une brève énumération de ces instruments de mesure.

- *La liste des symptômes de la personnalité borderline à 23 items* évalue les symptômes qui sont spécifiques à la personnalité *borderline* (BSL-23 ; Bohus *et al.*, 2009). Cet instrument a été créé à partir d'une version plus longue possédant 95 items (BSL-95 ; Bohus *et al.*, 2007). L'analyse factorielle révèle la présence d'un seul facteur général de symptômes expliquant 44 % de la variance. Onze questions complémentaires sont aussi disponibles pour évaluer les comportements suicidaires et autodestructeurs.
- *Le questionnaire des cinq dimensions de la mindfulness* (FFMQ) développé par Baer

et ses collègues (2006) résulte d'une intégration de diverses échelles mesurant la *mindfulness*. Ce questionnaire de 39 items comprend cinq échelles mesurant un aspect spécifique de la *mindfulness*, à savoir la manière d'aborder l'expérience personnelle, en l'observant, la décrivant, en agissant avec présence, et ce, sans juger et en étant non réactif face à l'expérience interne. La cohérence interne varie entre 0,70 et 0,91. L'analyse factorielle exploratoire indique la présence de 5 dimensions.

- *L'échelle de tolérance à la détresse* mesure la tolérance à la détresse à partir de 15 items (DTS ; Simons et Gaher, 2005). Ces items mesurent l'évaluation, la régulation, la résistance et l'envahissement émotionnel. L'analyse factorielle exploratoire identifie la présence d'un seul facteur expliquant 46,6 % de la variance. La cohérence interne est de 0,91.
- *L'échelle de difficultés de régulation des émotions* (DERS) conçue par Gratz et Roemer (2004) mesure la régulation émotionnelle et comprend 36 items. Les six sous-échelles portent sur l'acceptation des émotions, l'habileté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but, la capacité de contrôler l'impulsion, la reconnaissance des émotions, la capacité d'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle étant perçues efficaces et la clarté de l'expérience émotionnelle. La cohérence interne des six sous-échelles varie entre 0,75 et 0,91. Une analyse factorielle exploratoire confirme la présence de six dimensions.
- *L'inventaire des difficultés interpersonnelles à 32 items* (IIP-32) développé par Barkham, Hardy, et Startup (1996) évalue les difficultés interpersonnelles. Cet inventaire a été créé à partir d'une version plus longue possédant 127 items. Cette échelle est subdivisée en huit sous-échelles : 1) difficulté à être sociable, 2) difficulté à s'affirmer, 3) difficulté à être soutenant, 4) difficulté à s'impliquer, 5) être trop dépendant, 6) être trop attentionné, 7) être trop agressif et 8) être trop ouvert. La cohérence interne varie entre 0,71 et 0,89. L'analyse factorielle exploratoire suggère la présence de huit facteurs. La cohérence interne des six sous-échelles varie entre 0,69 et 0,87.

L'établissement d'un protocole d'intervention

À la phase finale, les cinq modalités de la thérapie comportementale dialectique sont implantées dans le centre hospitalier

pédopsychiatrique, soit une thérapie individuelle pour tous les adolescents, un groupe d'entraînement aux compétences parent(s)-adolescent, un groupe de supervision hebdomadaire pour les thérapeutes, un soutien téléphonique et la coordination avec les interventions auxiliaires. Un local adapté pour les séances de groupe est aménagé. Des représentations faites auprès des chefs administratifs mènent à des ententes cliniques et administratives concernant le soutien téléphonique. Après plus de deux ans de travail, cette équipe montréalaise a donc pu déployer l'ensemble des modalités de traitement de la TCD (*Tableaux I et II*).

Illustration clinique

Cette étude de cas permet d'illustrer la mise en œuvre d'un traitement TCD auprès d'une adolescente qui est référée en consultation externe pour une personnalité *borderline* avec des conduites suicidaires. Certains renseignements ont été modifiés afin de préserver l'anonymat de cette adolescente.

Les informations générales

Élisabeth est une adolescente de 16 ans qui habite à Montréal. Ses parents se sont

divorcés quand elle avait quatre ans. Elle vit avec sa mère et le conjoint de sa mère. Élisabeth est l'aînée de la famille et a trois demi-sœurs qui vivent avec son père et sa conjointe. Elle n'a pas terminé sa troisième année de secondaire et ne va plus à l'école. Depuis l'âge de 14 ans, elle a fait cinq tentatives de suicide par surdose médicamenteuse. Deux de ces tentatives ont mené à une hospitalisation de quelques semaines. Elle se mutile presque à tous les jours avec des objets coupants depuis l'âge de 12 ans et elle est couverte de cicatrices. Sa mère la décrit comme une fille colérique, impulsive et d'humeur changeante. Elle affirme que tout le monde a tendance à l'abandonner. Depuis trois ans, elle a consulté trois psychologues et deux psychiatres. Elle précise qu'elle s'est sentie jugée et jamais réellement comprise. Elle a une médication de 75 mg de Quetiapine depuis quelques mois.

L'évaluation initiale

- *Établissement de l'alliance thérapeutique.* Dans un premier temps, le thérapeute précise les raisons qui justifient sa demande de consultation. Elle mentionne que ses émotions la font souffrir, que ses relations avec sa famille et ses amis sont difficiles, et qu'elle

Tableau I. Protocole d'intervention lié à la thérapie individuelle de la TCD.

Contenu
Toutes les semaines, le thérapeute aborde les difficultés du jeune selon la hiérarchie des cibles du traitement TCD :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Il aborde d'abord les comportements interférant avec la vie (tentatives de suicide, comportements autodommageables, idéations suicidaires) 2. Il discute ensuite des comportements interférant avec la thérapie (inattention, non-collaboration, non-participation) 3. Il se penche par la suite sur les comportements interférant avec la qualité de vie (absentéisme à l'école, drogue, instabilité résidentielle) 4. Il enseigne enfin les compétences psychosociales
Déroulement
Toutes les semaines, le thérapeute suit le processus du traitement de la TCD :
<ul style="list-style-type: none"> • Il établit un ordre du jour • Il examine l'agenda hebdomadaire comprenant notamment un retour sur la semaine • Il réalise des analyses en chaîne sur les comportements qui interfèrent avec la vie • Il explore l'utilisation des compétences dans la vie de tous les jours

Tableau II. Protocole d'intervention lié à de l'entraînement de groupe de la TCD.

Contenu
<p>Lors des vingt semaines, les deux animateurs enseignent ces compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 semaines sont consacrées aux compétences de la <i>mindfulness</i> (Observer, décrire, participer, sans-jugement, une chose à la fois et faire ce qui est efficace) • 5 semaines sont consacrées aux compétences de régulation des émotions (Comprendre le rôle des émotions, trouver des mots pour les décrire, comprendre les composantes d'une réaction émotionnelle, diminuer sa vulnérabilité émotionnelle, l'action opposée, accumuler les émotions agréables, agir avec prévoyance, bâtir son sentiment de maîtrise) • 4 semaines sont consacrées aux compétences d'efficacité interpersonnelle (Apprendre les facteurs à considérer pour faire une demande et un refus efficaces, choisir son domaine d'efficacité – But, relation, respect de soi) • 5 semaines sont consacrées aux compétences de tolérance à la détresse (se distraire, évaluer les pour et les contre, améliorer le moment, s'apaiser avec les cinq sens, utiliser l'acceptation radicale) • 3 semaines sont consacrées aux compétences de la « voie du milieu » (se valider et valider l'autre, penser et agir dialectiquement, les dilemmes parent(s)-adolescent, les notions de bases des théories de l'apprentissage)
Déroulement
<p>Toutes les semaines, les deux animateurs suivent le processus du traitement de la TCD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercice de <i>mindfulness</i> • Retour sur la semaine et sur la mise en pratique des compétences • Enseignement de nouvelles compétences • Mise en pratique des nouvelles compétences • Exercices donnés pour pratiquer les compétences durant la semaine

a perdu espoir d'être heureuse. Après avoir validé ses difficultés, le thérapeute identifie avec elle les écueils rencontrés lors de ses suivis antérieurs avec d'autres professionnels. Elle dit s'être sentie jugée négativement et a le sentiment d'avoir été abandonnée. Le thérapeute souligne que ces écueils risquent de se reproduire et qu'une attention toute particulière doit être déployée pour tenter de les prévenir et de les adresser dès leur survenue.

- *Évaluation des difficultés selon le DSM-IV-TR.* Dans un deuxième temps, l'évaluation indique la présence d'une dépression majeure avec sept des neuf critères de la personnalité *borderline*. En fait, elle manifeste une impulsivité marquée, un sentiment de vide persistant, une humeur instable et changeante, des crises de colère intenses, une incapacité à supporter la solitude, une histoire de comportements suicidaires et d'automutilations à répétition et une grande instabilité dans les relations interpersonnelles. Élisabeth confie aussi consommer

de la marijuana et de l'alcool sur une base hebdomadaire.

- *Évaluation du risque suicidaire et des facteurs de protection.* Élisabeth dit avoir des idéations suicidaires trois à quatre fois par semaine, sans plan précis. Le risque suicidaire est majoré du fait qu'elle est impulsive et consomme de la drogue et de l'alcool. Elle pourrait passer à l'acte impulsivement. Le thérapeute s'intéresse à mieux comprendre l'histoire de ses comportements suicidaires et leurs contextes d'apparition. Élisabeth avoue avoir fait la majorité de ses tentatives de suicide suite à des disputes avec son père, sa mère ou ses anciens amoureux. Quatre de ces tentatives n'ont pas été planifiées et Élisabeth affirme avoir consommé à chaque fois une quantité importante d'alcool avant de poser un geste suicidaire. Le thérapeute s'assure, avec son assentiment, d'une surveillance accrue de sa mère et d'une restriction d'accès de ses médicaments. Quant aux facteurs de protection, Élisabeth entretient une relation harmonieuse avec sa grand-mère maternelle, se passionne pour le piano et affectionne les chats.

- *Anamnèse familiale et scolaire.* Le thérapeute porte aussi intérêt à son histoire personnelle, familiale et scolaire. Lors de cette anamnèse, le thérapeute réalise qu'elle a vécu dans un environnement familial, où, jusqu'à ce jour, ses parents s'entredéchirent en procédures judiciaires pour obtenir la garde de leur fille. Elle confie aussi avec douleur qu'elle aurait été agressée sexuellement par un de ses oncles paternels quand elle avait 10 ans. Le thérapeute valide sa douleur, bien que le traumatisme pourra être adressé à une phase ultérieure du traitement, quand les comportements suicidaires et les comportements d'automutilation d'Élisabeth seront mieux régulés. Pour faire une synthèse de cette entrevue d'évaluation, le thérapeute catégorise les difficultés d'Élisabeth selon les quatre domaines d'instabilité tels que conceptualisés par la TCD. Le tableau III illustre cette synthèse (*Tableau III*).
- *Résultats aux questionnaires.* Lors d'une autre étape, le thérapeute administre divers questionnaires auto-rapportés à Élisabeth. Les résultats indiquent : 1) d'importants symptômes *borderline* et comportements suicidaires (BSL-23) ; 2) des difficultés majeures dans deux dimensions de la *mindfulness*, soit décrire son expérience interne et adopter une attitude non réactive face à celle-ci (FFMQ) ; 3) une très faible tolérance la détresse (DTS) ; 4) des problèmes centraux pour la régulation des émotions (DERS) ; et 5) des mésententes appréciables avec autrui (IIP-32).

L'orientation et l'engagement

Une fois le processus d'évaluation complété, l'intervention thérapeutique débute avec l'identification d'objectifs réalistes et atteignables par Élisabeth qui décriront ce qu'est pour elle une vie qui vaut la peine d'être vécue, selon la formulation de Marsha Linehan. Elle désire vouloir fonder une famille avec l'homme de sa vie, vivre en campagne avec plusieurs chats et devenir coiffeuse pour gagner sa vie.

Ensuite, le thérapeute lui présente le modèle biosocial pour expliquer le développement de ses difficultés. Il les met en relation avec les interférences actuelles de sa vie, qui nuisent à l'atteinte de ses objectifs et insiste sur l'importance de l'apprentissage de nouvelles compétences. La motivation d'Élisabeth à ne plus se mutiler et à ne plus mettre sa vie en danger est travaillée par l'entremise d'une série de stratégies d'engagement. Une attention particulière est portée aux écueils thérapeutiques précédents, sachant qu'elle a tendance à se sentir jugée négativement et à se désengager du processus thérapeutique. L'entente est à l'effet qu'elle communiquera son état et ses inconvénients et que le thérapeute fera de son mieux pour y être sensible, de manière à ce que chacun préserve, à sa manière, la relation thérapeutique.

Une fois l'engagement d'Élisabeth obtenu, les règles de fonctionnement du programme de la TCD lui sont présentées. L'une des exigences est qu'au moins un de ses parents participe au groupe des compétences avec elle. Il est

Tableau III. Résumés des difficultés d'Élisabeth.

Instabilité	Manifestations
1. Comportementale	Automutilation Conduites suicidaires Sexualité à risque Conduite dangereuse de son scooter Consommation d'alcool et de drogues
2. Émotionnelle	Labilité affective (oscillation entre joie et colère) Colères intenses et incontrôlables
3. Interpersonnelle	Relation problématique (amies et amoureux) Peur de l'abandon Tensions importantes avec ses parents Disputes violentes avec ses demi-sœurs
4. Personnelle	Sensation de vide Dévalorisation

convenu que sera sa mère. Enfin, les modalités d'utilisation du soutien téléphonique lui sont expliquées et un contrat thérapeutique est signé.

L'entraînement aux compétences psychosociales

Cinq compétences sont enseignées à Élisabeth lors de l'entraînement aux compétences. Elle est introduite aux compétences de *mindfulness*, à savoir reconnaître et communiquer ses expériences internes. Cette compétence va l'aider à mieux observer et décrire ses pensées et ses émotions tout en respectant les principes de non-jugement, d'une chose à la fois et d'efficacité. Ensuite, les compétences liées à la régulation émotionnelle sont enseignées pour prévenir la crise émotionnelle. Dans un troisième temps, Élisabeth apprend de quelle manière tolérer la détresse en situation problématique. Diverses stratégies pour se distraire ou pour accepter la situation sont explorées. Quatrièmement, Élisabeth est initiée à l'affirmation de soi en apprenant notamment comment faire une demande et des refus. Enfin, elle est conviée à résoudre dialectiquement divers dilemmes parent(s)-adolescent en utilisant les compétences de la « voie du milieu ». Plus spécifiquement, voici les cinq modules de compétences enseignées :

- le 1^{er} module enseigne à Élisabeth les compétences de la *mindfulness*. Souvent les adolescents comme elle, affirment avoir de la difficulté à reconnaître leurs expériences internes et à les communiquer. Ces compétences vont l'aider à se centrer sur le moment présent pour mieux observer et mieux décrire ses pensées et ses émotions sans jugement et ceci de façon efficace ;
- le 2^e module aborde les compétences de régulation émotionnelle afin qu'elle puisse être moins affectée par ses émotions envahissantes et persistantes. Certaines de ces compétences vont l'aider à mieux comprendre son expérience émotionnelle et à adopter une hygiène de vie lui permettant de diminuer sa vulnérabilité aux crises émotionnelles ;
- le 3^e module porte sur les compétences de tolérance à la détresse. Ces stratégies sont utiles quand elle vit des crises relationnelles qui ont tendance à se terminer par des gestes qui mettent sa vie en danger. Elle apprend à traverser ces crises ou ces moments éprouvants sans empirer les choses à l'aide de plusieurs stratégies pour se distraire et pour rendre la situation plus supportable. De plus, la notion d'acceptation radicale lui est bénéfique pour composer avec sagesse avec les événements qu'elle ne peut pas changer ;

- avec le 4^e module portant sur l'apprentissage des compétences d'efficacité interpersonnelle, Élisabeth apprend notamment à faire une demande et un refus efficaces en allant dans le sens de ses objectifs, en préservant ses relations et en se respectant. Ou garder cette phrase : Des notions d'affirmation soi, de maintien de ses relations et de respect de soi sont aussi enseignés dans ces compétences ;
- le 5^e module traite des compétences de la « voie du milieu ». Élisabeth vit des tensions familiales importantes avec ses parents et sa mère est dépassée par l'ampleur de leurs conflits. Elle ne sait plus quoi faire avec sa fille. Ces compétences aident Élisabeth et sa mère à résoudre les dilemmes qui ont tendance à les mettre en opposition en réconciliant leurs points de vue.

La thérapie individuelle

Conjointement à cet entraînement de groupe, Élisabeth est engagée dans ses séances de thérapie individuelle d'une heure par semaine. Elle doit compléter quotidiennement son agenda hebdomadaire décrivant la force de ses idéations suicidaires, la présence de tentatives de suicide, son envie de s'automutiler, la présence d'automutilation, son envie de consommer de la drogue ou de l'alcool et sa consommation comme telle, ainsi que l'intensité de ses émotions. Cet agenda est personnalisé avec ses difficultés particulières décrites en début de suivi (voir *Tableau III*).

Les paragraphes qui suivent illustrent une séance typique de thérapie. La révision de son agenda révèle la présence de plusieurs automutilations, de la consommation d'alcool et d'une tentative de suicide. La priorité d'intervention est d'explorer plus en détail sa tentative de suicide qui a eu lieu trois jours auparavant. Élisabeth précise ne pas vouloir en parler, car elle veut discuter d'une dispute qu'elle a eue avec son amoureux le matin même.

En TCD, la thérapie individuelle est structurée selon une hiérarchie de cibles de traitement qui sont, en ordre de priorité, la diminution des conduites interférant avec la vie, la diminution des conduites interférant avec la thérapie, la diminution des conduites interférant avec la qualité de vie et l'apprentissage des compétences psychosociales. Étant donné qu'Élisabeth a fait une tentative de suicide (une conduite interférant avec la vie), le thérapeute donne préséance à cette problématique hautement préoccupante en comparaison de ses difficultés dans sa vie amoureuse (une conduite interférant avec sa qualité de vie) et souligne à Élisabeth l'importance de mieux comprendre

cet événement qui a mis sa vie en danger. Le thérapeute s'engage en fin de séance à discuter brièvement des difficultés qu'elle a avec son amoureux (conduites interférant avec la qualité de vie).

Une analyse en chaîne² est complétée avec elle et permet de dégager en détail la séquence des événements en termes de ses émotions, de ses pensées et de ses actions ayant conduit à ce geste autodestructeur ainsi qu'aux conséquences lui étant rattachées en termes de gestion des contingences du comportement. Une fois cette analyse faite, Élisabeth et le thérapeute identifient des compétences de *mindfulness*, de régulation émotionnelle et de tolérance à la détresse pouvant potentiellement prévenir la réapparition d'une crise semblable. Plus précisément, l'analyse en chaîne révèle que suite à une dispute avec sa mère, Élisabeth s'est enfermée dans sa chambre pour broyer du noir. Envahie successivement par des émotions de colère, de tristesse et de honte, elle

2. Cette stratégie d'intervention consiste à identifier les facteurs situationnels qui ont précédé et suivi un comportement problématique. En fait, plusieurs variables peuvent influencer les comportements problématiques. Ces variables peuvent fluctuer d'une situation à une autre et d'un patient à un autre. L'analyse en chaîne vise à préciser les événements internes et externes associés au comportement problématique. Pour ce faire, le thérapeute aide le patient à décrire clairement la situation et à identifier les facteurs de vulnérabilité et les événements précipitant le comportement problématique. Par la suite, ils tentent ensemble de faire des liens entre les événements précipitants et le comportement problématique (analyse en détail de chaque pensée, sentiment, comportement dans l'ordre chronologique de leur apparition). Les conséquences du comportement sont ensuite examinées de près dans le but d'aider le patient à devenir plus efficace dans la prévention de ses comportements à l'avenir et d'explorer des comportements alternatifs à adopter tôt dans la chaîne d'événements.

consomme avec excès de la vodka et avale impulsivement une vingtaine de comprimés d'acétaminophène pour se faire vomir. Suite à cette analyse, Élisabeth identifie des compétences de tolérance à la détresse qui l'aurait aidée à traverser ses émotions intenses et douloureuses sans empirer la situation. Elle est aussi encouragée à utiliser le soutien téléphonique pour bénéficier de l'aide de son thérapeute qui l'aurait orientée dans l'application de compétences pour composer avec cette situation éprouvante.

Il est important de souligner que le travail fait par le thérapeute est supervisé par l'ensemble des autres thérapeutes de l'équipe. Toutes les semaines, le thérapeute peut trouver conseil auprès de ses collègues. Le travail fait lors d'une TCD est un travail d'équipe. Notons qu'il est nécessaire pour le thérapeute de pouvoir s'appuyer sur ses collègues afin qu'il puisse éviter de s'épuiser, d'agir impulsivement et de nuire involontairement au cheminement thérapeutique d'Élisabeth.

La fin du traitement

Élisabeth complète l'entraînement de groupe, assiste à la majorité de ses rencontres de thérapie individuelle et utilise à quelques reprises le suivi téléphonique. Même si au début, elle éprouve des difficultés à utiliser les compétences enseignées, les interventions l'aident progressivement à les utiliser dans sa vie de tous les jours. Au fur et à mesure ses crises de colère deviennent moins fréquentes. Une évaluation après le traitement permet d'apprécier les progrès d'Élisabeth. Le *Tableau IV* résume les changements observés aux différentes échelles.

Ces résultats suggèrent qu'Élisabeth s'est améliorée principalement en réduisant ses

Tableau IV. Progrès d'Élisabeth.

Questionnaires		Avant la thérapie	Après la thérapie	Pourcentage d'amélioration
Symptômes <i>borderline</i>	BSL-23	80	40	50
Comportements suicidaires	BSL-23	19	5	74
Mindfulness	FFMQ	127	149	15
Tolérance à la détresse	DTS	26	51	49
Difficultés de régulation des émotions	DERS	114	105	8
Difficultés interpersonnelles	IIP-32	47	46	2

conduites suicidaires et d'automutilations et en augmentant ses capacités de tolérance à la détresse. Ces résultats sont concordants aux observations cliniques réalisées par le thérapeute individuel d'Élisabeth. En revanche, les acquis d'Élisabeth restent fragiles. Elle affirme que ses émotions la font encore souffrir et qu'elle vit toujours des difficultés relationnelles avec ses parents et son amoureux. Cependant, elle a la possibilité, avec la poursuite de sa thérapie individuelle, de consolider ses apprentissages et pousser plus loin un travail sur elle-même qui la rapprochera de ses objectifs personnels et d'une vie qui vaut la peine d'être vécue.

Conclusion

Cet article avait pour but de familiariser le lecteur à la thérapie comportementale dialectique pour l'adolescent *borderline* et suicidaire. Comme le démontre l'histoire de cas, cette intervention intensive a aidé Élisabeth à améliorer sa santé mentale et sa tolérance à la détresse. En revanche, le travail thérapeutique avec Élisabeth n'est pas terminé. D'ailleurs, d'après le modèle de prise en charge de la TCD, Élisabeth vient de compléter le premier stade de traitement, soit celui de diminuer ses conduites suicidaires et d'automutilations.

Une autre portion considérable de travail thérapeutique reste à être fait en rapport avec les aléas de son enfance et ses relations familiales difficiles.

Comme le montrent cette histoire de cas et les quelques études citées évaluant l'efficacité de la TCD, cette thérapie paraît prometteuse pour venir en aide à ces adolescents *borderline* et suicidaires. Il reste toutefois beaucoup à faire pour statuer sur l'efficacité de cette thérapie auprès de ces jeunes. Des études randomisées sont en cours en Norvège et aux États-Unis pour accroître le niveau de preuve scientifique de l'efficacité de la TCD auprès des adolescents *borderline* et suicidaires. ■

Remerciements

Nous remercions le Dr Jean-Jacques Breton, psychiatre, et les membres de l'équipe de la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies qui ont rendu possible l'implantation de cette thérapie et tout particulièrement Monique Létourneau, psychologue, et Lyne Desrosiers, ergothérapeute, pour leurs initiatives novatrices. Nous remercions aussi Dr. Valentin Mbekou, psychologue, et Dre Johanne Renaud, psychiatre, pionniers de la thérapie comportementale dialectique auprès des adolescents psychiatisés de Montréal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association (2000/2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV-TR : Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association.
2. Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J., Krietemeyer J., Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
3. Barkham M., Hardy G.E., Startup M. (1996). The IIP-32 : a short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
4. Bernstein D.P., Cohen P., Velez C.N., Schwab-Stone M., Siever L.J., Shinsato L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
5. Bohus M., Kleindienst N., Limberger M.F., Stieglitz R.D., Domsalla M., Chapman A.L., Wolf M. (2009). The short version of the borderline symptom list : development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
6. Bohus M., Limberger M.F., Frank U., Chapman A.L., Kühler T., Stieglitz R.D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list. *Psychopathology*, 40(2), 126-132.
7. Breton J.J., Légaré G., Laverdure J., D'Amours Y. (2002). Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents, section santé mentale. *Actes du 6^e symposium québécois de recherche sur la famille*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
8. Chabrol H., Montovany A., Callahan S., Chouicha K., Ducongé E. (2002). Factors analysis of the DIB-R in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 16, 374-384.
9. Cicchetti D., Cohen D.J. (2006). *Developmental psychopathology : theory and methods* (vol. 1) (2nd ed). New York : Wiley and Sons.
10. Cloutier R., Drapeau S. (2008). Les problèmes psychosociaux à l'adolescence. In : Cloutier R, Drapeau S (eds). *Psychologie de l'adolescence* (3^e ed). Québec : Édition Gaëtan Morin.
11. Cohen P., Crawford T.N., Johnson J.G., Kasen S. (2005). The children in the community study of developmental of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466-486.

12. Cooper J., Kapur N., Webb R., Lawlor M., Guthrie E., Mackway-Jone K., Appleby L. (2005). Suicide after deliberate self-harm : a 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.
13. Gagné M., St-Laurent D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec. Tendances et données récentes de 1981 à 2008*. Institut national de santé publique du Québec.
14. Gratz K.L., Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
15. Guilé J.M., Greenfield B. (2004). Personality disorders in childhood and adolescence. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 51-52.
16. Guilé J.M., Greenfield B., Breton J.J., Cohen D., Labelle R. (2005). Is psychotherapy effective for borderline adolescents ? *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 277-282.
17. Katz L.Y., Cox B.J., Gunasekara S., Miller A.L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
18. Linehan M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
19. Linehan M.M. (1993b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
20. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescent*. New York : The Guilford Press.
21. Millon T. (2011). *Disorders of personality : Introducing a DSM/ICD Spectrum from normal to abnormal* (3rd ed). New York : Wiley and Sons.
22. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (10), 2-9.
23. Pfeffer C.R. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In Martin A., Volkmar F.R. (eds.). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* (4th ed). Philadelphia: Lippincott Wilkins and Wilkins.
24. Renaud J., Berlin M., Tousignant M., Turecki G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case control study. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 221-228.
25. Rutter M. (2002). Development and psychopathology. In : Rutter M, Taylor E (eds.). *Child and Adolescent psychiatry* (4th ed). Oxford : Blackwell Science.
26. Shaffer D., Gutstein J. (2002). Suicide and attempted suicide. In : Rutter M, Taylor E (eds.). *Child and adolescent psychiatry : modern approaches* (4th ed). Oxford : Blackwell Scientific.
27. Simons J.S., Gaher R.M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
28. Vallerand R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
29. Widom C.S., Czaja S.J., Paris J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23, 433-446.
30. Woodberry K.A., Popenoe E.J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277-286.

Depuis le 29 février 2012 :
soumission électronique directe !
Pour soumettre un article à *Perspectives Psy*,
aller sur le site web de la revue :
<http://www.perspectives-psy.org>
et laissez-vous guider...

Abonnez-vous à
Perspectives Psy
La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné
 Voir Bulletin d'abonnement page 410 de ce numéro