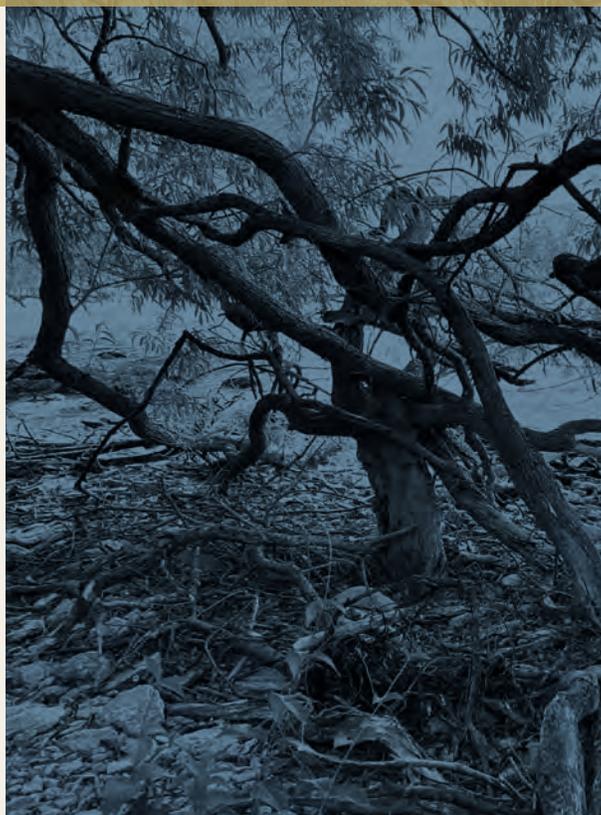


LES
CAHIERS
DU SAVOIR

NUMÉRO 3 NOVEMBRE 2022

LES TROUBLES DE
LA PERSONNALITÉ

TABLE DES MATIÈRES



Nous avons employé le masculin dans le but d'alléger la lecture du texte.

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone : 514 738-1881
1 800 363-2644

ordrepsy.qc.ca
info@ordrepsy.qc.ca

Dépôt légal – 2022

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-65-6

Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2564-3800 (imprimé)

Envoi de Poste-publications :
numéro de convention 40065731

- 1 Mot de la présidente
1 Mot de la rédactrice en chef
-
- 2 **Chapitre 1 – L'évaluation des troubles de la personnalité en contexte clinique : problématique et approche intégrative séquentielle**
M. Sébastien Bouchard, Ph. D., psychologue
- 9 **Chapitre 2 – Application clinique de la psychothérapie comportementale dialectique dans le traitement du trouble de la personnalité limite**
D^{re} Caroline Audet, M. Ps., Ph. D., psychologue
- 16 **Chapitre 3 – Perspectives humanistes de l'intervention auprès de la personne présentant un trouble de la personnalité limite**
M^{me} Janine Gagnon Corbeil, L. Ps., psychologue
- 22 **Chapitre 4 – Regard comparatif sur deux traitements psychodynamiques contemporains empiriquement éprouvés : la psychothérapie focalisée sur le transfert et la thérapie basée sur la mentalisation**
D^r Dominick Gamache, Ph. D., et D^{re} Julie Maheux, Ph. D., psychologues
- 30 **Chapitre 5 – La psychothérapie de couple auprès des personnes souffrant de troubles de la personnalité**
D^{re} Claudia Savard, Ph. D., psychologue, M^{me} Élodie Gagné-Pomerleau, B.A., M^{me} Danielle Lefebvre, M. Ps., psychologue, et D^r Stéphane Sabourin, Ph. D., psychologue
- 39 **Chapitre 6 – La PGRO : traiter le lien par le lien**
D^r Gilles Delisle, Ph. D., et M^{me} Line Girard, M. Ps., psychologues
- 45 **Chapitre 7 – Composer avec des identités multiples : entre bricolage, fragmentation et articulation**
M^{me} Rachida Azdouz, M. Sc. éd., D.E.A., psychologue
- 53 **Chapitre 8 – L'enfant borderline en devenir : repères cliniques liés à l'émergence du trouble de la personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent**
D^r Miguel M. Terradas, Ph. D., psychologue, M. Olivier Didier, B. Sc., M^{me} Pascale Dugas, B. Sc., et M^{me} Isabelle Houvenaghel, B. Sc.
- 59 **Chapitre 9 – Violence et troubles de la personnalité**
D^r Hubert Van Gijsegem, Ph. D., psychologue
- 64 **Chapitre 10 – Déceler et neutraliser les effets nocifs des comportements narcissiques rigides et récurrents en milieu de travail**
D^{re} Julie Bourbonnais, Ph. D., et M. Jacques E. Tremblay, M. Ps., psychologues
- 71 **Chapitre 11 – La régulation affective du psychothérapeute : une compétence essentielle en psychothérapie des troubles de la personnalité**
D^{re} Monique Bessette, Ph. D., psychologue
- 78 **Chapitre 12 – La neuropsychologie des troubles de la personnalité**
D^r Jean Gagnon, Ph. D., psychologue et neuropsychologue, et M^{me} Asmara Awada, M. Sc.
-
- 88 Biographies des auteurs
92 Références bibliographiques



C'est avec un grand plaisir que je vous présente ce troisième numéro des *Cahiers du savoir*, une toute nouvelle édition sous le signe de la continuité. D'un *Cahier* à l'autre, une problématique psychologique distincte, mais d'importance, est traitée : d'abord les troubles dépressifs, ensuite les troubles anxieux et, dans celui-ci, les troubles de la personnalité les plus fréquents. Par ailleurs, chaque numéro des *Cahiers du savoir* est rédigé avec nuance et avec rigueur, bénéficiant de l'expertise et de la plume de nos membres et auteurs chevronnés, qui sont issus de différents milieux et qui utilisent des approches diverses, toujours dans un souci de représenter l'ensemble des orientations et des réalités des membres de l'Ordre.

Tout au long du processus d'édition, la rédactrice en chef, la D^{re} Isabelle Marleau, directrice de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre, peut également compter sur l'expertise, le savoir et le regard aiguisé des membres du comité scientifique des *Cahiers*, chargés de la révision des textes. À cet effet, je tiens d'ailleurs à remercier M^{me} Lynda Brisson et le D^r Frédérick Dionne, psychologues, le D^r Gilles Dupuis, ainsi que le D^r Conrad Lecomte et la D^{re} Isabelle Rouleau, psychologues, pour leur importante contribution à titre de membres du comité scientifique du présent numéro. Je souhaite également remercier une fois de plus les membres du conseil d'administration de l'Ordre, qui ont eu foi en ce projet, ainsi que la direction des communications, qui prend part à sa réalisation.

Rappelons que les *Cahiers du savoir*, publiés sur une base annuelle, répondent à un besoin essentiel de formation continue pour l'ensemble des psychologues œuvrant dans tous les domaines et milieux de pratique. Sans avoir la prétention de rivaliser avec les *textbooks* et de couvrir de façon exhaustive chacun des pans d'une problématique donnée en matière de santé mentale, les *Cahiers* offrent une synthèse à la fois pertinente et facile à lire des principaux enjeux auxquels peuvent faire face nos membres dans le cadre de leur profession. Aujourd'hui, une connaissance plus approfondie des troubles de la personnalité est essentielle à la pratique de nombreux psychologues, notamment parce que ces troubles peuvent représenter un défi de taille dans les relations interpersonnelles des clients et générer une grande détresse, et ce, dans les différentes sphères de leur vie. Les troubles de la personnalité peuvent aussi engendrer divers enjeux au sein du cadre et de l'alliance thérapeutiques, en plus de complexifier d'autres configurations cliniques et de multiplier les possibilités de comorbidité.

Je souhaite sincèrement que cette lecture puisse vous offrir une compréhension encore plus fine ainsi qu'un nouvel éclairage sur ce thème d'actualité, et ainsi permettre d'enrichir votre pratique professionnelle, et ce, pour le plus grand bénéfice de vos clients.

Christine Grou

D^{re} Christine Grou, psychologue, neuropsychologue
Ph. D. (psychologie), M.A. (bioéthique), ASC
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

Pour une troisième année consécutive, c'est avec enthousiasme que j'ai dirigé le processus de création des *Cahiers du savoir*.

Dans ce numéro, on aborde l'évaluation des troubles de la personnalité en contexte clinique, selon une approche intégrative séquentielle. On présente ensuite diverses perspectives de l'intervention auprès de la clientèle touchée par ces troubles, notamment l'application clinique de la thérapie comportementale dialectique, l'intervention d'approche humaniste, un regard comparatif sur des traitements psychodynamiques contemporains, la psychothérapie de couple et, enfin, le traitement par la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet.

Ce numéro nous permet par la suite de découvrir les troubles de la personnalité sous l'angle des identités multiples, de développer des repères cliniques liés à l'émergence du trouble de la personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent, puis d'ouvrir une fenêtre sur la notion de violence chez les personnes atteintes de ce trouble. Les auteurs nous guident avec expertise dans les méandres des comportements narcissiques en milieu de travail et nous renseignent sur une compétence essentielle en psychothérapie des troubles de la personnalité, soit la régulation affective du psychologue. Finalement, ils nous invitent à une incursion dans la neuropsychologie de ces différents troubles.

J'espère que ce numéro vous apportera plaisir et connaissances. Bonne lecture!

Isabelle Marleau

D^{re} Isabelle Marleau, psychologue
Directrice de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

L'ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ EN CONTEXTE CLINIQUE : PROBLÉMATIQUE ET APPROCHE INTÉGRATIVE SÉQUENTIELLE

M. Sébastien Bouchard,
Ph. D., psychologue

Introduction

Le taux de prévalence des troubles de la personnalité (TP) se situerait entre 3,8 % et 14,5 % de la population générale (Cailhol et al., 2015; Torgersen, 2012; Winsper et al., 2020) et entre 40 % et 50 % de la population suivie en santé mentale (Beckwith et al., 2014; Newton-Howes et al., 2010). La présence d'un TP chez un patient est reconnue pour assombrir le pronostic de traitement de la plupart des troubles de santé mentale (Banyard et al., 2021; Grant et al., 2004; Reich, 2003; Verheul, 2001), entraver le traitement optimal des problèmes de santé physique (Moran et al., 2001) et diminuer de près de vingt ans l'espérance de vie chez les personnes qui en souffrent, en particulier pour les TP associés à des gestes autodestructeurs et à l'attrait pour des conduites à risque (Fok et al., 2012). Or, l'évaluation rigoureuse des TP en contexte clinique permet d'éviter de sous-estimer la gravité des difficultés en cause, d'anticiper les complications de traitement et de bâtir une offre de services réaliste et individualisée.

Le présent article ne prétend pas faire la recension exhaustive de toutes les méthodes et de tous les systèmes nosologiques existants. Il propose plutôt un survol critique des paradigmes dominants et des méthodes d'évaluation qui en découlent. Il vise à guider les lecteurs dans leur choix d'approche d'évaluation des TP et offre plusieurs références pour approfondir leurs connaissances. Pour une revue critique de tous les questionnaires autorapportés ou semi-structurés destinés à l'évaluation des TP, nous invitons les lecteurs à consulter les excellentes revues de littérature de plus de soixante-dix outils d'évaluation des TP faites par Furnham et al. (2014) et par Simms et al. (2019). De plus, précisons que cet article porte sur l'évaluation diagnostique et non pas sur la conceptualisation de cas des TP. L'évaluation diagnostique vise principalement à décrire, à caractériser et à catégoriser le patient ainsi que ses difficultés par rapport à un système diagnostique défini. La conceptualisation de cas, elle, a plutôt pour but d'énoncer une théorie des dynamiques internes du patient et de l'expression idiosyncratique de ses problèmes de personnalité.

Dans cet article, nous présenterons une description détaillée des enjeux et défis de l'évaluation des TP, nous ferons un survol critique de trois grands paradigmes d'évaluation des TP et de trois grands types d'outils d'évaluation des TP, puis nous concluons en proposant un modèle intégratif d'évaluation séquentielle des TP.

Problématique

Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité?

C'est le psychiatre Emil Kraepelin, au début du XX^e siècle, qui a introduit le premier la notion de type de personnalité au sein des classifications de la psychiatrie moderne (Crocq, 2013). Or, en faisant entrer l'analyse de la personnalité dans ses champs d'intérêt, la psychiatrie s'est trouvée à porter son attention sur tout un nouveau domaine du fonctionnement humain qui n'était pas considéré jusque-là comme relevant de la psychiatrie.

La définition générale d'un TP la plus citée est probablement celle du *DSM* : « *Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue, qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.* » (American Psychiatric Association [APA], 2003, p. 759) Depuis peu, le *DSM-5* propose deux définitions générales et deux méthodes différentes pour établir la présence ou l'absence d'un TP chez un patient. En effet, un modèle alternatif propose une nouvelle grille des critères généraux d'un TP.

La personne doit présenter :

- A. Une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité;
- B. Au moins un trait pathologique de la personnalité;
- C. Des altérations du fonctionnement relativement rigides et envahissant une large gamme de situations personnelles et sociales;
- D. Des altérations du fonctionnement relativement stables dans le temps, débutant au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Par ailleurs, les altérations ne doivent pas :

- E. Être mieux expliquées par un autre trouble mental;
- F. Être seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale;
- G. Être mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal.

Dans sa nouvelle définition des critères généraux d'un TP, le *DSM-5* propose deux nouveautés importantes (les critères B, D, E et F du *DSM-IV* restant inchangés). Le critère A implique pour la première fois, d'une part, l'évaluation de la structure et de la qualité du soi (comprenant l'identité et les capacités d'auto-détermination constructives et prosociales) et, d'autre part, l'évaluation du fonctionnement interpersonnel (défini par la capacité d'intimité et d'empathie, qui recoupe en partie le concept de mentalisation; Fonagy et al., 2019). Cette proposition a été généralement accueillie avec enthousiasme par la communauté scientifique, mais on a jugé que la recherche actuelle et l'absence de consensus définitif ne permettaient pas encore de faire de cette approche diagnostique la seule approche retenue par le *DSM-5*.

Continuité ou discontinuité entre la personnalité normale et la personnalité pathologique

Déjà, au début du XX^e siècle, compte tenu de l'importance des recoupements phénoménologiques et conceptuels entre les deux phénomènes, Kraepelin (Crocq, 2013) soulignait que les différences entre une personnalité normale et une personnalité pathologique sont probablement graduelles et en partie arbitraires. À sa façon, il était un précurseur des approches dimensionnelles voulant que les traits de personnalité se distribuent sur des continuums, allant de traits adaptés à traits mésadaptés, sans rupture franche entre le normal et le pathologique.

Presque un siècle plus tard, Kendell reprend le problème sous un autre angle. Dans son article phare (Kendell, 2002), il explore les bases conceptuelles ainsi que les avantages et inconvénients de considérer les TP comme une maladie mentale ou non.

En synthétisant les deux positions, on dira que les TP sont à la fois l'expression mal adaptée de traits normaux de personnalité [...] et un trouble mental sévère et persistant méritant une place légitime au sein des autres troubles mentaux recensés par le *DSM*.

Malgré certains désavantages à considérer les TP comme une maladie, il conclut que les raisons historiques voulant que les TP ne soient pas considérés comme un trouble mental à part entière ne trouvent généralement plus beaucoup d'appuis face aux études génétiques et cliniques contemporaines. Plus récemment, Ekselius (2018) tenait des propos similaires en qualifiant les TP de maladie invisible (*a disease in disguise*) aux yeux de nombre de médecins. Cela étant dit, l'idée d'aller jusqu'à faire des TP une maladie au sens de la loi et du coup d'en faire un facteur d'atténuation de la responsabilité criminelle continue à être débattue (Kinscherff, 2010; Pickard, 2015). En synthétisant les deux positions, on dira que les TP sont à la fois l'expression mal adaptée de traits normaux de personnalité (qualitativement identiques, mais quantitativement différents) et un trouble mental sévère et persistant méritant une place légitime au sein des autres troubles mentaux recensés par le *DSM*.

Les TP sont-ils des troubles mentaux comme les autres ?

Depuis son introduction au *DSM-II*, en 1968, le statut nosologique des TP a été sujet à débat. Devrions-nous considérer un TP au même titre que les autres entités diagnostiques ou en faire une entité (et un axe) à part dans nos systèmes diagnostiques ? Encore aujourd'hui, quatre positions continuent de s'affronter. La première approche considère la présence d'un TP comme un « arrière-plan », une toile de fond plus ou moins secondaire, venant teinter la présentation clinique générale (Westen, 1997). Une deuxième approche considère les TP comme étant des entités de même nature ontologique que celle des autres troubles mentaux (Arntz, 1999) et choisit donc de les classer sur un même pied d'égalité, « côte à côte », avec les autres troubles mentaux. C'est d'ailleurs ce que l'American Psychiatric Association vient de faire avec le *DSM-5* en abolissant la distinction entre l'axe I et l'axe II. Une troisième approche considère qu'il faut placer les TP en « avant-plan » de nos préoccupations cliniques. Selon celle-ci, les TP devraient bien souvent être vus comme un diagnostic primaire et comme la principale cible de traitement (Gunderson et al., 2004; Massion et al., 2002; Walter et al., 2009). Enfin, une quatrième et dernière approche, incarnée par l'ambitieux projet du National Institute of Mental Health appelé *Research Domain Criteria* (RDoC), vise à terme à se tourner vers une nosologie dimensionnelle des troubles mentaux prenant ses assises sur l'identification de grands systèmes neurobiologiques, cognitifs et comportementaux. Dans cette approche expérimentale toujours

en cours de développement (Cuthbert, 2022), la définition et les critères diagnostiques propres à chaque TP seraient directement dérivés de substrats neurobiologiques sous-tendant l'expression de la symptomatologie associée aux TP.

Divergences des méthodes d'évaluation entre chercheurs et cliniciens

Le développement d'une pratique basée sur les données probantes et les consensus d'experts présuppose que cliniciens et chercheurs partagent certains outils conceptuels et outils d'évaluation favorisant l'avancement et l'enrichissement, de part et d'autre, du travail de chacun. Or, on constate souvent entre ces deux mondes une fracture qui a pour effet d'entraîner une certaine confusion dans le domaine de l'évaluation des TP. En effet, on sait par exemple que cliniciens et chercheurs tendent à ne pas définir et évaluer de la même façon les TP et que les cliniciens arrivent parfois à des conclusions diagnostiques très différentes de celles obtenues par les chercheurs. Ces différences viendraient autant de la façon de concevoir l'évaluation des TP que des méthodes et des instruments retenus.

D'un côté, les cliniciens ont généralement tendance à poser leurs diagnostics de manière plus impressionniste (Davis et al., 1993; Morey et Benson, 2016; Morey et Ochoa, 1989), à arriver à un jugement clinique parfois en quelques minutes seulement, voire en quelques secondes (Oltmanns et al., 2004), à donner plus de poids à certains critères plutôt qu'à d'autres (Kim et Ahn, 2002) et à penser davantage en termes de types de personnalités qu'en termes de diagnostics critériés polythétiques (Cantor et al., 1980). De l'autre côté, les chercheurs ont plus tendance à utiliser des questions directes à partir de questionnaires semi-structurés ou à utiliser des questionnaires psychométriques validés (Zimmerman et Mattia, 1999).

Ces différences de méthodes ne sont pas sans conséquence. Par exemple, Zimmerman et Mattia (1999) ont montré, à partir d'un échantillon de 409 patients en évaluation, que le diagnostic de trouble de la personnalité limite (TPL) est émis beaucoup moins souvent par les cliniciens lorsqu'un questionnaire d'évaluation semi-structuré est utilisé. Ils concluent que, sans les bénéfices d'un entretien semi-structuré, les cliniciens détectent rarement la présence d'un TP lors d'évaluations de routine. Cependant, d'autres auteurs (Westen, 1997; Westen et Arkowitz-Westen, 1998) défendent plutôt l'idée que le *DSM* est de peu d'utilité en clinique, parce qu'une très large part des patients, pourtant en psychothérapie pour des problèmes de personnalité (60,6 % d'un échantillon de 714 patients), ne répondent aux critères d'aucun TP. En résumé, Westen et ses collaborateurs concluent que le système diagnostique proposé par le *DSM* se limite trop aux TP sévères (Westen et Arkowitz-Westen, 1998), qu'en pratique les cliniciens n'utilisent habituellement pas une approche diagnostique catégorielle (Westen, 1997), et qu'il est

possible de faire une évaluation valide de la présence d'un TP en procédant par appariement entre un patient donné et un inventaire (mental ou papier) de *prototypes idéaux* de chacun des TP les plus connus (Westen, 2006; Westen et al., 2010).

Trois paradigmes d'évaluation des TP

La plupart des cliniciens spécialisés dans le traitement des TP vont combiner plus ou moins consciemment des méthodes d'évaluation issues des systèmes diagnostiques catégoriels, dimensionnels et prototypiques. Or, ces paradigmes présentent tous trois des avantages et des inconvénients.

Approche catégorielle

Le *DSM-5* (APA, 2013) et la *CIM-11* (Organisation mondiale de la Santé, 2019) privilégient un système catégoriel dans lequel des ensembles de critères théoriquement indépendants doivent chacun être jugés présents ou absents sur la base de seuils de signification clinique. Ainsi, pour faire une évaluation exhaustive de chaque TP reconnu au *DSM*, le clinicien doit prendre en compte environ 80 critères différents, ce qui est considérable. De plus, le diagnostic d'un TP doit être jugé cliniquement significatif ou non, et donc présent ou absent.

On reproche à l'approche catégorielle d'entraîner de hauts taux de comorbidités diagnostiques (Clark et al., 1995), une grande hétérogénéité entre les membres d'une même catégorie diagnostique (Clark et al., 1995; Widiger, 1993), l'instauration de frontières arbitraires entre la personnalité normale et anormale (Clark et al., 1995; Livesley et al., 1998; Widiger et Clark, 2000), une faible fiabilité (Dreessen et Arntz, 1998; Zanarini et al., 2000) et une faible validité convergente (Clark, 2007). En réponse à ces critiques, l'American Psychiatric Association a proposé, en annexe du *DSM-5*, un modèle alternatif hybride tentant d'intégrer une approche dimensionnelle et catégorielle des TP qui est encore loin de faire l'unanimité. Les efforts de transition vers un véritable système diagnostique dimensionnel des TP sont toujours en cours (Huprich, 2018; Skodol, 2021), mais, pour le moment, le *DSM* peine à changer de paradigme et continue de proposer un système diagnostique catégoriel quasi identique à celui qui a été mis en place il y a quarante ans.

Approche dimensionnelle

Dans cette approche, on voit les TP comme étant le fait de manifestations extrêmes d'ensembles de traits de personnalité relativement indépendants se distribuant normalement le long de continuums. Par exemple, une saine peur de l'abandon et du rejet fait partie du vécu de la plupart des personnes adaptées socialement, mais, dans le TPL, ce trait prend des proportions extrêmes et envahit la plupart des sphères de la vie. Contrairement à l'approche catégorielle, qui est largement dérivée d'opinions d'experts (Widiger et Trull, 2007), l'approche dimensionnelle est historiquement basée sur des modèles théoriques ayant été soumis à des processus de validation empirique rigoureux.

En 2016, pour la première fois, le *DSM-5* a ajouté timidement en annexe une section qui s'inspire des approches dimensionnelles, appelée « Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité ». Cette nouvelle proposition de système diagnostique pour les TP est constituée de vingt-cinq traits de personnalité, regroupés en cinq grands domaines de traits. Chacun des TP est associé à une combinaison de traits de personnalité (voir tableau 1). Rappelons que le TP narcissique a été réintroduit in extremis dans la liste des TP figurant au *DSM-5* et que le bien-fondé de la décision du retrait pur et simple de quatre types de TP (histrionique, schizoïde, paranoïaque, dépendant) est toujours sujet à d'intenses débats.

Tableau 1. Traits (dimensions) caractéristiques des troubles de la personnalité du DSM-5

Trouble de la personnalité	Traits (dimensions)
Antisocial (avec ou sans caractéristiques psychopathiques) (Au moins 6 traits sur 7)	1. Tendances manipulatoires 2. Insensibilité/dureté 3. Malhonnêteté 4. Hostilité 5. Prise de risque 6. Impulsivité 7. Irresponsabilité
Évitant (Au moins 3 traits sur 4) (Le 1 doit être présent)	1. Tendance anxieuse 2. Retrait social 3. Anhédonie 4. Évitement de l'intimité
Borderline (Au moins 4 traits sur 7) (Au moins un des traits 5, 6 et 7 doit être présent)	1. Labilité émotionnelle 2. Tendance anxieuse 3. Insécurité liée à la séparation 4. Dépressivité 5. Impulsivité 6. Prise de risque 7. Hostilité
Narcissique (Les deux traits doivent être présents)	1. Grandiosité 2. Recherche d'attention d'autrui
Obsessionnel-compulsif (Au moins 3 traits sur 4) (Le 1 doit être présent)	1. Perfectionnisme rigide 2. Persévérance 3. Évitement de l'intimité 4. Affectivité restreinte
Schizotypique (Au moins 4 traits sur 6)	1. Dysrégulation cognitive et perceptuelle 2. Croyances et expériences inhabituelles 3. Excentricité 4. Restriction de l'affectivité 5. Retrait social 6. Méfiance

Approche prototypique

Dans une approche prototypique, on évalue le degré de similitude entre, par exemple, une personnalité antisociale typique et la personne qu'on a devant soi. Cette approche ne précise pas le nombre exact d'attributs qu'un sujet doit présenter pour faire partie d'un ensemble diagnostique, mais demande plutôt d'établir un *degré de correspondance* à une entité diagnostique donnée, à un *type idéal* (Schwartz et al., 1989). Une telle approche comporte plusieurs avantages. Elle prend peu de temps, paraît expliquer un maximum de phénomènes avec un minimum de variables, évite l'usage d'outils complexes et coûteux, et représenterait une alternative valable au modèle catégoriel (Westen et al., 2010). Cependant, l'approche prototypique présente aussi des inconvénients : sa validité est encore à l'étude, elle peut paraître réductionniste et elle semble souvent minimiser les différences individuelles au sein d'une même entité diagnostique.

Trois types d'outils d'évaluation

On utilise en général trois types d'outils pour évaluer la présence d'un TP chez un client : les entretiens cliniques, les entrevues semi-structurées et les questionnaires autorapportés.

Entretiens cliniques

Règle générale, la plupart des cliniciens préfèrent les entretiens cliniques comme méthode d'évaluation (McDermut et Zimmerman, 2005). Ceux-ci arguent que les autoquestionnaires ratent la cible, que les personnes présentant un TP manquent d'autocritique pour pouvoir rendre compte de façon fiable de leurs problèmes et que les questionnaires semi-structurés sont trop longs à administrer. Aux lecteurs qui souhaiteraient approfondir l'art des entretiens cliniques semi-structurés comme moyen d'évaluation des TP, nous suggérons de prendre connaissance du cadre théorique propre aux techniques d'entrevue proposées par l'un ou l'autre des modèles de traitement des TP validés empiriquement (Bateman et Fonagy, 2016 ; Derksen et al., 1994 ; Kernberg, 1981, 2004 ; Linehan, 1993 ; Young et al., 2006). En particulier, pour les cliniciens d'approche psychodynamique, Otto F. Kernberg, avec son entretien structural de la personnalité (Ingenhoven et al., 2009), et Nancy McWilliams, avec son approche psychanalytique de l'évaluation de la structure de la personnalité (McWilliams, 2020), sont de bons exemples de processus d'évaluation de la personnalité basés sur des entretiens cliniques. Pour les cliniciens d'approche cognitivo-comportementale, nous référons les lecteurs au livre *Cognitive behavior therapy of DSM-5 personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment*, de Sperry et Sperry (2016).

Entrevues semi-structurées

Les questionnaires semi-structurés sont généralement l'outil de prédilection des chercheurs et présentent plusieurs avantages. Ils facilitent la prise de décisions diagnostiques en donnant des

résultats dichotomiques, limitent les faux négatifs et la minimisation de la comorbidité à l'axe II et permettent de comparer les résultats obtenus à ceux rapportés dans la littérature scientifique. Cela dit, on leur reproche leur longue durée de passation (1 à 2 heures), l'exagération du nombre de comorbidités à l'axe II (Westen et Shedler, 1999), leur complexité et leur tendance à ne pas détecter les TP de niveau léger à modéré (Ingenhoven et al., 2009).

Les plus connus sont le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II ; First et Gibbon, 2004 ; SCID-5-PD ; First et al., 2016), le *Structured Interview for DSM-IV Personality* (SIDP-IV ; Pfohl et al., 1997), le *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders* (DIPD-IV ; Zanarini et al., 1996) et l'*International Personality Disorder Examination* (IPDE ; Loranger, 1999). Malgré quelques différences dans l'ordre de présentation des questions (par thèmes, par critères ou par TP), tous ces questionnaires sont fidèles au *DSM* et se fondent sur une approche catégorielle. Le *Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization* (STIPO ; Hörz-Sagstetter et al., 2018) fait exception en proposant une grille d'évaluation du registre des mécanismes de défense et des relations d'objet pouvant être qualifiée de dimensionnelle. La plupart de ces instruments sont disponibles en français, mais peu disposent de validations faites auprès de populations francophones.

Questionnaires autorapportés

Il existe au moins quatre types d'autoquestionnaires destinés aux TP. En effet, Furnham et al. (2014) et Simms et al. (2019) ont récemment dénombré dix autoquestionnaires visant à évaluer tous les TP selon le *DSM*, trois autoquestionnaires visant à évaluer tous les TP selon l'approche dimensionnelle du *DSM-5*, cinq autoquestionnaires visant à évaluer tous les TP selon une approche dimensionnelle autre et quarante-cinq autoquestionnaires évaluant un seul type de TP (et ses sous-types), sans compter les sept mesures générales du *niveau de fonctionnement de la personnalité* répertoriées.

Les questionnaires autorapportés ont l'avantage de nécessiter moins d'expertise à l'administration que les instruments semi-structurés. Ils sont également moins coûteux à administrer et permettent des tests-retests ainsi que l'économie de temps de la passation et la cotation par ordinateur. Cela dit, ils ont aussi le désavantage de nécessiter plus d'expertise qu'il n'y paraît au moment de l'interprétation des résultats. Ils ont tendance à produire plus de faux positifs (plus forte sensibilité), sont plus vulnérables aux tentatives de tromperie de la part des évalués et présentent des problèmes de validité variables.

Parmi les questionnaires autorapportés, les plus connus sont probablement le *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III ; Millon et al., 2015) et le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory for the DSM-III* (MMPI ; Sellbom et al., 2018). Plus récemment,

des questionnaires validés et basés sur une approche dimensionnelle, tels le *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire* (DAPP-BQ; Brezo et al., 2008) et le *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP; Clark, 1993), paraissent prometteurs et sont de plus en plus adoptés par les cliniciens.

Séquence d'évaluation des TP en contexte clinique

Pour terminer, nous proposons en synthèse une démarche d'évaluation séquentielle¹ en cinq paliers des TP et une liste des variables transdiagnostiques susceptibles de contribuer aux décisions cliniques découlant du processus d'évaluation (voir figure 1).

- 1) Trouble général de la personnalité : Évaluation des critères généraux d'un TP (à l'aide des critères du *DSM* ou de toute autre nomenclature validée).
- 2) Évaluation diagnostique : Spécification des types de TP auxquels le patient correspond, à partir d'une combinaison de méthodes (entretiens cliniques et questionnaires) et d'approches (catégorielles et prototypiques).
- 3) Évaluation des traits de personnalité : Spécification des traits de personnalité mal adaptés chez le patient et cotation du degré de sévérité de ces traits, par l'entremise d'entretiens cliniques ou d'inventaires de la personnalité validés en utilisant l'approche proposée par le *DSM-5* ou n'importe quelle autre approche dimensionnelle reconnue.
- 4) Évaluation des comorbidités : Évaluation de la présence des autres troubles mentaux comorbides au TP. Cette étape est primordiale, car certains troubles mentaux contribuent à masquer le TP (par exemple, dans le cas d'une dépression grave), à exacerber la sévérité du TP (par exemple, dans le cas

À la lumière de ces cinq étapes d'évaluation, le psychologue devrait être en mesure de prendre la décision de tenter ou non un traitement psychothérapeutique, de recommander, sur avis d'un médecin, un traitement pharmacologique [...] et de faire part de ses impressions pronostiques.

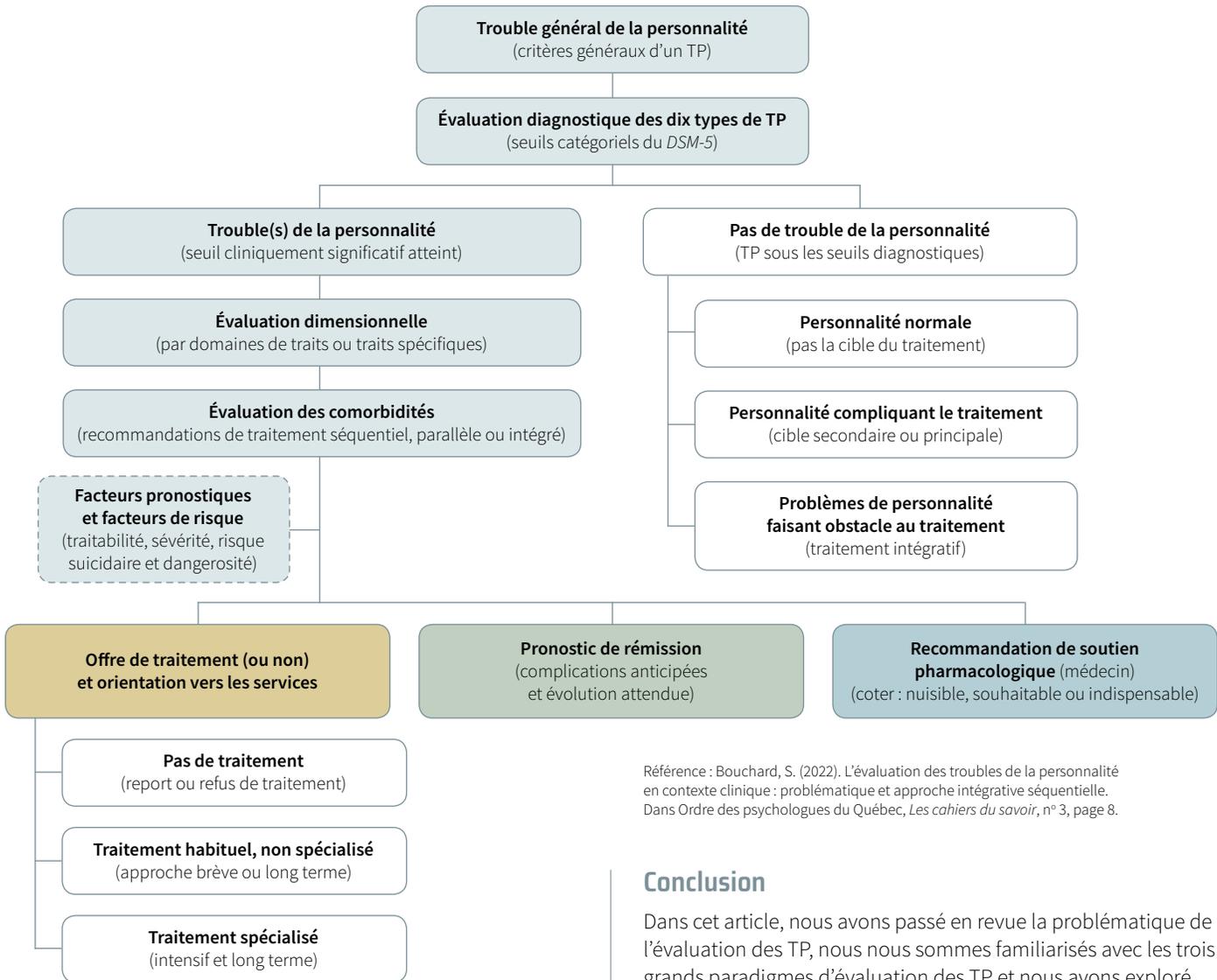
d'un trouble d'usage de substances) ou carrément à mimer à tort la symptomatologie d'un TP (par exemple, certains symptômes présents dans les troubles bipolaires et apparentés ou dans le trouble du spectre de l'autisme). De plus, certains troubles mentaux (par exemple, l'anorexie sévère ou certaines dépendances psychophysiologiques aux substances) engendrent une grave limitation à la capacité de profiter d'une psychothérapie axée sur les TP et devront être traités en priorité (Gunderson et al., 2004; Massion et al., 2002; Walter et al., 2009). Dans ces cas, on propose alors un traitement séquentiel, parallèle ou intégré des comorbidités accompagnant le TP.

- 5) Facteurs pronostiques et facteurs de risque : Évaluation de la sévérité du TP (à l'aide de l'*Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité* du *DSM-5* ou de toute autre forme d'opérationnalisation de la sévérité d'un TP), évaluation de la traitabilité (Pickersgill, 2013; Stone, 2006), évaluation du risque suicidaire (Clements et al., 1985; Paris, 2019) et évaluation du potentiel de dangerosité pour autrui (Howard, 2015; Langton et al., 2011; Sansone et Sansone, 2012). Pour une théorisation de la traitabilité (voir tableau 2), nous recommandons aux lecteurs l'ouvrage classique de Michael Stone (2006) et la *Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie*, élaborée et validée au Québec (Gamache et al., 2017).

Tableau 2. Continuum de traitabilité des TP (Stone, 2006)

Pas de traitement spécialisé nécessaire	Traitement probablement bénéfique	Difficile à traiter et traitement spécialisé nécessaire	Traitement à issue incertaine et variable
<p>Quelques fougades et lubies passagères</p> <p>Les altérations du fonctionnement sont transitoires</p> <p>Capacité d'empathie et d'intimité suffisante</p>	<p>Quelques traits de personnalité plus ou moins adaptés</p> <p>La plupart des TP du groupe C</p>	<p>Le groupe A des TP (schizoïde, schizotypique, paranoïaque)</p> <p>TP narcissique, histrionique</p> <p>TPL de sévérité modérée</p>	<p>TPL modéré à sévère</p> <p>TPL chroniquement suicidaire</p> <p>TP antisocial ou psychopathie sous-clinique</p> <p>TP obsessionnel-compulsif excessivement rigide</p> <p>Narcissique malin ou excessivement arrogant</p>

Figure 1. Séquence d'évaluation des troubles de la personnalité en contexte clinique



Référence : Bouchard, S. (2022). L'évaluation des troubles de la personnalité en contexte clinique : problématique et approche intégrative séquentielle. Dans *Ordre des psychologues du Québec, Les cahiers du savoir*, n° 3, page 8.

Conclusion

Dans cet article, nous avons passé en revue la problématique de l'évaluation des TP, nous nous sommes familiarisés avec les trois grands paradigmes d'évaluation des TP et nous avons exploré les différents types d'outils d'évaluation des TP. Enfin, nous avons proposé un modèle intégratif séquentiel de l'évaluation des TP comportant cinq paliers et insisté sur l'évaluation de quatre variables transdiagnostiques utiles aux décisions cliniques découlant du processus d'évaluation. Nous espérons que cet article encouragera les cliniciens à faire une évaluation routinière et rigoureuse des personnes souffrant d'un TP parmi leur clientèle. Cette évaluation leur permettrait de diminuer les risques de sous-estimation de la gravité des difficultés du patient, d'offrir des traitements individualisés plus appropriés et de s'épargner la surprise de complications de traitement inattendues.

1. Pour les ressources en santé mentale qui souhaiteraient ajouter en amont de cette séquence une brève mesure de dépistage justifiant l'orientation vers un processus d'évaluation plus élaboré, nous référons les lecteurs à des mesures comme le questionnaire en 12 items appelé *Personality Disorder Screening (PDS)* de Lange et ses collègues (2012) et, pour le trouble de la personnalité limite en particulier, le *Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (SI-Bord)* de Lohan et ses collègues (2020), qui dispose de 9 items.

À la lumière de ces cinq étapes d'évaluation, le psychologue devrait être en mesure de prendre la décision de tenter ou non un traitement psychothérapeutique, de recommander, sur avis d'un médecin, un traitement pharmacologique (Timäus et al., 2019; Triebwasser et Siever, 2007) et de faire part de ses impressions pronostiques (prévision de l'évolution du patient et précision des facteurs de complications de traitement anticipés). Dans de rares cas, la meilleure décision est parfois de ne pas tenter de traitement (Bérubé et Langlois, 2009; Frances et Clarkin, 1981). En présence d'une telle situation, soit on refuse au patient tout accès au traitement (comme dans le cas d'un trouble de la personnalité antisociale sans dysphorie ou d'un TP présentant une dangerosité extrême pour autrui), soit on impose des conditions strictes d'essai thérapeutique, soit on offre un soutien clinique de type *minimum optimal* (rencontres mensuelles, soutien, conseils et coordination des acteurs au dossier).

APPLICATION CLINIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE DANS LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

D^{re} Caroline Audet,
M. Ps., Ph. D., psychologue

Introduction

Le traitement psychothérapeutique des personnes aux prises avec un trouble de la personnalité limite est l'objet d'une quantité significative de travaux de recherche clinique depuis les dernières décennies. Ces travaux ont notamment contribué à des recommandations cliniques, et ce, peu importe le modèle théorique préconisé (National Institute for Health and Care Excellence, 2009/2018). Le *National Institute for Health and Care Excellence* recommande d'opter pour une approche théorique explicite et intégrée qui sera utilisée par le psychothérapeute et l'équipe clinique tout en étant partagée avec le client. Ce même institut plaide aussi pour l'organisation de soins structurés et pour l'intégration de la supervision continue pour les psychothérapeutes.

Une approche qui répond à ces critères est la psychothérapie comportementale dialectique (TCD). Celle-ci a été développée par la D^{re} Marsha Linehan, psychologue, il y a une trentaine d'années (1993, 2014a, 2014b), et son efficacité dans le traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité limite a été démontrée (voir Chapman et Dixon-Gordon, 2020b; Miga et al., 2018; et Walton et Comtois, 2018, pour des revues de la littérature récentes sur l'efficacité de l'approche TCD).

Dans le présent chapitre, nous allons montrer l'étiologie du trouble de la personnalité limite selon cette approche, décrire la conceptualisation, les objectifs et la structure de la TCD ainsi qu'illustrer cliniquement son application à travers une vignette clinique. Le choix de cet angle clinique nous amènera à présenter de façon synthétique différentes dimensions théoriques et empiriques de la TCD. Enfin, nous aborderons brièvement le protocole de traitement de la TCD-exposition prolongée (TCD-EP), mis au point par la D^{re} Melanie Harned (2014, 2022), qui vise à traiter les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) complexe lorsque les clients sont au deuxième stade de traitement de la TCD.

Développement et fondation de l'approche TCD

La TCD s'est développée à partir du terrain clinique dans lequel Marsha Linehan évoluait dans les années 1980. La psychologue traitait alors des femmes chroniquement suicidaires qui présentaient de nombreux critères du trouble de la personnalité limite, à l'aide d'une approche comportementale (Linehan, 1993 ; Swales, 2018). Elle observait qu'une approche orientée essentiellement sur le changement pouvait invalider l'expérience des clients qui exprimaient se sentir incompris ou responsables de leurs problèmes (Linehan, 1993). Influencée par son expérience personnelle de la pratique de l'acceptation radicale et de la méditation, expérience acquise lors de séjours dans des monastères auprès de maîtres zen, elle a intégré la pleine conscience à la psychothérapie comportementale (Wolbert, 2018).

Il y a, au cœur de la TCD, une philosophie dialectique qui met l'accent sur la recherche de synthèse entre diverses polarités. La tension dialectique centrale réside entre l'acceptation et le changement. Le *focus* sur cette dialectique vise à rendre le changement possible. Le psychothérapeute poursuit constamment l'équilibre dialectique en aidant le client à accepter son expérience émotionnelle (acceptation) tout en utilisant de nouvelles habiletés afin de diminuer ses comportements autodestructeurs (changement) [Boritz et al., 2018 ; Linehan, 1993]. Le psychothérapeute aide donc le client à accomplir simultanément deux choses opposées : accepter ses difficultés et changer ce qui les maintient.

Étiologie du trouble de la personnalité limite

Illustration clinique : Mathilde

Mathilde est une femme de 35 ans, en couple, sans enfant, qui vient consulter sur la recommandation de son psychiatre. Lors de notre premier contact téléphonique, elle dit qu'elle ne souhaite pas entreprendre de psychothérapie, puis nous demande si elle peut venir une fois « pour voir ». Lors de notre première rencontre, la cliente nous confie deux choses particulièrement marquantes pour nous et dont nous comprendrons plus tard qu'elles sont fondatrices pour elle-même. Tout d'abord, elle s'est

toujours dit que, dans la vie, elle doit se débrouiller toute seule. De plus, elle se répète quotidiennement depuis l'âge de 6 ans qu'elle ne mérite pas de vivre et ferait mieux de se tuer.

Mathilde a grandi dans un environnement de négligence, d'abus physiques et plus tard sexuels de la part de son père. Elle est l'aînée d'une famille de six enfants qui a vécu dans une pauvreté financière, intellectuelle et culturelle. La cliente raconte que sa mère consommait de l'alcool quotidiennement et ne pouvait voir aux besoins de ses enfants. La cliente devait voir au ménage, cuisiner et superviser ses frères et sœurs. Lorsque nous lui demandons ce qu'elle faisait lorsqu'elle avait une peine ou un souci, elle nous regarde, surprise, et répond : « Rien. » Elle explique qu'elle n'avait pas le temps pour cela, que sa mère lui disait que cela allait passer et que sinon cette dernière lui « donnerait une bonne raison d'avoir de la peine ».

Modèle théorique – étiologie

Dans la TCD, le trouble de la personnalité limite est compris comme un trouble significatif du système de régulation des émotions (Linehan, 1993). La théorie biosociale expliquant cette dysrégulation émotionnelle met l'accent sur l'interaction entre les vulnérabilités biologiques et les facteurs de risque environnementaux (Grove et Crowell, 2018). Du point de vue biologique, la vulnérabilité émotionnelle se décline en trois composantes : une sensibilité élevée aux stimuli émotionnels, une intensité émotionnelle plus élevée que la moyenne et un retour lent à un niveau de base (Chapman et Dixon-Gordon, 2020b ; Linehan, 1993). On reconnaît maintenant que les traits d'impulsivité et d'anxiété sont aussi des composantes biologiques héréditaires et contributives aux difficultés éventuelles dans la régulation des émotions chez les clients souffrant d'un trouble de la personnalité limite (Grove et Crowell, 2018).

Sur le plan social, trois dimensions de l'environnement auraient un rôle à jouer dans le développement du trouble de la personnalité limite. La première est liée au milieu familial invalidant, où toute vulnérabilité ou émotion est niée, jugée, punie ou même ignorée, et ce, à répétition. La deuxième renvoie à la sous-estimation des efforts nécessaires à la résolution d'un problème. Enfin, la troisième correspond au renforcement de l'expression de détresse extrême de l'enfant par une attention accrue des parents (Chapman et Dixon-Gordon, 2020b).

Selon le modèle biosocial, la dysrégulation émotionnelle résulterait de l'interaction entre les vulnérabilités génétiques et ces composantes environnementales dans lesquelles évolue l'enfant. Dans ces conditions, il serait difficile de développer des compétences et des habiletés de régulation émotionnelle.

Lors du développement de la TCD, la conception du modèle biosocial de la D^{re} Linehan se basait grandement sur son intuition et son expérience cliniques. Depuis 30 ans, d'énormes progrès ont été faits pour appuyer empiriquement la contribution biologique

Il y a, au coeur de la TCD, une philosophie dialectique [...] Le psychothérapeute poursuit constamment l'équilibre dialectique en aidant le client à accepter son expérience émotionnelle (acceptation) tout en utilisant de nouvelles habiletés afin de diminuer ses comportements autodestructeurs (changement).

et héréditaire, les facteurs environnementaux ainsi que leurs interactions dans le développement du trouble de la personnalité limite (Grove et Crowell, 2018; Niedtfeld et Bohus, 2018).

Revenons à Mathilde, à l'histoire revisitée avec elle et internalisée par elle. Enfant, ses expériences émotionnelles étaient soit ignorées, en raison notamment de la propre détresse de ses parents, soit jugées par ceux-ci. En outre, elle comprenait que la présence de ses émotions menaçait son lien à sa mère en contribuant à des conflits. Avoir recours à une distanciation émotionnelle lui permettait de *mieux* fonctionner, et cette distanciation était par ce fait même renforcée. Sur le plan cognitif, la croyance qu'elle était « mieux de [se] débrouiller seule » semblait contribuer à maintenir un sentiment subjectif de compétence et de valeur personnelle. À l'adolescence, la cliente a commencé à avoir recours à l'automutilation afin de calmer ses émotions extrêmes. Il s'agissait d'un moyen de survie efficace (à court terme) qui conciliait la conviction qu'elle doit se « débrouiller toute seule » et le sentiment qu'elle « ne mérite pas de vivre ». Tout cela maintenait un sentiment de cohérence interne et en même temps l'empêchait de développer ses ressources internes.

Visées et structure du traitement

La détresse importante des clients aux prises avec un trouble de la personnalité limite, conjuguée à leur faible capacité à réguler leurs émotions, peut inciter les psychothérapeutes à intervenir dans l'urgence pour diminuer rapidement leur souffrance. Les psychothérapeutes peuvent donc se retrouver devant un dilemme : le soulagement à court terme ou l'aide à long terme (Linehan, 1993). La TCD est un traitement d'équipe structuré contenant plusieurs modalités et formant un tout qui aide les psychothérapeutes à soutenir et à contenir cette charge émotive sans avoir à trancher ce dilemme. Nous verrons que le rationnel théorique derrière l'organisation du traitement psychothérapeutique tente de répondre de différentes façons aux défis que pose cette clientèle.

Le traitement vise cinq objectifs : 1) engager et motiver les clients; 2) les amener à acquérir des habiletés; 3) généraliser leur pratique des habiletés; 4) structurer leur environnement; et 5) engager et motiver les psychothérapeutes (Linehan et al., 2001; Schmidt et Russo, 2018). Chaque modalité de traitement tend à répondre à un ou plusieurs de ces objectifs. Les modalités sont : le groupe

d'enseignement aux habiletés de la TCD, le soutien téléphonique de la pratique des habiletés, la psychothérapie individuelle et les rencontres de consultation avec les psychothérapeutes de l'équipe clinique.

Le groupe d'enseignement aux habiletés de la TCD. En développant son modèle d'intervention, la D^{re} Linehan a observé qu'il était difficile pour les psychothérapeutes, dans le contexte des rencontres individuelles – où les clients sont souvent dysrégulés –, d'apprendre de nouvelles habiletés aux clients. Elle a donc séparé l'enseignement des habiletés de la psychothérapie individuelle. C'est dans le groupe que sont enseignées et pratiquées les habiletés, avec leur généralisation par les clients comme visée ultime. Le groupe comporte quatre modules, qui seront couverts en 24 rencontres de groupe dans le modèle standard :

- 1) la pleine conscience;
- 2) la tolérance à la détresse;
- 3) la régulation des émotions;
- 4) l'efficacité interpersonnelle.

Le soutien téléphonique de la pratique des habiletés. Cette modalité permet d'augmenter la pratique et la généralisation des habiletés dans la vie des clients et contribue au changement (Edward et al., 2021).

La psychothérapie individuelle. Le psychothérapeute a un rôle actif et aide le client à modifier certains comportements, pensées et émotions afin d'atteindre ses objectifs de vie. Une hiérarchie des thèmes abordés dans les rencontres aide le psychothérapeute lorsqu'il se retrouve face à des clients débordés par une succession de crises. Voici l'ordre de priorité des thèmes abordés : les comportements qui menacent la vie du client (idées suicidaires, menace ou tentative suicidaire récente, automutilation, etc.), les comportements qui interfèrent avec la psychothérapie (absences, retards répétés, obstacles à la pratique des habiletés entre les rencontres), les comportements qui perturbent la qualité de vie (conflits relationnels, évitement expérientiel, anhédonie, etc.), les déficits au chapitre des habiletés ainsi que les dilemmes dialectiques (voir Linehan, 1993).

Les rencontres hebdomadaires de consultation. Dans l'esprit de la TCD, le psychothérapeute fait partie d'une communauté de psychothérapeutes qui traite une communauté de clients. Ainsi, chaque psychothérapeute contribue à aider les clients des psychothérapeutes du groupe de consultation. Les fonctions de cette modalité sont de soutenir les psychothérapeutes, de maintenir leur motivation, d'optimiser l'adhésion au traitement et de discuter des comportements des clients ou des psychothérapeutes qui interfèrent avec le traitement. Ce groupe peut inclure des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmiers cliniciens qui sont impliqués dans la modalité de psychothérapie individuelle et/ou de groupe d'enseignement aux habiletés. En somme, dans le modèle de la TCD, la supervision continue du psychothérapeute est une dimension essentielle au traitement.

Les psychothérapeutes peuvent donc se retrouver devant un dilemme : le soulagement à court terme ou l'aide à long terme [...]. La TCD est un traitement d'équipe structuré contenant plusieurs modalités [...] qui aide les psychothérapeutes à soutenir et à contenir cette charge émotionnelle sans avoir à trancher ce dilemme.

Stades et cibles prioritaires de traitement

La TCD inclut cinq stades de traitement :

Le stade de prétraitement cible l'évaluation psychologique, l'orientation du client dans le programme et son engagement en psychothérapie. L'objectif général de l'approche TCD est d'aider les clients à « se construire une vie qui vaut la peine d'être vécue », en s'appuyant sur leurs objectifs de vie actuels. Afin de développer et de consolider l'alliance thérapeutique, le psychothérapeute ouvrira le dialogue avec le client sur la façon dont les comportements impulsifs et délétères constituent des **obstacles** à ses objectifs de vie et contribuent à maintenir son état de fragilité. Cela vise aussi à augmenter la motivation du client à diminuer ces comportements, à l'aider à s'approprier son processus de changement et à favoriser son ouverture face à celui-ci.

Voyons cette étape dans la vignette de Mathilde. Dans les premières rencontres d'évaluation, la cliente nous a exprimé plusieurs objectifs importants pour elle, notamment : avoir un contact plus authentique avec son conjoint et diminuer ses idées suicidaires chroniques et la haine qu'elle ressent pour elle-même. Nous avons à plusieurs reprises discuté avec elle de la façon dont les comportements d'automutilation contrecarrent l'atteinte de ses objectifs. Par exemple, lorsqu'elle a des comportements d'automutilation, elle le fait « en cachette » de son conjoint, masque sa détresse et éventuellement cache ses marques au corps. Par cela, elle évite de se montrer vulnérable avec lui. De plus, après s'être coupée, elle se juge violemment, se disant par exemple qu'elle est « vraiment mauvaise de faire ça » et qu'elle est « lâche », ce qui nourrit son image négative d'elle-même et semble maintenir ses idées suicidaires au long cours. Avec la construction de cette compréhension commune, la cliente s'est approprié le but de cesser l'automutilation, ce qui prenait tout son sens lorsqu'elle le liait à ses objectifs de vie.

L'étape de prétraitement et l'entente sur les objectifs psychothérapeutiques sont essentielles et déterminantes pour aider le client à s'engager vers un changement et augmenter sa motivation à l'égard d'un programme psychothérapeutique exigeant. Il est fréquent d'y revenir en cours de traitement, particulièrement lorsqu'arrivent des difficultés sur le plan de l'engagement.

Au stade 1, les clients présentent peu de contrôle comportemental face à leurs émotions. Ils ont recours à des comportements impulsifs lorsqu'ils sont en détresse, que ce soit l'automutilation, les menaces ou tentatives suicidaires, les crises de colère, la consommation, les rapports sexuels impulsifs ou non protégés, etc. À ce stade, le traitement vise à aider les clients à composer avec leur détresse sans avoir recours à ces moyens délétères qui contribuent à empirer la situation. Le stade 1 est celui qui est défini le plus clairement et le plus utilisé en clinique et en recherche (Chapman et Dixon-Gordon, 2020b).

Au stade 2, les clients vivent toujours autant de souffrance psychologique, mais ont un meilleur contrôle comportemental lorsqu'ils sont en détresse. Les clients peuvent commencer à intégrer graduellement des habiletés de régulation émotionnelle. Si un client présente aussi un diagnostic de TSPT et souhaite obtenir de l'aide pour en diminuer les symptômes, c'est à ce stade que pourra s'ajouter le protocole TCD-exposition prolongée (Harned, 2022).

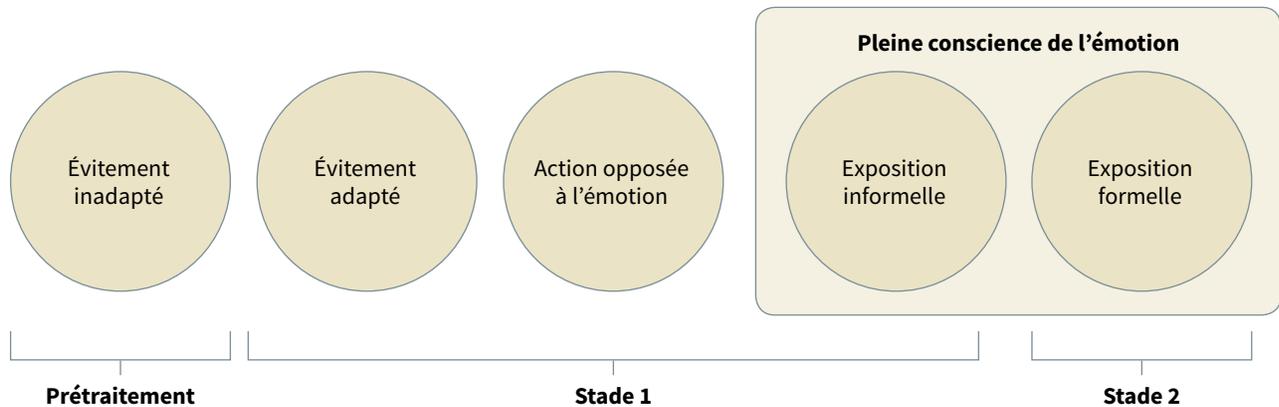
Dans le stade 3, les clients sont accompagnés pour résoudre des problèmes de la vie quotidienne, et le cœur du stade 4 vise à développer leur capacité à éprouver de la joie et à s'engager dans une quête de sens et d'accomplissement.

Ces stades sont décrits de façon distincte, mais pourraient être représentés sur un continuum du stade de prétraitement vers le stade 4. Les clients rencontreront des mouvements d'avancées et de reculs au cours de la psychothérapie. Par exemple, il est possible d'observer un recul du stade 1 au stade de prétraitement, ou du stade 2 au stade 1. Cela pourrait se produire, par exemple, lorsqu'un client fait face à un facteur de stress externe qui touche sa forte sensibilité à l'abandon (une rupture amoureuse ou un conflit relationnel). Il pourrait alors se sentir dépassé émotionnellement et avoir recours, pendant une période, à des comportements autodestructeurs qui étaient devenus moins fréquents. Un autre exemple serait qu'un client se retrouve à nouveau au stade de prétraitement – ne plus savoir pourquoi il est en psychothérapie, ne plus voir le sens de diminuer certains comportements qui maintiennent sa détresse élevée –, car il vit le deuil difficile de renoncer à des comportements autodestructeurs qui lui ont permis de traverser son histoire développementale traumatique. Nous y reviendrons plus loin.

Régulation émotionnelle

Comme nous l'avons vu précédemment, le trouble de la personnalité limite est compris comme un dysfonctionnement majeur de la régulation émotionnelle. Conséquemment, un objectif central de la psychothérapie est d'augmenter graduellement la capacité de régulation émotionnelle des clients (Dunkley, 2018). Cela requiert pour les clients la pratique des habiletés de pleine conscience, plus spécifiquement l'observation et la description, sans jugement, de leur réponse émotionnelle (Linehan, 2014b).

Figure 1. La progression vers l'exposition formelle (traduction libre et autorisée, publication autorisée ; Harned, 2021)



Selon Linehan, la détresse émotionnelle serait souvent le résultat d'une émotion secondaire (honte, rage) à l'émotion primaire. Linehan (2014b) explique que [traduction] « l'émotion primaire est habituellement adaptée et appropriée au contexte et [que] la diminution de la détresse s'effectue par l'exposition à l'émotion primaire dans une atmosphère validante et non jugeante ». Linehan propose aux clients plusieurs habiletés de régulation émotionnelle, groupées ainsi : comprendre et nommer les émotions, modifier ou réguler à la baisse les émotions non souhaitées et réduire la vulnérabilité émotionnelle. Celles-ci sont enseignées et pratiquées en groupe auprès des clients et seront pratiquées au besoin en psychothérapie individuelle.

La figure 1 illustre les étapes à parcourir en cours de traitement (de la gauche vers la droite) pour augmenter la capacité de régulation émotionnelle et démontre la complexité de ce travail psychothérapeutique.

L'Évitement inadapté signifie que le client évite le contact avec ses émotions en ayant recours à des comportements impulsifs qui diminuent drastiquement le contact avec l'émotion mais maintiennent l'état de fragilité au long cours. Au début de la TCD, lorsque le client est au stade 1, la priorité est de l'aider à augmenter son contrôle comportemental en utilisant les habiletés de tolérance à la détresse enseignées en groupe. À l'étape de l'Évitement adapté, le client arrive à utiliser ces habiletés et réussit donc à éviter les conséquences négatives de l'impulsivité, ce qui en soi peut améliorer significativement son fonctionnement. Cependant, il maintient toujours l'évitement de ses émotions.

Un objectif central de la psychothérapie [TCD] est d'augmenter graduellement la capacité de régulation émotionnelle des clients [...] Cela requiert [...] la pratique des habiletés de pleine conscience, plus spécifiquement l'observation et la description, sans jugement, de leur réponse émotionnelle.

Lorsque le client pratique l'action opposée à l'émotion, une habileté de régulation émotionnelle, il retient l'envie d'agir (*urges*) associée à son émotion, par exemple : « éviter de s'isoler face à la tristesse », « s'abstenir d'attaquer l'autre face à l'envie ».

À l'étape suivante, le client s'exerce graduellement à la pleine conscience de l'émotion, d'abord en demeurant quelques secondes, puis quelques minutes, en contact avec son émotion et les sensations physiques y étant associées. L'exposition informelle correspond à la pratique de la pleine conscience en séance face aux sujets discutés. L'exposition formelle, quant à elle, se pratique dans le cadre du protocole d'exposition prolongée développé par Harned (2021, 2022), où le client revisite ses expériences traumatiques en demeurant connecté à ses émotions, et ce, pendant parfois plus d'une trentaine de minutes. Lorsque nous présenterons le protocole d'exposition de Harned, nous précisons ses principales similarités et différences avec celui duquel il s'inspire, à savoir le protocole issu des travaux de la D^{re} Edna Foa (Foa et al., 2019 ; Rothbaum et al., 2019).

Intervention et équilibre dialectique

Dans l'intervention, le psychothérapeute est actif et cherche un « équilibre dialectique », ce qui signifie qu'il poursuit continuellement deux objectifs : encourager le **changement** tout en soutenant l'**acceptation**. Il effectue cela grâce à différentes interventions : certaines visent spécifiquement le changement, dont l'analyse en chaîne¹ (Landes, 2018), et d'autres favorisent l'acceptation, comme la validation. Le psychothérapeute observe constamment l'état affectif du client et s'y ajuste de la façon la plus optimale possible. Il adoptera une posture de validation si le client se trouve dans un mouvement de fermeture ou de protection, si celui-ci vit des émotions extrêmes ou est en détresse, par exemple. À l'inverse, si celui-ci semble ouvert et engagé, le psychothérapeute et le client poursuivront le travail thérapeutique. Le tout se déroule dans un mouvement continu au cours d'une même séance et au fil des séances.

Revenons à la vignette clinique afin d'illustrer une intervention centrale et essentielle dans la TCD, la *validation* (Fruzzeti et Ruork, 2018; Linehan, 1993).

Dans les premiers mois de psychothérapie, Mathilde apprend et pratique différentes habiletés du module de tolérance à la détresse du groupe d'enseignement aux habiletés, car elle souhaite composer avec ses émotions extrêmes sans avoir recours à l'automutilation (stade 1). Dans les rencontres individuelles, nous visons à soutenir cet élan vers le changement tout en intervenant dans le pôle de l'acceptation afin de la maintenir en mouvement.

Voici un bref extrait d'une interaction psychothérapeutique :

Psychothérapeute : « Vous voulez vraiment diminuer l'automutilation, je vois que vous êtes convaincue que ça ne peut plus continuer comme ça [*changement*]. En même temps, j'imagine qu'une partie de vous voudrait garder ce moyen qui vous a tellement aidée dans le passé ; ça vous sécurisait de savoir que vous pouviez y avoir recours si vous vous retrouviez seule avec votre détresse [*validation*]. »

Cliente : « Oui... Je ne peux pas imaginer me séparer de mon couteau préféré ; ça me rassure tellement de l'avoir dans la maison... sinon je me sens vraiment seule. Quand j'ai commencé à m'automutiler à l'adolescence, ça me calmait tellement rapidement et ça me sécurisait parce que j'avais parfois peur d'être folle quand j'étais en détresse. Mais je veux arrêter : quand je me coupe, c'est l'enfer le lendemain. Je me juge de faire ça et me dis que je ne mérite pas de vivre. »

Ici, nous tentons de valider la fonction de l'automutilation et le fait que la cliente voudrait ne pas avoir à se séparer de ce moyen de survie. Le fait de valider son expérience lui permet dans un premier temps d'être en contact avec l'expérience affective de « quitter son comportement » pour ensuite, par elle-même, retrouver le pôle du changement lorsqu'elle exprime à nouveau, à la fin de l'extrait, son souhait de cesser l'automutilation.

La validation a une importance cruciale dans l'accompagnement des personnes présentant des difficultés majeures de régulation émotionnelle. En établissant des liens avec leur propre histoire développementale, elle les aide à voir le sens et la fonction de leurs comportements impulsifs. Cette compréhension peut venir alléger la honte liée à leurs vulnérabilités et aux moyens de survie qu'elles ont développés pour y faire face. Enfin, la validation permet éventuellement à ces personnes de s'accueillir elles-mêmes dans leurs vulnérabilités, condition fondamentale au changement.

Revenons une dernière fois à Mathilde.

Au fil du suivi, l'automutilation a tranquillement cessé, et la cliente arrivait à tolérer en séance le contact avec certaines sensations physiques liées à sa tristesse (par exemple, une contraction dans la gorge et une respiration plus superficielle), lorsque nous discutons de certains thèmes. Nous étions maintenant au stade 2. Nous avons pratiqué à plusieurs reprises « la pleine conscience de l'émotion », ce qui semble l'avoir aidée à soutenir de plus en plus longtemps les sensations liées à une émotion, pour ensuite l'identifier et la décrire de façon plus nuancée. Plus tard, la cliente pouvait reconnaître certains besoins sous-jacents à ses états affectifs et parfois y répondre. Par exemple, elle a cerné certaines insatisfactions à l'égard de son conjoint, puis les lui a exprimées, ce qui a permis un dialogue franc avec lui sur leurs difficultés conjugales. Ce faisant, elle s'est rapprochée de son objectif d'avoir un lien plus authentique avec son conjoint. Elle dira plus tard : « Je me sens moins un fardeau pour moi-même. »

Il arrive que des clients ayant vécu des traumatismes et présentant un TSPT complexe aient besoin d'un ajout à la TCD afin d'en traiter les symptômes. Pour s'y engager, ils doivent être suffisamment stabilisés et ils doivent avoir développé une capacité accrue de régulation émotionnelle. C'est à ce besoin que tente de répondre la D^{re} Melanie Harned par le protocole TCD-EP.

La TCD-exposition prolongée (TCD-EP)

Selon Harned et al. (2021), de 57 % à 73 % des clients en TCD auraient aussi un TSPT. Alors que la TCD a démontré son efficacité pour diminuer de nombreux symptômes, son effet sur ceux qui sont spécifiques au TSPT demeure limité. Harned a développé un protocole d'exposition prolongée qui s'intègre à la TCD pour les clients qui sont aussi aux prises avec un TSPT (Harned, 2022; Harned et Korslund, 2015; Harned et Schmidt, 2018). Il s'agit d'un traitement supplémentaire dans la TCD pour les clients du stade 2 qui sont maintenant capables de faire face à des émotions difficiles sans avoir recours à des comportements impulsifs et qui présentent une stabilité sur le plan suicidaire.

Le protocole TCD-EP s'inspire largement de la psychothérapie d'exposition prolongée (EP; Foa et al., 2019; Rothbaum et al., 2019), reconnue comme efficace pour traiter le TSPT. Le protocole TCD-EP utilise les mêmes stratégies que l'EP : l'exposition *in vivo* de situations anxiogènes mais sécuritaires pour le client, et l'exposition imaginée en séance des événements traumatiques, suivie du traitement cognitif (*processing*). Une différence majeure avec le modèle de la D^{re} Foa réside dans le fait que les clients qui effectuent le protocole TCD-EP continuent la TCD pendant ce temps (rencontres de groupe et psychothérapie individuelle).

Il arrive que des clients ayant vécu des traumatismes et présentant un TSPT complexe aient besoin d'un ajout à la TCD afin d'en traiter les symptômes. [...] C'est à ce besoin que tente de répondre [...] le protocole TCD-EP [TCD-exposition prolongée].

Le protocole TCD-EP s'est montré efficace pour diminuer les symptômes du TSPT lorsque les clients présentent aussi un trouble de la personnalité limite sévère (Harned, 2014; Harned et al., 2014; Harned et Linehan, 2008; Harned et al., 2021; Harned et al., 2018). Les psychothérapeutes qui utilisent le protocole TCD-EP doivent d'abord être formés à la TCD, et ensuite à la TCD-EP par la D^{re} Harned.

Lors du protocole d'exposition imaginée, effectué en séance, le psychothérapeute doit porter une attention constante à l'état émotionnel du client. Son rôle et sa responsabilité sont de soutenir le client dans la tâche difficile de revisiter ses expériences traumatiques en étant en contact avec les émotions y étant associées. Le psychothérapeute intervient pour que se maintienne l'intensité émotionnelle à un niveau de modéré à élevé. Certaines interventions seront à privilégier si l'intensité émotionnelle devient extrême (débordement ou dissociation, par exemple) ou absente.

Conclusion

Les personnes présentant un trouble de la personnalité limite sont aux prises avec une souffrance psychologique profonde. Nous, les psychologues qui les accompagnent, vivons dans notre travail avec eux des émotions et sentiments difficiles tels que la peur, l'impuissance, l'irritation, la culpabilité ou le sentiment d'incompétence. Il importe de demeurer à l'écoute de nos états internes et affectifs, et en contact avec ceux-ci, lorsque nous intervenons afin de maintenir en nous un espace pour réfléchir à ce que nous comprenons du client et à nos interventions. Enfin, porter seuls une telle intensité émotionnelle est difficile, et c'est pourquoi la supervision est partie intégrante du modèle TCD. C'est ainsi que les psychothérapeutes qui pratiquent seuls (en privé ou dans le réseau public) peuvent s'inspirer non seulement d'interventions et d'habiletés de la TCD, mais aussi du rappel de l'importance d'un tel soutien pour le psychothérapeute qui accompagne une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite.

1. L'analyse en chaîne consiste en la revue, avec le client, des tenants et des aboutissants d'un comportement impulsif ou d'un comportement que le client souhaite diminuer. Il s'agit de revoir en détail les pensées, émotions, sensations physiques et comportements que le client peut rapporter dans la chaîne des événements qui précèdent et suivent un comportement problématique. Cela permet de travailler sur de nombreux objectifs thérapeutiques possibles, notamment d'aider le client à développer la connaissance de son monde interne, d'augmenter sa capacité à identifier (et à composer avec) ses vulnérabilités, d'intégrer et de généraliser la pratique des habiletés, de diminuer l'impulsivité et de diminuer le jugement envers soi-même.

PERSPECTIVES HUMANISTES DE L'INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

M^{me} **Janine Gagnon Corbeil**,
L. Ps., psychologue

Le trouble de la personnalité limite (TPL) se caractérise notamment par des émotions intenses, des comportements impulsifs et une instabilité de l'identité et des relations (American Psychiatric Association, 2013). Les difficultés rencontrées sont généralement décrites comme fortement incapacitantes pour la vie relationnelle et émotionnelle des personnes qui en sont atteintes (Desseilles et al., 2014; Gunderson et Links, 2014). Quelles que soient les approches de psychothérapie adoptées, le TPL est reconnu comme étant difficile et complexe à traiter (Bateman et Fonagy, 2015; Estellon, 2019; Guelfi et al., 2011; Yontef, 1993).

Compte tenu des enjeux particulièrement délicats soulevés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique ainsi que des adaptations théoriques, relationnelles et techniques requises pour mettre en œuvre les pratiques fondées sur les preuves dans la psychothérapie offerte aux personnes présentant un TPL, il nous semble judicieux de présenter la contribution du courant humaniste. La psychologie humaniste, qui mise sur les ressources intérieures des humains, a développé une approche thérapeutique basée sur les postulats de la philosophie existentielle/humaniste. Un bref aperçu de l'origine et de la nature de ces postulats sera présenté, de même que les dilemmes qui en découlent pour le traitement du TPL selon la perspective humaniste. Enfin, quelques exemples tirés de la pratique permettront d'illustrer certains enjeux et écueils, tant pour le psychothérapeute que pour le client.

Un bref aperçu de l'origine et du développement de la pensée humaniste

C'est dans la philosophie existentielle allemande du XX^e siècle que la psychologie humaniste plonge ses racines. L'idée que l'être humain émerge à travers le temps et l'histoire, cet « être-vers-la-mort » de Heidegger, traverse l'Atlantique et atteint les États-Unis, où la psychologie humaniste a été fondée et s'est développée dans un premier temps. Le pionnier en est Carl Rogers, auteur de l'approche psychothérapeutique qu'il a nommée *approche centrée sur le client*. Dans le livre intitulé *Counselling and Psychotherapy* (1942), il expose les caractéristiques et avantages de cette approche qu'il qualifie de non directive. Ses postulats sur la personne humaine sont les suivants : a) le client a le droit à son intégrité et au choix de ses propres objectifs, quitte à ce que ces derniers diffèrent de ceux de l'intervenant; b) la personne humaine est un être autonome; c) elle a droit à sa propre vision de ses problèmes; et d) elle est en possession de ressources intérieures suffisantes pour les résoudre.

Une théorie se développe en fonction et à la faveur d'un environnement psychosocial donné (Lewin, 1997). C'est ainsi que la psychologie humaniste prit l'ampleur d'un mouvement psychosocial, favorisé par une contre-culture sur la côte Ouest américaine; cette contre-culture fut alimentée, entre autres causes, par les protestations citoyennes contre la guerre au Vietnam. La psychothérapie radicale et la perspective féministe en psychothérapie naquirent de ce mouvement (Corbeil, 1979). Au Québec, la psychologie humaniste arrive par la psychologie sociale et celle de la psychothérapie rogérienne (Lebourgeois, 1999). Elle fut largement favorisée par les changements socio-politiques reliés à la Révolution tranquille, ce qui permit à la profession de se libérer de son asservissement à la profession médicale (Corbeil, 2004). La Gestalt-thérapie (GT) arrive une décennie plus tard. Joseph Zinker, un pionnier de la Gestalt-thérapie de l'école de Cleveland (GIC, pour Gestalt Institute of Cleveland), offre une première séance à Montréal. À la suite de cette séance, des psychologues québécois iront se former en Californie ou à Cleveland. Ils ouvriront au Québec des centres de formation à la théorie et à la pratique de la GT. Ils seront par la suite invités en Belgique et en France pour offrir cette même formation.

Faisant de la qualité de la relation psychothérapeute/client l'a priori de son approche, Rogers est celui qui, à l'exclusion de Freud, a eu le plus d'impact sur l'ensemble des théories psychologiques et approches thérapeutiques en Occident (Kahn, 1991). Les théories ultérieures reprendront à leur compte l'essentiel des postulats humanistes préconisés par cette « troisième force » (Lecomte et Richard, 1999). Le client/patient ne sera plus un objet analysé par un observateur objectif, mais un sujet autorégulé avec son environnement (F. S. Perls et al., 1951) avec lequel dialoguer (Jacob, 1992). Le développement d'un soi cohésif ne peut se concevoir sans le lien intersubjectif avec l'autre (Kohut, 1971, 1977); l'expérience transformatrice de soi émerge des interactions avec le

champ intersubjectif (Jacob, 1992; Stern, 2004). Et contrairement à la théorie freudienne des instincts, la psychanalyse intersubjective considère la personne entière et son expérience d'elle-même comme centrales et prioritaires (Atwood et Stolorov, 1984). Le positionnement relationnel psychothérapeute/patient est situé à l'intérieur du champ intersubjectif (Orange et al., 1997).

Plusieurs théories se classent dans le courant de la pensée humaniste : la Gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle, l'hypnose éricksonnienne, l'analyse bioénergétique, la programmation neurolinguistique (PNL), la psychologie archétypale ainsi que certaines approches en psychothérapie familiale (Corbeil et Denis, 2006).

L'importance capitale du moment présent en psychothérapie, principe développé en Gestalt-thérapie (GT) par F. S. Perls, est mise en relief par Stern, un psychanalyste tenant de l'intersubjectivité. Il découvre que le récit constitue une expérience qui se vit dans le moment présent, qu'il s'agisse de rêves éveillés, de rêves ou de tout autre souvenir du passé (Stern, 2004). Pour la GT, les sensations présentes d'où surgit l'émotion suscitée par le récit du passé offrent les indicateurs thérapeutiques cruciaux (F. S. Perls et al., 1951). Par ailleurs, les approches combinées se multiplient, associant psychothérapie et médicaments, voire l'intégration de plusieurs psychothérapies (Elkaïm, 2007).

Les postulats théoriques à la base de la psychothérapie humaniste

La psychologie humaniste possède une vision holistique de l'être humain, lequel forme un tout en interaction avec un environnement psychosocial donné (Ehrenberg et Lovell, 2001). D'une part, cette compréhension holistique implique qu'une personne est plus que l'ensemble de ses caractéristiques (et symptômes), soit plus que les données empiriques présentées à son sujet (May, 1958; F. S. Perls, 1969). D'autre part, la personne ne peut être comprise que dans sa façon d'être avec son environnement à un moment précis dans le temps. En somme, le tout est plus grand que la somme des parties, principe premier des théoriciens gestaltistes de la perception (Kofka, 1935). La psychologie humaniste opte pour une vision positive de l'être humain, lequel possède intérieurement les ressources nécessaires à sa capacité d'actualiser son potentiel (Maslow, 1971; Rogers, 1942). Elle vise à l'épanouissement personnel, c'est-à-dire à l'actualisation du potentiel plutôt qu'à l'ajustement pur et simple à la société (L. Perls, 1993). Elle conçoit la santé psychique comme étant autre chose et plus que l'absence de pathologies ou de symptômes (Maslow, 1971; L. Perls, 1993).

La psychologie humaniste voit l'être humain comme étant constamment en devenir. Comme organisme vivant, l'être humain est toujours en changement, en devenir. Autrement dit, il est toujours appelé à faire face au changement, cette capacité de s'ajuster au changement constituant les conditions mêmes de sa santé tant mentale que physique. Ainsi, les crises ne sont

pas vues comme le produit de l'anxiété et du désespoir, mais plutôt comme l'occasion de nous voir tels que nous sommes. Elles font appel à un changement souhaité pour le mieux-être et l'actualisation de soi. L'anxiété est l'élan vital qui nous habite et nous pousse à nous actualiser (F. S. Perls, 1969). Tel ce bourgeon qui devient ce qu'il doit être, une fleur ou un fruit, ainsi l'être humain qui actualise son potentiel devient ce qu'il doit être dans son individualité propre (Hillman, 1996). L'être humain a conscience d'exister, se projette dans l'avenir et se choisit. Il est condamné à choisir, et s'il ne choisit pas, c'est qu'il choisit de ne pas choisir. Tout choix personnel a un impact sur l'environnement (Sartre, 1996).

Suivant cette perspective holistique, les symptômes sont au service de l'intégrité de l'organisme. Ils reflètent un besoin précis à un moment donné, besoin ignoré et qu'il faudra interroger plutôt que de tenter d'emblée de le faire disparaître. Ainsi, pour les individus vivant un TPL, la fonction psychique des comportements impulsifs autodommageables et des ruptures de lien pourrait être comprise comme une ultime tentative pour calmer la tension interne, la peur de l'abandon et la souffrance vécues. La crise est à la fois motrice, révélatrice et opportunité de changement. Les symptômes sont l'expression de conflits intrapersonnels où il y a affrontement entre les faces visible et cachée de la personne. Les parties ignorées de soi produisent un clivage psychique et ressortent sous diverses formes symptomatiques, dont les comportements impulsifs et les problèmes psychosomatiques (Zinker, 1981).

La perspective existentielle repose sur la phénoménologie en ce qu'elle accorde priorité à l'expérience personnelle, subjective du client pour une première compréhension de ses problèmes. L'utilisation des concepts abstraits demeure en arrière-fond, à titre d'instrument au service de la compréhension de la personne dans ses dilemmes. Le défi consiste à tenter de faire le pont entre les données objectives de la science et la réalité de la personne, la priorité demeurant de tenter de percevoir l'univers de cette personne avec les yeux qu'elle pose sur son monde à elle (May, 1958).

Les appuis empiriques de la psychothérapie humaniste

Elliott et al. (2021) ont passé en revue les recherches portant sur les psychothérapies humanistes-expérientielles (PHE), qui comprennent la thérapie centrée sur la personne (TCP), la thérapie centrée sur les émotions (TCE), la Gestalt-thérapie (GT) et les approches de psychodrame. Cette méta-analyse de 91 études portant sur l'efficacité et l'efficience des PHE, publiées entre 2009 et 2018, et respectant les lignes directrices PRISMA¹ (pour des résultats antérieurs, voir : Elliott et al., 2004; Elliott et al., 2013; Greenberg et al., 1994), a produit les résultats suivants : a) les PHE étaient associées à d'importants changements avant et après chez les clients ($d = 0,86$); b) dans les études contrôlées, les clients des PHE ont généralement montré des gains impor-

Ainsi [selon la perspective humaniste], les crises ne sont pas vues comme le produit de l'anxiété et du désespoir, mais plutôt comme l'occasion de nous voir tels que nous sommes. Elles font appel à un changement souhaité pour le mieux-être et l'actualisation de soi.

tants par rapport à ceux qui n'ont reçu aucune psychothérapie (0,88); c) dans les études de résultats comparatifs, les PHE en général étaient statistiquement et cliniquement équivalentes en efficacité à d'autres psychothérapies (-0,08). Dans l'ensemble, les résultats les plus solides ont été trouvés pour la TCE, suivie de la TCP; les approches génériques de soutien non directives étaient les moins efficaces, en particulier par rapport à la TCC (thérapie cognitivo-comportementale). Les PHE semblaient plus efficaces avec les difficultés relationnelles et interpersonnelles, les comportements autodestructeurs, la gestion des problèmes de santé chroniques et la psychose.

La revue précitée ne semble pas avoir porté spécifiquement sur le TPL. Quinn (2011) rapporte que seulement trois études (Cottraux et al., 2009; Teusch et al., 2001; Turner, 2000) portant sur le traitement du TPL, et qui incluaient une condition de traitement de thérapie centrée sur la personne (TCP), ont pu être recensées. Malgré les biais possibles du chercheur en raison de l'approche (TCC) présentée comme la condition de contrôle et de comparaison TAU (*therapy as usual*) dans deux des trois études, la TCP démontrait tout de même des tailles d'effet fortes dans l'ensemble.

Des études qualitatives ont fait ressortir l'omniprésence des émotions primaires incapacitantes à la source de la majorité des désordres affectifs (Goldman et Greenberg, 2019). À l'intérieur d'une relation thérapeutique empathique et affectivement accordée, l'approche TCE a permis la transformation de ces émotions négatives en ressources relationnelles adaptées. L'efficacité de l'approche TCE semble démontrée pour le traitement des problèmes relationnels persistants et des blessures relationnelles non résolues, troubles qui s'apparentent à ceux du TPL (Timulak et al., 2019).

L'ensemble des recherches sur l'efficacité de l'approche gestaltiste (GT) [Strümpfel, 2007] fait état des résultats de soixante études recueillies auprès de 3000 patients, dont près de la moitié ont bénéficié de la GT, comprenant des problématiques aussi diverses que les psychoses, les TPL, les troubles de l'humeur et les troubles de dépendance aux psychotropes. Certains des sujets étudiés étaient des patients hospitalisés ou vus en clinique externe en psychiatrie. Ces études rapportent que l'efficacité de la GT se compare favorablement à celle de la TCC et de la TCP. Certaines parlent également en faveur de la stabilité des résultats pour certaines problématiques (Strümpfel, 2007).

Dans une autre recherche, des patients psychiatriques, incluant ceux souffrant du TPL, ont bénéficié d'un groupe intensif d'approche gestaltiste (dit « marathon »). Les résultats furent comparés à ceux d'un groupe contrôle n'ayant pas suivi de psychothérapie. Les principaux changements, favorables, ont trait aux dysfonctions de la personnalité, à l'image de soi et aux relations interpersonnelles.

Les apports pertinents de la perspective intersubjective développementale

La théorie humaniste s'est enrichie d'apports complémentaires qui présentent une vision capitale sur les aspects développementaux de l'être humain. La psychologie du soi ainsi que la perspective théorique intersubjective du développement offrent un cadre propice à la compréhension des personnes ayant un TPL (Gillie, 2003 ; Jacob, 1992, 2005 ; Kohut, 1971, 1977 ; Stern, 1989, 2004). Tout comme la GT, la psychologie du soi parle de l'inséparabilité entre la personne et son environnement, cet environnement comprenant les autres êtres humains en interaction avec elle (Kohut, 1977). Au cours du développement, l'expérience de soi émerge et se consolide à travers les interactions à l'intérieur du champ intersubjectif, le soi ne pouvant devenir cohésif qu'au moyen d'interactions empathiques, accordées au tonus affectif du moment. Deux fonctions sont essentielles à l'intégration du soi : une saine capacité d'affirmation face au soi-objet miroir et une saine admiration face au soi-objet idéalisé (Kohut, 1977). Pour Jacob (2005), toute reconfiguration de l'organisme et de l'environnement opère dans les deux sens. L'organisme et son environnement se reconfigurent constamment, et ils se reconfigurent en relation l'un avec l'autre. En psychothérapie, l'espace intersubjectif entre client et psychothérapeute constitue une cocréation unique et mobile où les deux s'influencent réciproquement.

La théorie intersubjective du développement offre aussi un cadre théorique propice à la compréhension des personnes ayant un TPL (Gillie, 2003 ; Stern, 1989, 2004). Les observations de Stern sur les nouveau-nés révèlent qu'ils sont agents actifs dans leur environnement. Leur développement évolue vers des phases de plus en plus complexes, *les domaines relationnels*. Stern a identifié quatre phases de développement du soi, chacune d'elles prenant place dans une sphère propre d'activité. Le domaine du soi intersubjectif, qui se développe entre sept et neuf mois, semble particulièrement éclairant pour une compréhension des enjeux cruciaux du TPL. À cette phase, le bébé découvre qu'il peut partager son expérience subjective avec un autre : partager des états affectifs, des intentions et des centres d'attention. Ce processus dynamique, qui permet au parent de se synchroniser avec son enfant et ainsi de constituer un espace intersubjectif, est appelé *accordage affectif* (Stern, 1989). L'auteur est d'avis que ce lien intersubjectif constitue un besoin fondamental de développement, un mécanisme de survie. Cet état affectif est reproduit

en miroir par la personne qui prend soin de l'enfant. Les mères parlent d'une *communion interpersonnelle*. Comme l'attachement, l'intersubjectivité peut être considérée comme un système motivationnel. Alors que l'attachement régule la peur et la curiosité, l'intersubjectivité régule l'intimité psychique et le sentiment d'appartenance au groupe. Ils sont distincts, mais tous deux nécessaires à la survie humaine (Stern, 2004). Cette théorie du développement précoce rappelle à quel point les expériences subjectives de soi-avec-l'autre sont centrales et déterminantes. Elles sont des parties permanentes et saines du paysage psychique qui auront une élaboration et une croissance continues. Elles témoignent de la constitution active d'une mémoire qui codifie, unifie et rappelle les expériences, et par ce moyen, guide le comportement (Stern, 2004).

Dans le domaine intersubjectif verbal, une cliente monoparentale me rapporta un fait. Alors que les rituels autour du dodo avaient été accomplis avec son fils d'un peu plus d'un an et qu'elle croyait pouvoir trouver un peu de répit en fin de journée, elle entendit une petite voix qui la réclamait. Retournant dans la chambre, elle découvrit une boîte de mouchoirs qu'elle y avait oubliée complètement vidée. « *Je ramassais ces mouchoirs éparpillés et j'ai probablement soupiré, songeant que mes journées étaient franchement bien longues, quand j'ai entendu : "Tannée, maman ?" Quelle surprise : quel beau cadeau en cette fin de journée !* » L'enfant avait senti l'état intérieur et la fatigue de sa maman, avait souhaité le lui communiquer et lui signifier qu'étant là avec elle, il voulait/pouvait lui apporter du soutien. Tiré du niveau verbal, cet exemple illustre bien le postulat selon lequel une influence est bidirectionnelle, soit, ici, la part active du jeune enfant dans la régulation affective relationnelle du moment.

Les implications pour la psychothérapie humaniste

Selon Carl Rogers, la psychothérapie doit permettre à la personne d'évoluer progressivement vers une prise de conscience de qui elle est vraiment, de favoriser l'acceptation de son individualité, ce qui fera d'elle une personne unique. L'approche non directive incite le client à devenir plus actif dans sa démarche et à se responsabiliser (Rogers, 1942 ; Rogers et Stevens, 1967). La personne est responsable de son existence dans son monde à elle, et cette expérience d'être constitue le fondement de toute psychothérapie, le prérequis à la résolution de tout autre problème spécifique (May, 1958). À titre d'exemple, une cliente qui venait d'une famille dysfonctionnelle semblait la seule résiliente de la fratrie. À ma question sur ce qui l'avait aidée, elle me répondit : « *Ma marraine. Je passais mes vacances chez elle, et, je ne sais pas, elle m'appelait par mon nom. Avec elle, j'avais l'impression d'exister.* » Tout porte à croire que cette impression d'exister a joué un rôle déterminant dans son choix de la psychothérapie plutôt que de l'alcool ou de la drogue comme solution à son mal-être. Cet exemple illustre bien le processus intersubjectif de validation

(ou d'invalidation) à partir duquel la dignité humaine émerge (ou est supprimée). Lequel n'a pas seulement un impact sur le concept de soi, les croyances que nous avons sur nous-même, mais aussi sur notre ontologie : notre être dans le monde (Tunstall, 2017).

La vision gestaltiste de la santé vise l'organisme dans son ensemble et considère que ce dernier est à la recherche constante de l'équilibre entre la satisfaction de ses besoins et les ressources et contraintes de l'environnement (F. S. Perls, 1978), d'où la nécessité de la centration et du senti au niveau proprioceptif (Kepner, 1987). On parle de l'organisation dynamique de l'organisme, c'est-à-dire de la configuration de l'ensemble des besoins et objectifs en interaction avec l'environnement. L'importance de la présence à soi (*awareness*) à l'intérieur autant qu'à l'extérieur de soi demeure une condition essentielle de santé. L'objectif du travail thérapeutique consiste ainsi à abaisser le seuil de sensibilité de façon à devenir de plus en plus conscient de ce qui se passe, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (Crocker, 1999). Cette présence à soi est bénéfique : elle permet l'autorégulation qui relève de la sagesse de l'organisme (F. S. Perls, 1969). La validation intersubjective consisterait ainsi à communiquer à l'autre la reconnaissance et l'acceptation de sa conscience incarnée, l'expression de celle-ci favorisant la présence à soi.

Le contact s'opère à la frontière individu/environnement (Polster et Polster, 1973). La notion de frontières personnelles, centrale en GT, offre un éclairage indiqué pour la compréhension du TPL. Une métaphore intéressante consiste à considérer la personne comme une cellule organique pour parler des frontières avec les membres de sa famille dont le niveau de fonctionnement est optimal. Une cellule (ici, un membre) y possède force et santé, ce qui lui permet de demeurer perméable aux ressources extérieures et de bénéficier d'échanges satisfaisants avec l'environnement (Walsh, 2012). Ces frontières doivent être à la fois flexibles, consistantes, perméables, ouvertes et sélectives. C'est là que se négocie la satisfaction des besoins personnels en tenant compte des ressources et contraintes de l'environnement. La GT parle de la notion de contact, un acte de créativité impliquant un sens de soi qui aura forcément un impact sur l'environnement et vice versa (Polster et Polster, 1973). Dans la névrose, les frontières entre l'individu et son environnement peuvent être soit floues, soit fragiles, rigides ou imperméables. Chez les personnes présentant un TPL, les frontières sont à la fois fragiles, poreuses, imperméables et rigides.

Le TPL suivant la perspective gestaltiste : quelques repères

Le trouble de caractère en général et le TPL se situent à mi-chemin entre la névrose et la psychose. Les fonctions du moi sont plus perturbées que dans la névrose, mais moins que dans la psychose (Yontef, 1993). Les auteurs distinguent généralement différents niveaux de sévérité des TPL. Les deux niveaux font face à un enjeu

majeur autour d'une double peur, soit celle d'être abandonné et/ou celle d'être envahi. La peur de l'envahissement serait davantage le propre des TPL de bas niveau alors que la peur de l'abandon atteindrait surtout les TPL de haut niveau. Cependant, le rêve de relation fusionnelle avec son psychothérapeute est menaçant, car le risque de perte d'un sens de soi fragile est tout aussi angoissant (Yontef, 1993). Une cliente me confia qu'elle appelle souvent certaines amies vers 2 heures du matin : « *Si elles m'aiment vraiment, elles vont m'accepter.* » Cette manœuvre à répétition lui procurera invariablement le rejet, preuve que la fusion pour elle est aussi menaçante que le rejet. La sévérité des difficultés s'apparente parfois à la psychose et nécessite occasionnellement médication et hospitalisation (Teusch et al., 2001).

Les personnes avec un TPL luttent pour maintenir un sens de soi cohésif, en particulier dans leurs relations interpersonnelles. Leurs perceptions étant fragmentées, il leur est difficile de percevoir une situation dans son ensemble, ce qui les amène à prendre des décisions précipitées, sans considération pour les conséquences qui pourraient s'ensuivre. Elles s'adaptent difficilement aux changements et tentent d'ignorer ces derniers. Peu aptes à réfléchir sur elles-mêmes, et encore moins lors de situations stressantes ou conflictuelles, leurs relations interpersonnelles se soldent souvent par des échecs. Le sens de soi déficient fait qu'elles peuvent difficilement se remettre en question et que lors de situations conflictuelles, elles semblent incapables de se responsabiliser. Souffrant de frontières mal définies, leurs habiletés pour les interactions et la négociation sont problématiques, ce qui contribue à nourrir chez elles des sentiments dépressifs et cyniques (Walsh, 2012 ; Yontef, 1993). Les personnes avec un TPL peuvent adopter des stratégies de manipulation et se révéler suicidaires (Estellon, 2019 ; Kolly et al., 2019). Une cliente me laissa un message téléphonique la veille de mon départ pour une formation à l'étranger : « *Janine, ce soir, j'ai envie d'aller me jeter en bas du pont Jacques-Cartier.* » Bien entendu, mes départs pour l'étranger lui étaient connus et faisaient partie des conditions de travail entre nous. Je lui ai exprimé que j'aimerais bien la voir, comme entendu entre elle et moi, à mon retour.

Quelques suggestions de traitement

Le contact à établir avec la personne dans son unicité constitue l'objectif prioritaire de la psychothérapie humaniste. La qualité de présence du psychothérapeute offre un abri sécurisant qui entoure et contient, de sorte que l'expérience *d'être* puisse émerger. Pour la personne atteinte du TPL en particulier, un climat de confiance où l'expérience d'être à la fois ensemble et différents représentera un enjeu majeur. De la part du psychothérapeute, une attitude d'ouverture, faite d'art et de dialogue, risque parfois d'être éprouvante, mais elle est impérative. Il y a exigence d'un dosage savant et subtil de clarifications de frontières, assorti d'empathie pour la compréhension de la réalité du client. Il s'agit d'une attitude thérapeutique à la fois ferme,

De la part du psychothérapeute, une attitude d'ouverture, faite d'art et de dialogue, risque parfois d'être éprouvante, mais elle est impérative. Il y a exigence d'un dosage savant et subtil de clarifications de frontières, assorti d'empathie pour la compréhension de la réalité du client.

claire et sensible, où la nécessité de revenir sans cesse sur les demandes et limites de l'environnement est au programme en même temps qu'une attention aux multiples besoins de la personne (Yontef, 1993). Cette clarification des limites de l'environnement combinée à une présence empathique contribue à donner du pouvoir au client, élément thérapeutique crucial ici.

Annie était une cliente inscrite à un groupe de thérapie que j'offrais. Lors d'une pause, elle s'était installée au secrétariat et s'était rédigé une référence professionnelle (i. e. adressée à un autre professionnel de la santé en mon nom) sur du papier avec en-tête du Centre. Au retour de la pause, elle me présenta sa lettre dûment écrite. C'était tout simple, je n'avais qu'à signer. Cette intrusion équivalait à une introduction par effraction dans une maison pour s'emparer d'un objet dont elle aurait besoin. Comme il y a chez les personnes avec une structure limite une appréhension fragmentée de la réalité, il devient opportun de présenter des possibilités qui ne sont pas, de prime abord, accessibles à leur conscience. J'avais répondu à Annie qu'elle aurait pu me demander de rédiger la lettre, que je l'aurais fait avec plaisir (une référence à un autre professionnel de la santé représentait une forme de validation de ma part). Son geste manifestait ses difficultés relationnelles et son inaptitude à trouver un moyen adéquat pour répondre à son besoin de lien avec moi. Comme l'écrit fort justement Masterson (1981), la tentative de lien est toujours teintée d'hostilité (il n'était pas impossible qu'après tout, Annie m'estime responsable de ses difficultés d'interactions dans le groupe). Il est approprié qu'en pareilles circonstances, la position du psychothérapeute soit relativement active, qu'il s'agisse de comportements autodommageables ou de relations interpersonnelles dysfonctionnelles (Gunderson et Links, 2014; Prada et al., 2015). L'attitude thérapeutique à adopter est de se montrer concerné, cohérent, non punitif et conscient de l'hypersensibilité interpersonnelle de la personne. Le clinicien qui répond avec calme et empathie offre un environnement soutenant qui favorise le développement d'un soi « suffisamment bon » (Gunderson et Links, 2014). La perspective intersubjective de la relation thérapeutique implique d'ailleurs que le client prend une part active dans la régulation affective de la dyade psychothérapeute/client, et ce, dans le but de contribuer à créer les conditions favorables à sa guérison (Jacob, 2005). L'initiative d'Annie et son mouvement de responsabilisation

méritaient d'être salués. Cependant, vu les difficultés de frontières interpersonnelles propres à ces personnes, nous devons aussi explorer ensemble comment je me sentais dans cette expérience et comment ce qu'elle recevait de mon expérience pouvait modifier son sentiment et son jugement sur ce qui venait de se passer. En d'autres mots, le champ intersubjectif entre elle et moi venait de se reconstituer, et il était important qu'elle puisse en prendre conscience et que nous nous réajustions toutes les deux l'une par rapport à l'autre. Dans ce champ intersubjectif entre nous deux, en effet, par son initiative plutôt insolite, Annie venait de prendre une part active : elle venait de contribuer à me faire prendre une conscience plus aiguë non seulement de son besoin personnel d'intégration au sein de son groupe, mais aussi de celui des autres personnes qui étaient silencieuses. Annie venait de faire appel à mon rôle d'animatrice dans le groupe, et j'estimai qu'il était temps que j'intervienne pour y faciliter son inclusion et celle de ces personnes dont, à son insu, elle venait de se faire la porte-parole.

Le stress lié aux interactions multiples inhérentes à un processus groupal l'incita finalement à entreprendre une psychothérapie individuelle. Au cours de ces trois années que durait le programme, elle sembla progressivement y développer un meilleur sens de son identité et devenir de plus en plus à l'aise au sein du groupe, s'incluant plus facilement dans les exercices et sous-groupes. Lors des rituels de la fin, cependant, Annie sembla pour un moment perdre ses repères. Il lui fallut un soutien approprié afin de franchir une étape si difficile pour elle, celle de la séparation.

Conclusion

La psychologie humaniste a laissé une empreinte durable sur nombre de courants psychothérapeutiques (Clarkson et Mackewn, 1993; Kahn, 1991). La recherche a montré qu'elle profite aussi des apports créateurs plus récents de modèles théoriques qui sont cohérents avec ses fondements. La psychothérapie humaniste est efficace, et les nouvelles avancées en psychothérapie expérientielle confirment l'importance de travailler dans l'ici et maintenant avec la personne présentant un TPL, en abordant le travail des enjeux interactionnels tout en maintenant le rapport intersubjectif et en adaptant les interventions à la personne et à ses besoins spécifiques.

Grâce à la centration et au dialogue dans l'ici et maintenant ainsi qu'au contact et à la validation de l'expérience proposés par la psychothérapie humaniste, la personne présentant un TPL se voit offrir un espace intersubjectif où le soi et l'autre peuvent coexister à la frontière contact.

1. Il s'agit de l'acronyme pour *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Pour plus d'informations, se rendre sur le site <http://prisma-statement.org/>.

REGARD COMPARATIF SUR DEUX TRAITEMENTS PSYCHODYNAMIQUES CONTEMPORAINS EMPIRIQUEMENT ÉPROUVÉS : LA PSYCHOTHÉRAPIE FOCALISÉE SUR LE TRANSFERT ET LA THÉRAPIE BASÉE SUR LA MENTALISATION

D^r Dominick Gamache, Ph. D.,
et **D^{re} Julie Maheux**,
Ph. D., psychologues

Introduction

À ce jour, l'approche psychodynamique a fait l'objet de 282 essais cliniques aléatoires pour le traitement des troubles mentaux (voir Lilliengren, 2021, pour une recension de ces études). Ces données probantes montrent qu'il s'agit d'un traitement empiriquement reconnu, notamment pour les personnes souffrant de troubles de la personnalité (TP). Trois récentes méta-analyses (Cristea et al., 2017 ; Oud et al., 2018 ; Storebø et al., 2020) ont établi que des modèles spécifiques de psychothérapie psychodynamique représentaient des approches efficaces pour le traitement du trouble de la personnalité limite (TPL). Plus précisément, les deux traitements psychodynamiques explicitement mentionnés dans les guides de bonnes pratiques nord-américains (Society of Clinical Psychology, 2016) et européens (Simonsen et al., 2019) pour le traitement des troubles de la personnalité sont la *psychothérapie focalisée sur le transfert* et la *thérapie basée sur la mentalisation*. Or, bien que ces deux approches présentent plusieurs similitudes (au point d'être qualifiées de « frère et sœur » par certains auteurs ; Verheugt-Pleiter et Deben-Mager, 2006), elles comportent également un certain nombre d'éléments distinctifs. Le présent chapitre vise à identifier les caractéristiques propres à chacune des approches de même que leurs éléments communs, en vue d'une réflexion quant aux mécanismes thérapeutiques qui pourraient sous-tendre ces deux formes de psychothérapie.

Psychothérapie focalisée sur le transfert

Cadre conceptuel

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT ; traduction de *transference-focused psychotherapy* [TFP] ; Caligor et al., 2018 ; Yeomans et al., 2015) consiste en un traitement manualisé des troubles de la personnalité reposant sur une approche contemporaine des relations d'objet, plus spécifiquement sur les travaux d'Otto F. Kernberg (Kernberg, 1984). Cet auteur a décrit un large continuum de pathologies de la personnalité se distinguant par diverses caractéristiques structurales (p. ex. identité, défenses, épreuve de la réalité, standards moraux, agressivité ; Kernberg et Caligor, 2004). L'organisation limite de la personnalité¹ est avant tout caractérisée par la diffusion de l'identité, qui correspond au manque de cohérence et de réalisme dans l'expérience et la compréhension de soi et des autres chez un individu. Elle découlerait de traumatismes précoces et/ou d'une agressivité tempéramentale chez l'enfant entravant l'intégration des expériences affectives positives-idéalisées et des expériences négatives-persécutrices. L'expérience interne est par conséquent dominée par des *relations d'objet intériorisées* (c.-à-d. des représentations internes de soi et d'autrui liées par une expérience affective) chargées d'agressivité, maintenues séparées des représentations idéalisées par des opérations défensives principalement centrées autour du clivage. Ce manque de cohérence interne est souvent vécu de manière douloureuse, s'accompagnant de sentiments de vide et menant à des passages à l'acte impulsifs visant un soulagement temporaire de la détresse. La diffusion de l'identité est ainsi considérée, selon le modèle de la PFT, comme la source des problèmes de régulation affective au cœur de la plupart des troubles de la personnalité (Levy et al., 2019). Dans les troubles de la personnalité dits de haut niveau (ou « névrotiques » ; Caligor et al., 2007), l'identité demeure relativement intégrée, mais la personne manifeste des rigidités ou des inhibitions (p. ex. dans l'expérience interne et l'expression de certains affects) pouvant mener à des conflits internes ou externes dans des sphères de fonctionnement plus spécifiques (p. ex. les relations de compétition ou d'autorité, l'intimité relationnelle et sexuelle).

Caractéristiques du traitement

La PFT consiste en un traitement individuel pour lequel on recommande idéalement deux séances par semaine². Les objectifs centraux de la PFT sont d'améliorer les capacités de régulation des émotions, de réduire l'impulsivité auto- et hétérodestructrice, de développer l'intimité dans les relations et la satisfaction relationnelle ainsi que d'accroître la capacité à atteindre des objectifs réalistes et compatibles avec les capacités et les désirs du client. Le postulat central de l'approche est que ces changements découleront de l'intégration progressive des représentations mentales internes polarisées et incohérentes de soi et des autres (Levy et al., 2019).

La diffusion de l'identité est ainsi considérée, selon le modèle de la PFT, comme la source des problèmes de régulation affective au cœur de la plupart des troubles de la personnalité.

Phases et déroulement du traitement

Le traitement évolue selon trois phases. D'abord, le psychothérapeute entreprend une évaluation détaillée afin de comprendre les difficultés actuelles du client et de poser un diagnostic structural. Cette évaluation vise à cerner les principaux symptômes, mais surtout à dresser un portrait des caractéristiques structurales de la personnalité (p. ex. diffusion par rapport à intégration de l'identité) et à identifier les facteurs pronostiques potentiellement défavorables susceptibles d'affecter la capacité du client à s'engager dans le traitement.

L'identification de l'ensemble de ces éléments permettra ensuite au psychothérapeute d'offrir au client une rétroaction quant à sa compréhension de ses difficultés et d'établir, en collaboration avec lui, un contrat thérapeutique. Cette entente verbale consiste notamment en une discussion quant aux rôles et responsabilités respectifs du psychothérapeute et du client, et en la mise en place de conditions jugées essentielles pour le bon fonctionnement de la psychothérapie. Ce cadre thérapeutique a pour le client une fonction contenante, balisant de manière explicite l'expression de l'agressivité et de la destructivité en séance et hors séance. La création de cet espace sécuritaire favorise l'exploration des contenus affectivement chargés, en particulier des contenus relationnels susceptibles d'émerger dans le cadre de l'exploration thérapeutique.

Une fois cette entente conclue, le traitement proprement dit peut débuter, avec des échanges s'articulant autour de trois thèmes prioritaires (Levy et al., 2019) : a) toute menace à la vie ou à la sécurité du client, de ses proches ou du psychothérapeute, ou toute menace à la survie du traitement (p. ex. la dissimulation d'informations importantes) ; b) exploration de l'expérience intérieure du client telle qu'elle est reflétée dans la relation avec le psychothérapeute (ce qui correspond à la notion de transfert) ; c) toute autre thématique affectivement chargée dans la vie actuelle du client.

Posture du psychothérapeute

Le psychothérapeute est encouragé à adopter une position de *neutralité technique*, qui ne doit pas être confondue avec une passivité ou une « indifférence » à l'égard du client, mais qui consiste plutôt à accueillir sans jugement les différentes facettes de l'expérience interne du client. Cette posture favorise chez ce dernier l'auto-observation et la compréhension de ses conflits internes.

Principales techniques

Afin de progresser vers l'atteinte de l'objectif principal du traitement, soit l'intégration de la part du client des facettes contradictoires et incohérentes de ses représentations de soi et d'autrui, le psychothérapeute fera bon usage de quatre principales interventions : la *clarification*, la *confrontation*, l'*interprétation* et la *perlaboration* (Caligor et al., 2018). D'abord, le psychothérapeute invite régulièrement le client à clarifier son expérience affective, en particulier celle activée dans les contextes relationnels (face au psychothérapeute ou face aux personnes significatives), permettant de mettre au jour les représentations de soi et d'autrui associées à cette expérience. Le psychothérapeute est ainsi encouragé à questionner le client et à l'inviter à expliquer tout contenu qui lui apparaît vague, déroutant ou contradictoire. Puis, le psychothérapeute pourra confronter, avec tact et empathie, les propos vagues, les omissions et les contradictions dans le discours du client. Il pourra notamment confronter l'information jugée discordante entre les trois canaux de communication considérés comme cruciaux en PFT, soit l'information fournie verbalement par le client, celle observée à travers les réactions non verbales de ce dernier et celle correspondant à ses propres réactions affectives ressenties au contact du client (autrement dit, son contre-transfert; Yeomans et al., 2015). Ces étapes préparent le terrain pour l'interprétation des dynamiques internes du client qui s'actualisent dans l'interaction avec le psychothérapeute (voir le tableau 1 pour un résumé et un exemple des étapes de l'interprétation). Cette démarche accroît chez le client sa curiosité à propos de lui-même, de ses états mentaux et de ses conflits internes. À terme, c'est le travail de perlaboration, soit la répétition au fil du temps, dans différents contextes, de l'interprétation touchant les dynamiques relationnelles conflictuelles observables dans la relation thérapeutique et dans la vie du client, qui permet à ce dernier de développer une perspective nouvelle sur ses comportements et ses relations.

La capacité améliorée d'autoréflexion et de contextualisation en réponse à des états mentaux affectivement chargés en contexte relationnel donne ainsi lieu à une meilleure régulation affective (Kivity et al., 2021), qui va de pair avec une conscience accrue des conséquences potentiellement destructrices de l'impulsivité et une diminution du recours aux stratégies défensives

La théorie de la mentalisation propose que c'est via un lien d'attachement sécurisant, combiné à un processus de reflet et de marquage à la fois contingent et congruent des affects par les figures d'attachement, que la mentalisation pourra se développer.

dysfonctionnelles. Le processus permet d'accroître l'acceptation de soi chez le client et de favoriser le développement de relations interpersonnelles moins perturbées par l'agressivité et la suspicion, et davantage axées sur la mutualité et une « saine dépendance ».

Thérapie basée sur la mentalisation

Cadre conceptuel

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM; traduction de *mentalization-based treatment* [MBT]; Bateman et Fonagy, 2013) est un modèle de psychothérapie manualisée (Bateman et Fonagy, 2004, 2006) initialement élaboré pour le traitement du TPL. La mentalisation se définit comme étant l'habileté à imaginer et à interpréter les comportements humains en termes d'états mentaux, c'est-à-dire à donner un sens à ses comportements et à ceux des autres, en considérant les pensées ou émotions qui les sous-tendent.

La théorie de la mentalisation propose que c'est via un lien d'attachement sécurisant, combiné à un processus de reflet et de marquage à la fois contingent et congruent des affects par les figures d'attachement, que la mentalisation pourra se développer chez l'enfant (Slade, 2008). Ce lien avec des figures elles-mêmes mentalisantes lui offrira la sécurité pour explorer son esprit et celui de l'autre (Fonagy et Luyten, 2016). Le lien d'attachement représente une opportunité d'apprentissage social chez l'enfant (Luyten et al., 2021), contribuant au développement de la *confiance épistémique*, soit une capacité évolutive fondamentale permettant de considérer les informations sociales comme étant pertinentes et généralisables à d'autres contextes (Fonagy et al., 2017a, 2017b). La confiance épistémique sera déterminante pour que l'enfant puisse s'ouvrir au monde social et développer sa capacité à être en lien et à mentaliser. Un environnement social et parental instable et invalidant, des vécus d'adversité et de la maltraitance seront susceptibles de compromettre le développement de la confiance épistémique et de la mentalisation chez l'enfant, puis chez l'adulte qu'il deviendra (Allen, 2018; Borelli et al., 2019; Luyten et Fonagy, 2019; Wang, 2021). La capacité à mentaliser aura des implications particulièrement importantes en ce qui a trait à l'identité, à la régulation des émotions, au contrôle des impulsions et aux relations interpersonnelles (Fonagy et Target, 2006; Luyten, Campbell et Fonagy, 2020).

La TBM postule que les clients souffrant de psychopathologies sévères, telles que les TP, présenteraient sur le plan de la mentalisation des déficits importants (Bateman et al., 2009) résultant d'une interaction entre des facteurs environnementaux et biologiques (Luyten, Campbell et Fonagy, 2020). Les symptômes observés chez les personnes souffrant d'un TP (p. ex. rigidité, attributions hâtives, dérégulation, dissociation) découleraient

d'une mentalisation inefficace (aussi nommée *modes de pré-mentalisation* ; voir le tableau 2) et d'altérations fondamentales dans le développement de la communication sociale³.

Caractéristiques du traitement

L'objectif principal de la TBM est de stabiliser, de soutenir et d'améliorer les capacités de mentalisation des clients, pour tendre vers une mentalisation saine et flexible, notamment lorsqu'ils sont confrontés à une charge émotionnelle intense (Bateman et Fonagy, 2016). La visée première du traitement est de rendre le client curieux à l'égard des états mentaux, tant les siens que ceux des autres. La TBM invite le client à adopter une posture d'hypothèse sur les intentions de l'autre plutôt qu'une posture de certitude, fréquemment rencontrée chez les personnes atteintes d'un TP et à l'origine de souffrances et de conflits interpersonnels (Fonagy et Luyten, 2016). Elle cible spécifiquement le développement de la mentalisation via la *validation empathique* de l'expérience du client et l'installation progressive de la confiance épistémique (Bateman et Fonagy, 2016). Le changement thérapeutique induit par la TBM serait soutenu par la création d'un espace de réflexion permettant de mettre en lien les affects et les comportements, ce qui favoriserait une meilleure régulation émotionnelle, réduirait l'impulsivité et concourrait au développement de relations plus satisfaisantes (Volkert et al., 2019).

Phases et déroulement du traitement

Le traitement se déroule généralement sur une durée moyenne de 12 mois⁴ (Volkert et al., 2019). Le tableau 3 présente les trois phases du traitement. Puisque les affects du client peuvent être intenses, l'exploration de son esprit et de celui de l'autre peut s'avérer angoissante. Le psychothérapeute doit donc respecter un rythme lent mais soutenu, en offrant une validation empathique à ce qui est exprimé par le client. Il s'assurera de monitorer le niveau d'activation émotionnelle du client afin de moduler l'exploration et de s'ajuster aux besoins et capacités de ce dernier (Bateman et Fonagy, 2010). Il invitera d'abord le client à mentaliser les situations moins intenses ou confrontantes, en abordant davantage les situations factuelles, pour cheminer progressivement vers une mentalisation relationnelle et même une mentalisation des affects dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique, si les niveaux de réactivité émotionnelle et de mentalisation le permettent.

Posture du psychothérapeute

Le psychothérapeute adoptera une posture d'humilité et de curiosité, celle d'une personne « qui ne sait pas » mais qui demeure ouverte et disposée à comprendre les états internes du client (Bateman et Fonagy, 2019). Cette posture donne lieu à une relation thérapeutique qui se veut non hiérarchique, où le client demeure « l'expert » de son propre esprit et de ce qui l'habite (Folmo et al., 2022). La posture du psychothérapeute est une

composante particulièrement importante du traitement, encourageant le client à développer à son tour sa curiosité à l'égard des états mentaux. Le psychothérapeute s'offrira également comme un modèle implicite de saine mentalisation (Daubney et Bateman, 2015)⁵. La posture du psychothérapeute vise à créer un climat de sécurité affective pour le client, où il se sentira reçu dans son expérience interne, bien que cette expérience puisse être chargée d'affects négatifs et débordants. C'est à partir de cette posture que le psychothérapeute visera à installer la *confiance épistémique*, soit la perception de cette autre personne avec qui il est possible de se déposer, de réfléchir de façon non défensive et qui est perçue comme une source d'apprentissage et de croissance possibles (Fonagy et al., 2015). Cette confiance épistémique est également le fruit d'une série d'interventions à la fois sensibles et contingentes qui permettront au client de se sentir compris tout en ayant l'ouverture de remettre ses perceptions en question.

L'interprétation – en particulier celle du transfert – est utilisée de manière distincte dans ces deux approches. En TBM, elle est jugée peu aidante dans les phases précoces de la psychothérapie [...] En PFT, au contraire, son utilisation est prônée tôt dans le traitement.

Principales techniques

À partir d'une approche narrative, le client sera invité à mettre en mots les situations ayant déclenché chez lui des affects intenses et à explorer la nature et la source de ces affects ainsi que leurs impacts sur lui et les autres (Bateman et Fonagy, 2013). Le traitement vise une responsabilisation du client à l'égard de ses comportements, de ses émotions et de ses symptômes ainsi qu'une normalisation des malentendus qui seront présentés comme des opportunités d'apprentissage sur son monde interne et celui des autres. Plus spécifiquement, l'utilisation des mouvements contraires (*contrary moves*) est une technique mettant à profit les différents pôles de la mentalisation (p. ex. rediriger l'attention vers les affects ressentis lorsque le client aborde plutôt les pensées et cognitions ; Volkert et al., 2019). Elle permet de créer plus de flexibilité en incitant le client à explorer les multiples perspectives par rapport à une situation vécue. Le psychothérapeute peut également utiliser la technique nommée *Stop, rewind, and explore* afin d'inviter le client à ralentir et à détailler la séquence d'événements dans son narratif, permettant de repérer et de relier ses ressentis spécifiques, les motivations ou raisons sous-jacentes ainsi que les déficits de mentalisation ayant pu se mettre en place. Cette technique permet d'atténuer l'activation émotionnelle, favorisant une disponibilité des ressources mentales.

Synthèse : divergences et convergences

La section qui suit vise à offrir une synthèse à la fois des points de divergence et des points de convergence des deux approches. Un regard sur leurs différences, mais surtout sur leurs points communs, nous apparaît des plus pertinents, notamment pour mettre en lumière les nuances de leurs applications cliniques. Nous constaterons ainsi que la PFT et la TBM présentent des différences notables quant à certains éléments cruciaux du traitement, découlant de leurs perspectives respectives relativement aux principaux déterminants des TP. Cela dit, nous observerons avant tout la complémentarité des deux approches en ce qui a trait à leurs objectifs et aux mécanismes clés sous-tendant le changement thérapeutique.

Points de divergence

Parmi les différences entre les approches PFT et TBM, outre certaines disparités manifestes (p. ex. l'utilisation de la modalité de groupe en TBM seulement), trois éléments nous apparaissent plus saillants quant aux principes fondamentaux de chacun des traitements et aux stratégies préconisées en conséquence. D'abord, les deux approches présentent des perspectives différentes par rapport à l'établissement d'un *contrat thérapeutique*. Jugé fondamental dans l'approche PFT pour son rôle contenant et contribuant à la création d'un espace sécuritaire, le contrat est en TBM considéré comme peu aidant, voire contre-productif. En effet, Bateman et Fonagy (2006) soutiennent que les personnes présentant un trouble sévère de la personnalité n'ont pas la capacité requise pour se projeter dans le temps et réfléchir à leurs états mentaux futurs ou les anticiper; ainsi, leur demander de s'engager à l'égard de leur comportement à venir ne peut mener qu'à des échecs humiliants ou à des confrontations inutiles. Notons que des limites explicites sont tout de même posées, en TBM, à l'égard de comportements jugés dommageables pour la psychothérapie ou non mentalisants (p. ex. violence, abus de substances).

Les deux approches ont également des perspectives différentes quant à l'*alliance thérapeutique*; si toutes deux jugent qu'elle est fondamentale, elles misent sur des techniques distinctes pour son développement et son maintien. En TBM, considérant que plusieurs personnes souffrant d'un TP présentent un vécu hostile de rejet, d'adversité ou de négligence durant l'enfance, le psychothérapeute souhaitera pallier ces expériences par un accueil enthousiaste et validant des expériences affectives, notamment celles chargées d'hostilité. Il pourra également prodiguer des encouragements ou une validation explicite des efforts de mentalisation, ou dévoiler de façon judicieuse ses propres états mentaux au client. En PFT, les mêmes considérations amènent plutôt le psychothérapeute à maintenir une position de neutralité technique, qui permet à ce dernier d'accueillir avec curiosité, sans jugement et avec empathie toutes les facettes de l'expérience

Les deux traitements présentent des similarités considérables, notamment en ce qui a trait à la priorité mise sur la régulation émotionnelle comme cible thérapeutique ainsi qu'à l'investissement et à l'utilisation de la relation et de l'espace thérapeutiques.

interne du client, même les plus destructrices. Cela permet au client de faire l'expérience implicite d'une relation contenante où il a la possibilité d'« être lui-même sans détruire l'autre ». Porter une attention précoce, soutenue et constante aux manifestations de transfert négatif à l'égard du psychothérapeute (p. ex. hostilité, suspicion) permet également de rétablir les ruptures d'alliance (Caligor et al., 2018).

Enfin, l'*interprétation* – en particulier celle du transfert – est utilisée de manière distincte dans ces deux approches. En TBM, elle est jugée peu aidante dans les phases précoces de la psychothérapie, la crainte étant que le client présentant des déficits de mentalisation ne la vive comme une « imposition » de la pensée du psychothérapeute. En PFT, au contraire, son utilisation est prônée tôt dans le traitement, avec une focalisation sur les dynamiques relationnelles et les états affectifs activés dans l'ici et maintenant. Cet accent sur l'expérience émotionnelle « à chaud » vécue au contact de l'autre rend le contenu de l'interprétation moins abstrait ou intellectualisé, atténuant le risque qu'elle soit vécue par le client comme l'imposition autoritaire de la pensée du psychothérapeute (Radcliffe et Yeomans, 2019). Dans les phases plus avancées du traitement, en TBM, la stratégie de « mentalisation du transfert » pourra être utilisée afin d'attirer l'attention du client sur la dynamique activée dans l'ici et maintenant et d'ainsi susciter sa curiosité à propos de la relation et des états mentaux du psychothérapeute. Ce travail ne visera toutefois pas à expliquer le comportement du client, et le psychothérapeute évitera de l'interpréter comme la répétition de patrons d'interactions passées (Bateman et Fonagy, 2006).

Points de convergence

Au-delà des distinctions mentionnées ci-haut, les deux traitements présentent des similarités considérables, notamment en ce qui a trait à la priorité mise sur la régulation émotionnelle comme cible thérapeutique ainsi qu'à l'investissement et à l'utilisation de la relation et de l'espace thérapeutiques (Taubner et Volkert, 2019). Chacun des traitements a d'abord été développé pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes avec un trouble de la personnalité limite (Bateman et Fonagy, 2004; Clarkin et al., 1999), alors qu'il n'existait que peu d'options de traitements démontrés efficaces pour cette population. Tous deux ont toutefois évolué au fil des ans et se positionnent

aujourd'hui comme des approches transdiagnostiques susceptibles de venir en aide à des clientèles présentant des pathologies de la personnalité diversifiées (Bateman et Fonagy, 2019; Caligor et al., 2007; Caligor et al., 2018; Diamond et al., 2021; Luyten et al., 2020). L'efficacité des deux approches est appuyée par des données probantes jugées de bonne qualité (voir Levy et al., 2022) : celle de la PFT repose sur trois essais cliniques aléatoires (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006), tandis que celle de la TBM repose sur six (Bateman et Fonagy, 2008; Bateman et Fonagy, 2009; Carlyle et al., 2020; Laurensen et al., 2018; Philips et al., 2018; Rossouw et Fonagy, 2012). Trois méta-analyses témoignent également de l'efficacité des deux approches pour traiter les principaux symptômes associés au trouble de la personnalité limite (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Storebø et al., 2020).

Bien que la TBM et la PFT diffèrent à plusieurs égards sur le plan technique, notamment en ce qui a trait au rythme et aux stratégies déployées, elles situent toutes deux la *régulation émotionnelle* comme étant un objectif central et une cible thérapeutique prioritaire, permettant de diminuer les tempêtes affectives et les agirs impulsifs et destructeurs. Les deux approches visent le développement d'un espace sécuritaire où le niveau d'activation des affects est soigneusement géré, pour amener le client à augmenter progressivement sa propre capacité à vivre et à tolérer une gamme d'affects plus diversifiés et plus intenses. Dans la TBM, la régulation affective se travaille via un lien thérapeutique sécurisant, la validation empathique et la consolidation des capacités de mentalisation; cette approche cible plus spécifiquement la relation et la mise en mots du monde interne. De son côté, la PFT vise également une meilleure régulation émotionnelle, mais plutôt par le maintien et le rappel d'un cadre thérapeutique contenant ainsi qu'au moyen de techniques d'interprétation menant à l'intégration progressive des représentations clivées et au développement d'une identité mieux intégrée.

Ainsi, nous pourrions affirmer que les deux traitements empruntent des chemins différents pour arriver à une destination commune : une meilleure connaissance de soi et une meilleure détection des signaux interpersonnels, menant à une régulation plus optimale des affects. Dans les deux traitements, les interventions ciblent une meilleure reconnaissance et compréhension des affects intenses et des représentations polarisées qui sont éveillées au sein des relations interpersonnelles significatives, incluant celle avec le psychothérapeute. Les deux traitements s'accordent sur le fait que les interventions déployées dépassent l'apprentissage de techniques, mais réfèrent plutôt au développement d'un soi plus mentalisé (TBM) et intégré (PFT). À cet égard, les deux traitements ont en commun le fait de parvenir à installer

des changements profonds et structuraux dans le fonctionnement interpersonnel, l'identité et la personnalité, contribuant ainsi au maintien et à la pérennité des gains thérapeutiques (Bateman et al., 2021; Bateman et Fonagy, 2008; Levy et al., 2006). Finalement, la TBM et la PFT partagent toutes deux, bien que la décrivant différemment, cette posture de curiosité dans laquelle le client est invité à se placer, accompagné du psychothérapeute, face à ce qui peuple son monde interne et celui de l'autre. Dans les deux approches, le psychothérapeute offre au client une invitation à revoir son modèle interne de lui-même et des relations sociales. Cette posture nécessite inévitablement une implication relationnelle du psychothérapeute dans les deux types de psychothérapie. L'utilisation du lien et de l'espace thérapeutiques est donc un élément à la fois distinct et commun de chacune de ces approches.

Conclusion

La TBM et la PFT présentent une familiarité indéniable dans leurs fondements, leurs visées mais particulièrement dans leur souci commun de créer un espace thérapeutique contenant, permettant notamment la régulation des affects chargés et intenses. Chacune à leur façon, elles invitent le psychothérapeute à adopter une posture de curiosité à l'égard de la vie psychologique du client, l'une via une approche contenant permettant l'interprétation du transfert, avec une empathie particulièrement affinée pour les parties hostiles du monde interne du client, l'autre par la validation empathique et l'ouverture sur son propre monde interne. Ces approches manualisées et appuyées par des données probantes offrent toutes deux des techniques visant à nommer et à calmer les tempêtes affectives ainsi qu'à développer la capacité à réfléchir aux émotions au sein des relations significatives.

1. Kernberg (1984) conçoit l'organisation limite de la personnalité comme un construit plus large que le trouble limite proprement dit (tel qu'il est défini, par exemple, dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM]* ; American Psychiatric Association, 2013). En fait, Kernberg inclut dans l'organisation limite la plupart des troubles de la personnalité correspondant aux groupes A et B du *DSM* (p. ex. schizotypique, schizoïde, narcissique, antisocial).
2. Pour tenir compte de la réalité de certains milieux de pratique, on pourrait considérer une fréquence de rencontres hebdomadaire (Clarkin et al., 2021).
3. Les plus récents écrits sur la TBM conceptualisent les TP, plus particulièrement le TPL, comme étant une altération spécifique dans l'encodage et l'internalisation des indices de la communication sociale, menant à des déficits sur le plan du fonctionnement psychosocial (Fonagy et al., 2017; Fonagy et Campbell, 2021).
4. La durée suggérée dans les premiers écrits sur la TBM était de 18 mois (Bateman et Fonagy, 2013).
5. Par exemple, le psychothérapeute reconnaîtra ouvertement et humblement ses incompréhensions ou ses limites à savoir ce qui habite l'esprit du client, offrant ainsi son esprit et sa personne comme modèle de saine mentalisation (Bateman et Fonagy, 2013).

Tableau 1

Résumé des étapes de l'interprétation selon la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

Étape de l'interprétation	Description	Exemple
1	Le psychothérapeute nomme, sans jugement, la « relation d'objet internalisée » dominante dans la relation thérapeutique, c.-à-d. la représentation que le client a de lui-même et du psychothérapeute ainsi que l'expérience affective associée dans l'ici et maintenant de la psychothérapie.	« J'ai l'impression que vous vous sentez comme un enfant impuissant face à un parent frustrant et insensible, ce qui vous fait vivre de la honte et de la colère. »
2	Le psychothérapeute observe et identifie les oscillations et renversements de rôles correspondant aux représentations de soi et de l'autre nommées à l'étape 1.	« Je comprends votre sentiment. En même temps, je me demande si nous pouvons tous deux prendre un pas de recul pour observer que par votre silence et votre retrait, vous pouvez à votre tour vous montrer frustrant et chercher à me rendre impuissant à vous aider. »
3	Le psychothérapeute propose un lien entre deux relations d'objet contradictoires (typiquement, entre des expériences idéalisées et des expériences persécutrices de soi et de l'autre) et invite le client à observer le caractère polarisé et contradictoire de ces représentations au fil du temps et à y réfléchir.	« Vous me percevez en ce moment comme frustrant et insensible. Au début de la rencontre, toutefois, vous m'avez exprimé votre gratitude et comment vous étiez heureux de m'avoir comme psychothérapeute. »
4	Le psychothérapeute offre des hypothèses quant à la signification possible de l'expérience transférentielle du client et des motivations sous-tendant ses processus défensifs.	« Peut-être avez-vous besoin de me percevoir en ce moment comme frustrant et insensible, considérant que le fait de me voir comme attentionné et bienveillant pourrait éveiller en vous la crainte d'être déçu, trahi et abandonné. »

Inspiré de Clarkin et al. (2021).

Tableau 2
Description des trois modes de prémentalisation

Mode	Définition	Manifestations possibles
Équivalence psychique	Les pensées et les sentiments deviennent « trop réels » aux yeux du client, si bien qu'il n'arrive plus à envisager d'autres perspectives.	Le client perçoit une intention hostile dans une intervention du psychothérapeute et est convaincu que sa perception est la seule possible. Peut prendre la forme de <i>flashbacks</i> terrifiants qui apparaissent réels aux yeux du client.
Téléologique	Les états mentaux ne peuvent être « crus », ou reconnus, qu'en présence de manifestations physiques observables.	L'affection, aux yeux du client, ne peut être démontrée que par des gestes physiques (toucher, étreinte). Le client souhaite des gestes concrets de la part du psychothérapeute (p. ex. augmenter la durée des rencontres) pour lui témoigner qu'il se soucie vraiment de lui.
Faire semblant (<i>pretend mode</i>)	Les pensées et les sentiments sont découplés de la réalité ; il n'y a pas de pont entre la réalité interne et la réalité externe.	Le client discute de façon superficielle et détachée de ses états mentaux et de ses sentiments (« pseudomentalisation »), comme s'il s'agissait de ceux d'une autre personne. Dans les cas sévères, peut prendre la forme d'une dépersonnalisation ou d'une déréalisation.

Inspiré de Bateman et Fonagy (2006) et Fonagy et Bateman (2018).

Tableau 3
Résumé des étapes de traitement de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

Phases de traitement	Description	Durée et modalité
1 – Phase diagnostique	Évaluer, identifier et communiquer au client : a) ses difficultés et son diagnostic ; b) les éléments déclencheurs de crises ; c) ses capacités et difficultés récurrentes de mentalisation.	Premières séances, en rencontre individuelle.
2 – Phase de psychoéducation	Comprendre le diagnostic et les concepts de base de la TBM.	12 premières séances hebdomadaires ; en groupe.
3 – Phase de traitement	Développer sur la perspective de son propre vécu ou sur celles présentées par les autres participants du groupe. Mise en place des techniques de traitement.	Rencontres de groupe et rencontres individuelles, parallèlement.

Inspiré de Bateman et Fonagy (2010, 2013) et Volkert et al. (2019).

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE AUPRÈS DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

D^{re} Claudia Savard,

Ph. D., psychologue,

M^{me} Élodie Gagné-Pomerleau, B.A.,

M^{me} Danielle Lefebvre,

M. Ps., psychologue,

et **D^r Stéphane Sabourin,**

Ph. D., psychologue

Introduction

Les difficultés relationnelles vécues par les gens souffrant de troubles de la personnalité (TP) se répercutent bien souvent au sein de leur relation amoureuse, les amenant à chercher de l'aide auprès de psychothérapeutes conjugaux (Magnavita, 2010). La possibilité qu'un partenaire présente un TP, ou même que ce soit le cas des deux partenaires (sachant que les gens avec un TP ont tendance à former des unions entre eux; Bouchard et al., 2009, 2017; Landucci et Foley, 2014; Ogrodniczuk et al., 2014), complexifie considérablement le travail d'intervention (Cardona et al., 2013; Magnavita, 2019). S'il existe un noyau dur de modèles de psychothérapie de couple bien validés empiriquement, les données probantes spécifiques aux couples incluant un partenaire souffrant d'un TP font défaut (Lebow, 2016). Pourtant, de solides appuis empiriques montrent qu'une relation conjugale de qualité entraîne des changements de personnalité positifs et un processus de maturation personnelle, au même titre que des modifications favorables de la personnalité peuvent exercer une influence avantageuse sur l'environnement relationnel (Neyer et al., 2014; Roberts et al., 2005).

S'appuyant à la fois sur les connaissances des aspects individuels et développementaux d'une personne ainsi que sur la théorie systémique des interactions entre les partenaires, la psychothérapie de couple auprès de gens souffrant de TP pourrait, selon certains auteurs (Lebow et Uliaszek, 2010), s'avérer plus efficace que la psychothérapie individuelle. En effet, la psychothérapie de couple donne l'opportunité d'observer dans l'ici et maintenant les dynamiques relationnelles problématiques et d'accéder directement aux perceptions du partenaire lorsque la personne souffrant d'un TP présente des déficits d'introspection. De plus, une relation de couple de meilleure qualité a le potentiel de fournir l'environnement « contenant » et sécurisant permettant de faciliter le travail psychothérapeutique et d'atténuer les difficultés associées au TP (Lebow et Uliaszek, 2010). En dépit du fait qu'il existe différentes modalités d'intervention à préconiser auprès de gens souffrant de TP et de leurs proches (notamment la psychoéducation, le développement d'habiletés de communication et de résolution de problèmes, la restructuration cognitive; Lebow et Uliaszek, 2010), le présent texte traite plus spécifiquement : 1) des connaissances théoriques et empiriques sur les problèmes conjugaux rencontrés chez une clientèle de gens qui présentent un TP; 2) des défis et enjeux à prendre en considération en évaluation; et 3) des interventions et approches en psychothérapie de couple qui peuvent s'avérer efficaces pour traiter non seulement la détresse relationnelle des partenaires, mais aussi le TP.

Fondements théoriques et empiriques

D'un point de vue théorique, les notions de personnalité et de relation amoureuse sont interdépendantes. La personnalité réfère à l'intégration d'expériences subjectives typiques (c'est-à-dire des affects, des perceptions, des cognitions) et de patrons de comportements (Kernberg, 2016). Les relations de couple sont quant à elles définies par des patrons d'interaction liant deux individus qui endossent des modes spécifiques d'organisation du comportement, de la pensée et des sentiments (Mund et al., 2016). Dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013, 2015)*, la définition des problèmes relationnels s'est élargie, ceux-ci étant considérés comme une autre condition pouvant faire l'objet d'un examen clinique. La souffrance relationnelle vécue avec le conjoint ou le partenaire est maintenant définie comme un ensemble de patrons douloureux et durables de comportements (retrait, surimplication, difficultés de résolution de conflits), de perceptions (attributions d'intentions négatives et minimisation chronique des comportements positifs du partenaire) et de sentiments (tristesse, apathie, colère vis-à-vis du partenaire) [Foran et al., 2015]. Ces critères chevauchent assez clairement ceux appliqués pour diagnostiquer les TP, surtout depuis l'ajout du modèle alternatif pour les troubles de la personnalité, introduit dans le *DSM-5*¹. De plus, bon nombre d'études transversales et longitudinales montrent que les traits pathologiques de la personnalité ou les TP sont des prédicteurs

[U]ne relation de couple de meilleure qualité a le potentiel de fournir l'environnement « contenant » et sécurisant permettant de faciliter le travail psychothérapeutique et d'atténuer les difficultés associées au TP.

robustes de la détresse conjugale (Bouchard et al., 2009; Chen et al., 2004; South et al., 2008). Ces traits expliquent la difficulté à former une union conjugale, les mariages précoces et peu viables, le cycle rapide de séparation et de réconciliation, les taux élevés de conduites sexuelles extradyadiques, certains troubles sexuels et les modes les plus destructeurs de dissolution d'union (Bouchard et al., 2009; Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994; Karan et al., 2016; Savard, Paquin et Maranda, 2017; Whisman et al., 2007). Les effets de la personnalité de chaque partenaire sur le fonctionnement conjugal s'expliquent empiriquement par des patrons d'interaction négatifs réciproques qui s'influencent (hostilité élevée ou chaleur humaine faible) [Donnellan et al., 2005; Lebow, 2005] ou par la présence de biais d'interprétation négatifs spécifiques à la relation (Finn et al., 2015; Lebow, 2005), qui prennent racine bien souvent dans l'histoire développementale des partenaires.

Évaluation

L'importance d'une évaluation approfondie fait l'unanimité chez les spécialistes en psychothérapie de couple. Elle sert de point d'ancrage pour comprendre les difficultés conjugales et la contribution des dynamiques personnelles de chaque partenaire aux conflits vécus. Elle permet aussi de déterminer si le pronostic d'une éventuelle psychothérapie de couple est favorable ou si des suivis individuels pour chacun des partenaires doivent d'abord être envisagés. Inspirée d'une approche systémique intégrative (Chambers, 2012; Pinosof et al., 2018; Sabourin et al., 2008), la procédure d'évaluation la plus fréquemment empruntée dans diverses approches peut s'articuler en trois phases.

La **phase I** inclut une ou deux séances portant sur le motif de consultation, l'histoire de la relation et les forces du couple. Cette phase permet d'évaluer la nature et la gravité des problèmes conjugaux, la perception de chacun vis-à-vis de l'avenir de la relation et la nature d'un éventuel mandat thérapeutique (améliorer la relation, résoudre l'ambivalence par rapport à la relation ou préparer une rupture) [Sabourin et Lefebvre, 2008]. Elle permet aussi de déterminer de façon provisoire un ou des patrons d'interaction rigides limitant significativement la qualité des échanges entre les conjoints, et d'observer ce ou ces patrons. Par exemple, un couple formé d'une personne souffrant d'un TP limite (TPL) et d'un partenaire présentant un TP narcissique (TPN) ou schizotypique (TPS) pourrait donner lieu à un patron d'interaction demande-retrait, où la première présente une

intensité émotionnelle et une détresse importantes devant lesquelles l'autre se montre froid, détaché et distant, voire indifférent. Plus le patron d'interaction est inflexible, répétitif et généralisé dans un grand nombre de sphères de la vie du couple, plus l'hypothèse de TP devient plausible.

L'évaluation de suivis antérieurs ou concomitants, individuels ou de couple, auprès d'autres professionnels (psychologues, médecins, intervenants, etc.) est déterminante avec des gens souffrant de TP. La façon qu'ont les clients et le couple d'entrer en relation avec des professionnels et de former une alliance thérapeutique est révélatrice et fait partie des facteurs pronostiques à considérer, qui seront abordés plus loin. Une fois le consentement des conjoints obtenu, la discussion directe avec les autres professionnels, afin de s'affranchir des visions parfois clivées ou partielles des clients, permet d'établir un plan d'intervention cohérent qui respecte les expertises de chacun et qui tient compte des enjeux suicidaires, parasuicidaires et hétéroagressifs.

La **phase II** permet de recueillir l'histoire longitudinale individuelle des membres du couple, en une ou deux séances individuelles. L'objectif consiste à approfondir les perceptions de chacun vis-à-vis des principaux enjeux conjugaux discutés durant la première phase, puis à comprendre ces enjeux à partir des problèmes et traumatismes au sein de la famille d'origine. Ces rencontres servent aussi à évaluer plus en profondeur, si nécessaire, le risque suicidaire, la violence au sein du couple, la présence d'autres partenaires sexuels, les mauvais traitements subis à l'enfance ou à l'adolescence, les relations amoureuses antérieures, etc.

L'hypothèse selon laquelle les conflits conjugaux s'expliquent partiellement par des stressés vécus au sein de la famille d'origine des deux conjoints fait désormais l'objet d'un large consensus au sein de la communauté scientifique (Magnavita, 2010). Plusieurs études montrent que les multiples formes d'adversité développementale se conjuguent selon un modèle dose-réponse et sont associées à divers indicateurs d'appauvrissement de la qualité des relations amoureuses : difficultés à former une relation intime, détresse conjugale et sexuelle accrue, revictimisation sexuelle durant l'union, violence conjugale grave, taux deux fois plus élevé d'infidélité et fréquence plus élevée de rupture (Bigras et al., 2017 ; DiLillo et al., 2016 ; Reuben et al., 2016 ; Vaillancourt-Morel et al., 2016 ; Widom et al., 2014). Sachant que les enfants qui grandissent au sein de familles abusives ou négligentes rapportent des séquelles intériorisées ou extériorisées qui persistent souvent à l'âge adulte sous forme de symptômes d'anxiété, de dépression et de TP (Varese et al., 2012), l'évaluation de l'histoire développementale apparaît incontournable. Qui plus est, il existe un risque important que les victimes de traumatismes à l'enfance revivent des situations traumatisantes à l'âge adulte (Dugal et al., 2018 ; Noll, 2021). Que ce soit dans le choix du partenaire ou encore dans sa façon d'interagir avec lui (p. ex. en ne mettant pas ses limites ou en évitant de faire connaître ses besoins), une personne souffrant d'un TP pourra revivre sans cesse la situation traumatique, sans que cela soit perçu ou compris par le partenaire.

Durant cette deuxième phase, il n'est pas rare que l'un des clients, voire les deux, confie en rencontre des informations inconnues du partenaire (p. ex. traumatismes, infidélités). Dans ces cas, il est essentiel de clarifier si les informations confiées peuvent être communiquées de façon sécuritaire au partenaire et si elles sont importantes dans la compréhension des dynamiques conjugales dysfonctionnelles. Lorsque le client ne souhaite pas dévoiler ce type d'informations à son partenaire, malgré leur importance pour comprendre les difficultés conjugales, l'engagement en psychothérapie de couple peut être compromis. Le psychologue pourra alors offrir un accompagnement empathique dans le dévoilement des informations au partenaire ou explorer la motivation à s'engager dans un suivi.

L'usage de questionnaires autorapportés² constitue aussi une stratégie judicieuse de dépistage permettant de recueillir toutes sortes d'informations, dont certaines pourront faire l'objet d'une évaluation approfondie en séance individuelle. Le tableau 1 présente une liste non exhaustive d'instruments autorapportés, validés en français, pouvant servir à évaluer la personnalité et la relation de couple ainsi que d'autres sphères de fonctionnement pouvant s'avérer particulièrement importantes chez les gens souffrant de TP. Le psychologue peut également utiliser bon nombre de ces instruments pour effectuer le monitoring en continu afin de pouvoir intervenir si de nouveaux comportements ou de nouvelles attitudes ou situations survenaient, ou encore pour documenter l'évolution du traitement.

La **phase III** du processus d'évaluation inclut une, parfois deux rencontres avec le couple pour questionner les partenaires sur leurs attentes et leurs objectifs relativement à leur démarche ainsi qu'une rencontre-bilan durant laquelle le psychologue expose sa compréhension des difficultés conjugales vécues, en prenant en considération l'histoire développementale et relationnelle des deux partenaires. Le psychologue fait aussi des recommandations visant à préciser : a) si la psychothérapie de couple est indiquée et si elle est la meilleure option actuellement ; b) quels sont les obstacles qui sont susceptibles de nuire au suivi ; et enfin c) quels objectifs pourraient être visés dans une éventuelle psychothérapie de couple.

En présence d'un couple dans lequel au moins un des partenaires présente un TP, un degré de dangerosité et de passage à l'acte élevé concernant des gestes suicidaires ou hétéroagressifs (incluant la violence conjugale, surtout de type terrorisme intime³ ; M. P. Johnson, 2011) pourrait constituer une contre-indication à la psychothérapie de couple. Dans ces cas, un suivi individuel visant spécifiquement la gestion des émotions, de la détresse et des comportements dommageables pourrait être souhaitable en aval d'une psychothérapie de couple, ou en parallèle (Ogrodniczuk et al., 2014).

Il existe également chez les gens aux prises avec un TP certains facteurs pronostiques défavorables qui contribuent à l'abandon prématuré du suivi ; ces facteurs peuvent être évalués en début

de suivi (Gamache et al., 2017). Le tableau 2 présente ces facteurs et des exemples en lien avec les difficultés conjugales. Sans être considérés nécessairement comme des contre-indications absolues au processus thérapeutique, ces facteurs pourraient néanmoins, à des degrés élevés, entraver le cheminement en psychothérapie et devraient constituer des cibles d'intervention prioritaires, d'autant plus si les comportements y étant associés sont rigides et persistants.

Établissement d'un cadre thérapeutique

En psychothérapie de couple, comme en psychothérapie individuelle, le cadre thérapeutique constitue un outil privilégié dans le travail du psychologue auprès d'une clientèle souffrant de TP. Il permet d'établir les conditions propices à un travail thérapeutique collaboratif fructueux, structuré et sécurisant (Lachkar, 2004). Il inclut explicitement les objectifs poursuivis en psychothérapie, décidés d'un commun accord entre le couple et le psychologue, et il clarifie l'approche générale de travail du psychologue ainsi que son rôle et ses responsabilités et ceux de chaque partenaire du couple. Enfin, le cadre doit prendre en considération les informations émergeant de l'évaluation (incluant les facteurs pronostiques défavorables) et préciser les stratégies à mettre en place en cas d'imprévus, de dérapages ou de crises. Chez les couples chaotiques et agissants, le psychologue peut établir un plan d'urgence en début de suivi afin d'encadrer les comportements pouvant entraver le traitement (gestes suicidaires ou parasuicidaires en présence ou non du partenaire ; infidélités ; ruptures abruptes suivies d'une réconciliation ; violence conjugale physique, psychologique, financière ou sexuelle ; *stalking*⁴). Ce plan a pour objectif de mettre en sécurité les deux partenaires s'ils ne se sentent pas en mesure de contenir les émotions et de réfréner les agirs entre les rencontres.

Intervention

Plusieurs modèles contemporains de psychothérapie de couple ont été reconnus comme efficaces dans une vaste gamme de problématiques cliniques (p. ex. dépression, troubles liés à l'utilisation et à l'abus d'alcool ; Sexton et al., 2013), mais aucune étude randomisée n'a porté spécifiquement sur les couples dont l'un des partenaires présente un TP. Les modèles de psychothérapie de couple qui reçoivent le plus d'appuis empiriques ou qui s'inspirent d'approches reconnues comme efficaces en psychothérapie individuelle auprès des personnes souffrant d'un TP seront abordés dans la présente section. Alors que ces modèles font référence à des concepts, stratégies et techniques distincts, la plupart des psychologues qui œuvrent auprès de couples font appel à des approches multimodales, transthéoriques, intégratives et systémiques qui : 1) rendent mieux compte des déterminants multiples de la détresse relationnelle ; 2) proposent une séquence de tâches préliminaires, incluant la psychoéducation et la pleine conscience (Linehan, 1993 ; Whitehurst et al., 2002), préparant le terrain pour un travail d'interprétation

spécifique des patrons d'interaction dysfonctionnels selon une approche plus ciblée ; et 3) maximisent l'efficacité thérapeutique sous des conditions de représentativité clinique, c.-à-d. en milieu naturel, où les couples ne sont pas choisis selon des critères de recherche spécifiques. La personnalité représente un point de jonction central de ces formes modernes de psychothérapie de couple. Qu'elle soit analysée sous l'angle des relations d'objet, des variations extrêmes de traits de personnalité normaux ou en référence aux schémas ou aux styles d'attachement, la personnalité des conjoints est désormais indissociable des efforts menés pour transformer les relations de couple.

Approches spécifiques

Psychoéducation

Faire connaître aux clients et à leurs proches de l'information précise, fiable et réaliste sur le TP s'est avéré une approche préliminaire efficace dans l'intervention auprès de la clientèle. Hoffman et al. (2003) soulignent que la plupart des informations connues par les clients et leurs proches sont bien souvent inexactes et revêtent un caractère pessimiste et péjoratif, alimentant le désespoir et contribuant au maintien et à l'aggravation des symptômes et des dynamiques relationnelles problématiques (Lebow et Uliaszek, 2010). Les informations transmises peuvent porter notamment sur l'étiologie, l'évolution, les modes de présentation des différents TP, le pronostic de traitement, la médication ainsi que les patrons de comportements typiques et les stratégies de gestion du stress (Ogrodniczuk et al., 2014).

Pleine conscience (mindfulness and acceptance)

La pleine conscience implique de porter pleinement attention aux événements et de devenir conscient de ses pensées et de ses émotions sans les juger. En psychothérapie de couple, la « pleine conscience relationnelle » (Fruzzetti et al., 2007) vise à encourager la personne à transcender la colère pour accéder aux émotions primaires (p. ex. impuissance, tristesse) ainsi qu'à s'exercer à prêter attention aux interactions de la vie quotidienne, lui permettant ainsi de diminuer l'affectivité négative envers le partenaire et de réduire les conflits. La pleine conscience est recommandée tôt dans le suivi puisqu'elle permet aux partenaires de développer et de pratiquer ensemble de nouvelles habiletés et parce qu'elle est aussi utilisée comme une stratégie permettant de calmer les émotions intenses souvent vécues par les gens présentant un TP (Lebow et Uliaszek, 2010).

Psychothérapies cognitives-comportementales

Les fondements et techniques propres à l'approche cognitive-comportementale donnent lieu à l'exploration des croyances, schémas et pensées automatiques dans le but de comprendre comment certaines pensées, bien souvent distorsionnées, influencent les comportements, les émotions et la dynamique au sein du couple (Lebow et Diamond, 2019). Cette approche s'appuie également sur la théorie de l'apprentissage social et

du conditionnement classique et opérant, en travaillant à augmenter la fréquence des comportements positifs (compliments, manifestations d'affection, etc.) et à diminuer les comportements négatifs (critiques, menaces, etc.) [Mondor et al., 2017]. Dans cette optique, les interventions vont porter sur l'enseignement et la pratique d'habiletés à la communication et de stratégies de résolution de problèmes, des habiletés bien souvent déficientes chez les gens souffrant de TP. Elles impliquent également d'avoir recours à des devoirs et à des techniques comme le désamorçage (ralentir le processus en suggérant des activités telles que respirer, aller marcher, etc., afin de calmer les émotions intenses jusqu'à ce que la conversation puisse être reprise), qui peuvent s'avérer très utiles étant donné l'intensité émotionnelle vécue par la clientèle (Lebow et Diamond, 2019; Lebow et Uliaszek, 2010; Ogradniczuk et al., 2014).

Dans cette optique, Julie et John Gottman (2015) ont développé une psychothérapie basée sur la croyance que la santé d'un couple repose sur sa façon de communiquer et de gérer les conflits. Ils ont identifié empiriquement et nommé les quatre modes de communication les plus problématiques, « les quatre cavaliers de l'apocalypse » : la critique, le mépris, la réponse défensive et le mur de pierre (éviter ou se retirer). Ces modes de communication sont d'ailleurs très courants chez les gens souffrant de TP, et leur changement pour des modes de communication plus sains peut contribuer à freiner l'escalade vers des interactions chaotiques et agressives.

Au modèle cognitif-comportemental traditionnel, Jacobson et Christensen (1998) intègrent la notion d'acceptation émotionnelle, prônant l'équilibre entre l'acceptation (certaines choses ne peuvent changer) et le changement, dans une psychothérapie de couple nommée comportementale-intégrative. Ils s'appuient sur le postulat selon lequel lorsque la pression pour changer diminue et que les interventions visent à promouvoir la tolérance, le désir de changement des partenaires tend à paradoxalement augmenter. Les interventions vont alors viser la promotion de la tolérance des différences entre les partenaires, de l'empathie réciproque et d'un détachement « unifié » face aux problèmes (Lebow et Diamond, 2019; Ogradniczuk et al., 2014). Les notions d'acceptation et de tolérance peuvent être particulièrement utiles pour recadrer les attentes des partenaires.

Thérapie comportementale dialectique pour les couples et les familles

Fruzzetti et Fruzzetti (2003) ont adapté la thérapie comportementale dialectique, reconnue comme efficace auprès des TPL, aux couples. Ce modèle compte cinq vecteurs dialectiques de compréhension des problèmes du couple : a) rapprochement ou conflit; b) acceptation ou changement; c) besoins et désirs d'un partenaire ou ceux de l'autre partenaire; d) satisfaction individuelle ou satisfaction relationnelle; et e) intimité ou autonomie. La théorie est structurée de façon à ce que la personne acquière

des compétences enseignées et pratiquées en séance et les généralise à l'extérieur de la psychothérapie pour ensuite changer les patrons de comportements dysfonctionnels dans un travail collaboratif.

Thérapie des schémas

Les schémas sont des patrons émotionnels et cognitifs problématiques qui prennent leur origine tôt dans le développement et se répètent tout au long de la vie d'une personne. Young et ses collaboratrices (2003) ont documenté 18 schémas, lesquels peuvent être activés et s'exprimer sous différents modes (infantiles, sains, figures parentales internalisées, stratégies d'adaptation inadaptées). Le travail en psychothérapie de couple consiste à accompagner les partenaires dans le processus visant à répertorier leurs schémas respectifs et leur origine ainsi qu'à identifier les circonstances dans lesquelles ces schémas sont activés dans la relation pour enfin les modifier et faire en sorte que la relation devienne une source de soutien et de bien-être.

Psychothérapie de couple d'orientation psychodynamique

En psychothérapie de couple d'orientation psychodynamique (Chambers et al., 2016; Foran et al., 2015), l'intervention vise d'abord à décrire les vicissitudes de la détresse conjugale selon un système de couches entrecroisées de relations d'objet qui structurent les interactions des conjoints et qui s'activent lorsqu'ils s'attaquent aux différentes tâches développementales de la relation : tomber amoureux, former un projet de vie commun, établir la confiance et réparer les bris de cette confiance, développer et maintenir des relations sexuelles fondées sur l'intimité, protéger les frontières du couple, composer avec les discontinuités fondamentales de la vie quotidienne, gérer les sources d'anxiété personnelles et interpersonnelles, accepter les pertes et les deuils, etc. (Kernberg, 2011). En s'appuyant sur diverses stratégies, tactiques et techniques d'intervention (en concordance avec la sévérité du TP), le psychothérapeute de couple aide les conjoints à comprendre comment le parcours de vie de chacun, incluant les conflits et traumatismes vécus au sein de la famille d'origine, contribue encore aujourd'hui à rigidifier les patrons cycliques d'interactions inadaptés. Cette compréhension est associée à une diminution significative de la détresse conjugale et des comportements relationnels problématiques (Snyder et Mitchell, 2008; Snyder et al., 1991).

Psychothérapie de couple basée sur la mentalisation

La mentalisation est décrite comme la capacité à se comprendre et à comprendre les autres en termes d'états mentaux (affects, cognitions, intentions); le fait de se sentir compris « de l'intérieur » donne à la personne un sentiment de sécurité et de confiance (*epistemic trust*) qui a pour effet d'abaisser les défenses, d'augmenter la proximité physique et affective et de permettre l'intégration des connaissances acquises du partenaire pour apprendre à mieux se comprendre

et à mieux comprendre les autres (Fonagy et Bateman, 2019). Ainsi, l'objectif central de la psychothérapie de couple basée sur la mentalisation est de stimuler et de restaurer la mentalisation et la confiance chez les partenaires en interrompant les interactions non mentalisantes et en aidant les partenaires à se voir mutuellement comme une ressource permettant d'actualiser et d'adapter leurs perceptions d'eux-mêmes, de l'autre et de la relation. Selon cette approche, le travail du psychothérapeute est d'éduquer le couple sur la notion de mentalisation et d'effectuer une évaluation des forces et vulnérabilités de mentalisation ainsi que des contextes qui provoquent une perte de mentalisation et de confiance. Le psychothérapeute interrompt par la suite les interactions non mentalisantes, rétablit la capacité à mentaliser dans l'ici et maintenant de la relation, et souligne et encourage les interactions où les partenaires se montrent respectueux, curieux et désireux de comprendre la perspective de l'autre (Bleiberg et Safier, 2019).

Thérapie centrée sur les émotions

Cette approche, initialement développée par Leslie Greenberg et Susan Johnson (1988) et reprise par cette même Johnson (2004), prend ses fondements dans la théorie de l'attachement (Bowlby, 1988), la thérapie centrée sur la personne (Rogers, 1961) et la thérapie gestaltiste (Perls, 1973). Elle se concentre sur les processus émotionnels permettant de créer des expériences relationnelles correctrices. Le psychologue identifie, recherche et court-circuite les séquences d'interactions problématiques entre les partenaires qui contribuent au maintien de la détresse et de l'insécurité dans le lien d'attachement en ciblant les émotions primaires. À la lumière de ces émotions et des besoins d'attachement, il recadre les comportements perçus comme négatifs de façon à ce que le partenaire puisse mieux les comprendre et être plus empathique (S. M. Johnson, 2004). La psychothérapie laisse ensuite place à l'expression et à l'acceptation de nouvelles expériences relationnelles à travers l'expression des besoins d'attachement, et ce, afin de créer de nouvelles opportunités d'être en relation. Les nouveaux patrons d'interaction ainsi créés sont intégrés à la vie quotidienne. Cette approche apparaît spécialement indiquée avec une clientèle de gens souffrant de TP, compte tenu de la cooccurrence élevée de troubles de l'attachement dans cette population (Gunderson et Lyons-Ruth, 2008; Levy, 2005).

Facteurs communs et principes d'intervention

Au-delà des approches spécifiques, plusieurs principes en lien avec l'intervention auprès de gens présentant un TP ainsi que les facteurs communs uniques à la psychothérapie de couple ont été documentés dans la littérature. La considération conjointe de ces principes et facteurs contribuerait à l'efficacité d'une psychothérapie de couple auprès de personnes aux prises avec un TP et pourrait limiter les taux de prévalence d'abandon

thérapeutique, qui sont élevés tant en psychothérapie de couple (15 % à 55 %) qu'auprès d'une clientèle présentant un TP (25 % à 64 %) [Anderson et al., 2019; Barnicot et al., 2012] : 1) développer et monitorer l'alliance de travail (avec chaque partenaire, mais aussi entre chacun des partenaires); 2) avoir un niveau d'activité élevé sans être directif; 3) adopter une approche structurée; 4) conceptualiser les difficultés du couple en termes de patrons relationnels et intervenir pour dénouer ces patrons inadaptes; 5) être confortable dans les relations thérapeutiques à long terme et intenses émotionnellement; 6) être patient et tolérant par rapport à ses propres émotions à l'égard du couple; 7) être ouvert d'esprit et flexible dans son approche; et surtout, 8) avoir reçu une formation spécialisée tant dans l'intervention en TP qu'en psychothérapie de couple (Critchfield et Benjamin, 2006; Davis et al., 2012; Sprenkle, 2003).

Conclusion

En somme, la psychothérapie de couple, aussi bien que les psychothérapies familiales, de groupe ou individuelles, peut être efficace auprès de personnes souffrant de TP. Par ailleurs, plusieurs auteurs soutiennent qu'étant donné la nature envahissante du TP, les problèmes cooccurrents fréquents et le degré de sévérité de la symptomatologie présentée, une combinaison de différentes modalités thérapeutiques est souvent nécessaire et constitue l'approche à privilégier (Fruzzetti et Iverson, 2006; Fruzzetti et al., 2007; Lebow et Uliaszek, 2010; Linehan, 1993; Miller et al., 2007; Ogrodniczuk et al., 2014). Une telle approche, dite multiniveau, permet à la personne souffrant d'un TP de travailler sur les comportements, cognitions et affects en consultation individuelle, et sur ses dynamiques interpersonnelles en psychothérapie de couple. En dépit des coûts et de la complexité de cette approche, tout comme des efforts considérables requis autant par les conjoints que par les professionnels (Whitehurst et al., 2002), les effets protecteurs sur la stabilité de la relation et les trajectoires d'évolution clinique sont indéniables (Links et Heslegrave, 2000).

1. Le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité conceptualise cette nosologie diagnostique selon le critère A, qui fait référence aux perturbations du fonctionnement de la personnalité à l'égard du soi (incluant les dimensions de l'identité et de l'autodétermination) et des relations interpersonnelles (incluant les dimensions d'empathie et d'intimité étant très étroitement liées à la sphère conjugale), et le critère B, qui détaille 25 traits pathologiques regroupés en cinq domaines (affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition et psychotisme).
2. Il est recommandé de remettre les questionnaires à la fin de la première rencontre d'évaluation et de demander aux partenaires de les remplir individuellement, sans se consulter, d'ici la rencontre suivante.
3. Le terrorisme intime s'inscrit dans une dynamique cyclique où un partenaire a recours à une panoplie de stratégies violentes (physiques, psychologiques, sexuelles, financières) afin de contrôler et de terroriser l'autre.
4. Comportements répétitifs, intrusifs, non désirés et non sollicités (p. ex. surveiller) envers le partenaire pour maintenir ou renouer une relation intime, ou pour manifester sa détresse, sa colère ou son désir de vengeance en réaction à un rejet ou à un refus.

Tableau 1

Descriptions d'instruments autorapportés validés en français utiles en présence de troubles de la personnalité et de difficultés conjugales

Construit évalué	Nom de l'instrument	Description	Nombre d'items	Auteurs originaux et adaptation française
Personnalité	Inventaire de la personnalité pour le DSM-5 (PID-5-Faceted Brief Form [FBF] ou Brief Form [BF])	Vingt-cinq traits pathologiques de la personnalité selon le critère B du modèle alternatif des troubles de la personnalité (APA, 2013, 2015), divisés en cinq domaines : affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition et psychoticisme.	FBF = 100 BF = 25	Krueger et al., 2012 ; traduit par Roskam et al., 2015
	NEO Five Factor Inventory (NEO-3 et NEO-FFI-3) ¹	Traits de la personnalité selon cinq grands facteurs : névrosisme, extraversion, agréabilité, ouverture à l'expérience et caractère consciencieux.	60	McCrae et Costa, 2010 ; Le Corff et Busque-Carrier, 2016
	Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ)	Évaluation des traits de la personnalité selon cinq grands facteurs : stabilité émotionnelle, extraversion, agréabilité, ouverture à l'expérience et caractère consciencieux.	50	Morizot, 2014
	Borderline Symptom list (BSL-23)	Symptômes couramment observés chez les personnes présentant un TPL.	23	Bohus et al., 2009 ; traduit par Nicastro et al., 2016
	Dark Triad Dirty Dozen (DTDD)	Traits indésirables de la personnalité formant la triade sombre : psychopathie, narcissisme et machiavélisme.	12	Jonason et Webster, 2010 ; traduit par Savard, Simard et Jonason, 2017
	Brief Version of the Pathological Narcissism Inventory (B-PNI)	Deux dimensions principales du narcissisme pathologique : grandiosité et vulnérabilité.	28	Schoenleber et al., 2015 ; traduit par Diguier et al., 2020
Fonctionnement	Échelle sur le fonctionnement de soi et interpersonnel (SIFS)	Fonctionnement de la personnalité selon les quatre dimensions du critère A du modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (APA, 2013, 2015) : identité, autodétermination, empathie et intimité.	32	Gamache et al., 2019
	Questionnaire de fonctionnement social	Fonctionnement social dans huit sphères (activités, tâches de la vie quotidienne, loisirs, relations familiales et de couple, relations extrafamiliales, gestion financière et administrative, santé générale et vie collective et informative) et selon deux dimensions : satisfaction et fréquence.	38	Zanello et al., 2006
Empathie	Mesure de l'empathie affective et cognitive (ACME)	Empathie cognitive, empathie affective résonnante et empathie affective dissonante.	36	Vachon et Lynam, 2016 ; traduit par Savard et al., 2022

Construit évalué	Nom de l'instrument	Description	Nombre d'items	Auteurs originaux et adaptation française
Relations amoureuses	<i>Experiences in Close Relationships Scale</i> (ECR)	Deux dimensions de l'attachement amoureux : évitement de l'intimité et anxiété face à l'abandon.	12	Brennan et al., 1998 ; traduit par Lafontaine et Lussier, 2003, et Lafontaine et al., 2015
	Échelle d'ajustement dyadique (DAS) ¹	Ajustement conjugal selon quatre dimensions : consensus, expression d'affection, satisfaction et cohésion.	32	Baillargeon et al., 1986
	<i>The Revised Conflict Tactics Scales</i> (CTS2)	Violence conjugale (physique, psychologique, coercition sexuelle) commise et subie.	78	Straus et al., 1996 ; traduit par Lussier, 1997
Abus à l'enfance	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ)	Maltraitance à l'enfance selon cinq types : abus physique, abus émotionnel, abus sexuel, négligence physique et négligence émotionnelle.	25	Bernstein et al., 1997 ; traduit par Paquette et al., 2004

1. Des frais sont à prévoir pour l'achat ou l'utilisation de l'instrument.

Tableau 2

Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie et exemples cliniques en psychothérapie de couple

Facteur pronostique défavorable	Exemple
1. Absence de souffrance ou déni des difficultés	La personne maintient qu'il n'y a pas de problème de couple, malgré les insatisfactions du partenaire.
2. Présence de gains secondaires	La psychothérapie de couple est présentée comme un ultimatum par l'un des partenaires.
3. Refus de s'engager activement et de faire les sacrifices nécessaires pour la psychothérapie ou incapacité à le faire	Le client refuse de mettre fin à une liaison extraconjugale.
4. Absence d'engagement dans un rôle de vie productif (travail, études, famille)	Un seul partenaire contribue à payer les séances, en plus de s'occuper de faire vivre la famille, et s'en dit insatisfait.
5. Conditions de vie ou environnement défavorables à un traitement	Horaire de travail très instable, imprévisible; incapacité ou motivation faible à payer les séances.
6. Méfiance à l'égard du psychothérapeute	La personne est persuadée que le psychologue prend parti systématiquement pour le partenaire.
7. Hostilité, mépris, arrogance face aux intervenants	Attitude belliqueuse de la part d'au moins un partenaire à l'égard du psychologue; la personne cherche à prendre le psychologue en défaut.
8. Absence de toute relation significative dans l'histoire du client, isolement extrême, incapacité à s'attacher	Évitement systématique du contact affectif avec le partenaire, négation complète de ses besoins émotionnels et de ceux du partenaire.
9. Refus de s'approprier ses difficultés (externalisation du blâme et somatisation)	La personne s'obstine à identifier son partenaire comme seul responsable des difficultés conjugales.
10. Adhérence à des croyances rigides ou extrémistes	Attitudes misogynes ou misandres.
11. Sentiments d'amertume, d'injustice, d'avoir été floué par la vie	La personne ne fait que ruminer de séance en séance les erreurs passées du partenaire.
12. Envie intense et destructrice	La personne éprouve du ressentiment pour les succès du partenaire et cherche à les dénigrer.

Les trois critères ci-bas représentent des contre-indications majeures et graves à toute forme de psychothérapie

13. Contre-transfert massif	Le psychologue a peur d'un des partenaires ou se sent manipulé par lui.
14. Psychopathie	Charme superficiel, froideur, absence d'empathie, mensonges à l'endroit du partenaire ou du psychologue.
15. Sadisme	La personne prend visiblement plaisir à faire du mal, à contrôler ou humilier son partenaire ou le psychologue.

LA PGRO : TRAITER LE LIEN PAR LE LIEN

D^r Gilles Delisle, Ph. D.,
et **M^{me} Line Girard**, M. Ps.,
psychologues

La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO) est une approche intégrative de traitement des troubles de la personnalité et de leurs corollaires. Son processus thérapeutique intègre la pleine conscience expérientielle de la tradition gestaltiste et la prise en compte de l'histoire développementale de la personne qui consulte, éclairée par les théories du développement de la relation d'objet¹.

Devant les défis conceptuels et cliniques que posent les troubles de la personnalité, la PGRO propose de concevoir la pathologie manifeste comme un dispositif servant à donner du sens à une carence développementale, à la masquer et à la mettre en action dans un effort ambivalent pour la dénouer.

Dans le présent texte, nous verrons d'abord comment cette approche conçoit le développement de la personnalité. Puis, nous examinerons la structure de son processus thérapeutique. C'est ainsi que nous verrons comment se déploie la trilogie reproduction-reconnaissance-réparation, à travers les quatre champs expérientiels, qui vont de l'ici et maintenant au passé développemental. Ensuite, nous présenterons brièvement la compétence thérapeutique nécessaire à ce type de pratique. Enfin, nous résumerons les points d'arrimage entre l'approche, les données probantes et les meilleures pratiques.

La personnalité : incontournable dans nos bureaux

Les troubles de la personnalité et leurs manifestations subcliniques forment une part appréciable de la pratique des psychologues et psychothérapeutes généralistes de première ligne. Bien qu'il existe dans le réseau de la santé quelques programmes structurés autour d'équipes multidisciplinaires, ces programmes spécialisés restent limités dans leur capacité d'accueil.

Or, le clinicien généraliste, souvent en pratique privée, reçoit un éventail de demandes, dont plusieurs viennent de personnes présentant sinon un trouble sévère de la personnalité, du moins une organisation névrotique ou limite supérieure. Dans certains cas, on aura affaire à une personne qui, bien que subclinique quant au seuil diagnostique, présentera néanmoins des caractéristiques ou un style de personnalité qui entravent significativement son fonctionnement expérientiel, relationnel et social et créent d'autres symptomatologies.

Une considération essentielle dans l'évaluation d'un trouble de la personnalité ou même d'un style de personnalité difficile² est que la psychologie de la personne induise une détresse importante pour elle-même ou pour les autres. Il faut en outre s'assurer que cet état soit de longue durée et syntone au moi. Autrement dit, la façon qu'a la personne d'organiser et de réguler son fonctionnement psychologique et mental fait tellement partie de son expérience qu'elle ne peut pas se souvenir, ou imaginer facilement, être différente ou avoir fait différemment (Lingiardi et McWilliams, 2017). C'est ce que constatent chaque jour des cliniciens de

première ligne à qui des clients demandent implicitement de les aider à changer les conséquences de leur façon d'être sans pour autant vouloir changer... leur façon d'être. Le clinicien comprend bien alors qu'il devra composer avec une représentation relativement rigide de soi et d'autrui qui s'est façonnée tôt dans le développement de l'identité et qui s'est cristallisée au fil d'impasses sans cesse répétées.

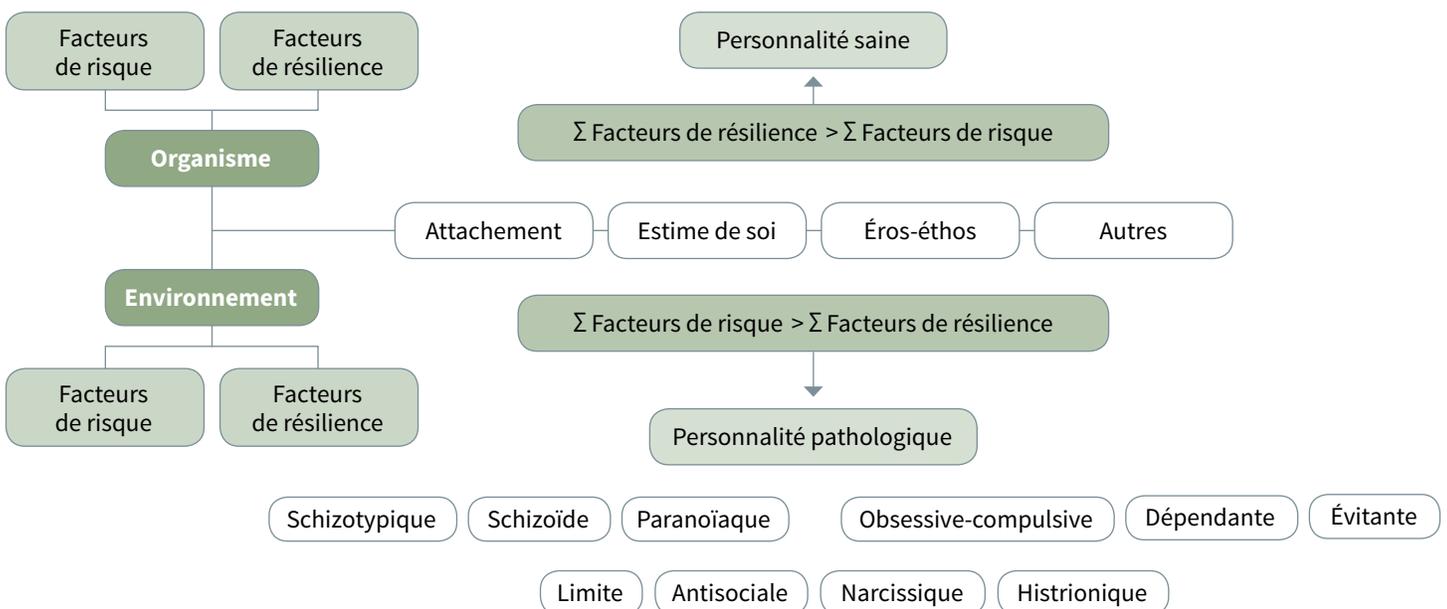
Ces considérations appellent un travail de fond en psychothérapie, inscrit dans une perspective développementale.

La pathogenèse des troubles de la personnalité

Un champ dynamique multifactoriel

Traiter ces pathologies complexes et syntones au moi, c'est d'abord se donner les moyens de comprendre ce dans quoi elles s'enracinent. Le cadre théorico-clinique de la PGRO s'appuie sur une perspective fondamentale, celle de la complexité croissante des tâches développementales. Outre l'enjeu de l'attachement, certes fondamental, se profilent d'autres tâches développementales que le seul attachement sécure ne permettrait pas d'accomplir. Il est cliniquement utile de penser le développement normal et pathologique comme une réalité complexe en perpétuel déploiement, au sein d'un champ dynamique multifactoriel. Pour arriver à lier ces diverses réalités, nous les insérons dans une modélisation interactive qu'illustre la figure ci-dessous, tirée de l'ouvrage *La psychothérapie du lien : genèse et continuité* (Girard et Delisle, 2012).

Figure 1
Une conception multifactorielle du développement



Le cadre théorico-clinique de la PGRO s'appuie sur une perspective fondamentale, celle de la complexité croissante des tâches développementales.

Le développement de la personne se présente comme un phénomène de champ. Il est soumis à une multitude de forces qui se conjuguent ou s'opposent pour façonner une trajectoire aussi singulière que la personne, qui en est en quelque sorte le produit. Dans ce champ développemental se rencontrent initialement un organisme psychophysiologique, précurseur d'une personne en devenir, et un environnement au sens large. Cet environnement est humain bien sûr, mais aussi matériel, économique, politique, social et culturel.

Le développement résulte donc de l'interaction entre l'organisme et l'environnement. Or, chacun des deux pôles de ce champ est porteur de forces qui soutiennent le développement ou l'entravent. Nous appellerons ces forces *facteurs de résilience* et *facteurs de risque*.

L'environnement porte une configuration particulière où se retrouvent à la fois des facteurs de risque et des facteurs de résilience : santé mentale et physique des parents, conditions de vie sur le plan socioéconomique, scolarisation, éventuelles turbulences sociopolitiques, etc. Le soi naissant, embryon de la personnalité future, développe son métabolisme psychique en intériorisant ses rencontres avec l'environnement d'abord à travers les figures parentales, puis – dans un contact de moins en moins médiatisé par les parents – avec l'environnement au sens plus large.

Doté d'un engramme phylogénétique, le petit humain naît avec une capacité singulière à ressentir les affects de base, puis à se mouvoir, à prendre et à manier des objets, à marcher, à parler et à apprendre. Si son potentiel génétique est porteur d'une plus grande proportion de facteurs de résilience que de facteurs de risque, il aura davantage de chances de réaliser ce programme. Il en est de même pour son environnement. Le petit humain s'accomplira davantage si son environnement porte, lui aussi, plus de facteurs de résilience que de facteurs de risque.

Trois grands axes développementaux

Qu'y a-t-il à accomplir ? La tâche est vaste ! Au mieux, devenir une personne outillée pour vivre sa vie, en extrayant la substance vitale des expériences vécues et en éliminant de ces mêmes expériences les éléments toxiques. Il existe de multiples façons de décliner les diverses ressources et habiletés qui donneront à la personne la santé et la robustesse psychiques nécessaires à l'accomplissement de son potentiel vital. Dans le cadre de la PGRO, nous articulons ces multiples tâches autour de trois grands chantiers développementaux³ : **l'attachement, l'estime**

de soi et l'éros-éthos⁴. Cette articulation permet de rassembler un large patrimoine de connaissances, issues tant de l'observation de l'enfance que des récits d'adultes en psychothérapie, des recherches empiriques et de théorisations éclairées. Depuis quelques années, ce corpus de connaissances s'enrichit rapidement des données que produisent les neurosciences contemporaines (Schore, 1994, 2003).

On peut ainsi comprendre la pathologie de la personnalité comme la résultante d'un parcours développemental où un ou des chantiers n'ont pu être complétés parce que la somme des facteurs de risque dans le champ organisme/environnement était plus grande que la somme des facteurs de résilience. Cette équation rend compte de l'observation courante que sont à même de faire la plupart des cliniciens. Nous recevons des personnes ayant apparemment connu un environnement très porteur et qui, pourtant, souffrent à l'âge adulte d'une pathologie manifeste de la personnalité. Inversement, nous en rencontrons d'autres qui ont vécu dans un environnement extrêmement carencé et qui, elles, se portent plutôt bien.

Si la trame développementale peut se décliner ainsi, et si l'on admet que la pathologie de la personnalité résulte d'une prépondérance de facteurs de risque, tant organiques qu'environnementaux, on est en mesure de mieux comprendre la capacité de l'adulte sain à vivre les hauts et les bas de l'existence sans qu'il sécrète des pathologies graves sur le plan psychologique⁵.

Le trouble de la personnalité : une « solution » à un arrêt développemental

Au-delà des premières impressions diagnostiques indiquant la possibilité de telle symptomatologie ou telle pathologie spécifique de la personnalité, au sens *DSM-5* et *PDM-2* du terme, le clinicien pourra voir une certaine logique dans l'élaboration identitaire de son client. Ainsi, il concevra bien sûr que le portrait qui se dessine d'un trouble narcissique, limite ou dépendant est bel et bien un problème qui engendre une souffrance subjective. Mais il concevra aussi que ce problème représente également une **solution** à un autre problème : celui d'un arrêt du développement ou d'un compromis relationnel qui a privé le client de l'élaboration de ses pleines ressources psychiques. Celles-ci auraient dû lui permettre d'affronter les aléas normaux de l'existence sans compromettre son équilibre cognitif, affectif ou comportemental. Cette carence développementale se manifeste à l'âge adulte dans une dynamique d'impasses relationnelles et expérientielles, caractéristiques des pathologies de la personnalité.

Poser ce type de regard sur la personne qui consulte aide le clinicien à aborder le traitement dans l'axe le plus prometteur, celui de la résonance empathique, non pas malgré la pathologie et les défenses, mais bien à l'égard de l'une et de l'autre. Considérant la trajectoire développementale défailante de la personnalité pathologique, le psychothérapeute approchera

progressivement le ou les chantiers dont le développement reste incomplet. Il s'agira alors de chercher à donner du sens à cette construction tout à fait singulière, acte de créativité paradoxale par lequel la personne se façonne une personnalité bancale et carencée, certes, mais dont la fonction a été d'assurer la survie psychique, en dépit du caractère inachevé des chantiers développementaux, donc des ressources de son métabolisme psychique. Cette façon d'être est maintenant au cœur de son identité et, à ce titre, indispensable. C'est sa façon d'être au monde, même avec ses lacunes.

Bref, le cadre développemental de la PGRO propose de concevoir la pathogenèse sous l'angle de la complexité multifactorielle. Il dispose le psychothérapeute à une écoute dynamique de la singularité de la trajectoire de son client.

Le processus thérapeutique

La trilogie reproduction-reconnaissance-réparation

Le processus thérapeutique de la PGRO se déploie de manière telle que la dynamique pathologique du client puisse apparaître, être rendue accessible à la conscience et à la prise de sens et enfin être transformée. C'est dire que le travail sera structuré selon des cycles de reproduction-reconnaissance-réparation. Le travail du thérapeute consiste donc essentiellement à interagir avec le client en se plaçant dans un certain axe de conscience où il est à la fois observateur et participant. Cela lui permet de repérer chez le client les impasses relationnelles et expérientielles, de les rattacher à leurs racines neuropsychodéveloppementales et d'élaborer progressivement des voies de sortie de ces cycles d'impasses.

On aura compris que la relation thérapeutique est ainsi vouée à la complexité : comment permettre le déploiement partiel des dynamiques pathologiques tout en appelant la conscience du client au travail du sens et en restant attentif aux voies possibles de dénouement des impasses ?

C'est pourquoi, dans le cadre de la PGRO, la relation thérapeutique conjugue trois modes relationnels. La relation **transférentielle** est cet espace où se jouent et se rejouent – se reproduisent – les impasses et les enjeux développementaux inachevés. La relation **herméneutique** est cette dimension collaborative de la relation dans laquelle le thérapeute et le client s'allient en vue de reconnaître les impasses et leurs racines dans les enjeux développementaux inachevés du client et de leur donner du sens. Enfin, la relation **réelle** représente la part relativement intacte du processus relationnel, celle qui échappe à la « patho » logique du client et qui sera donc la voie première qu'emprunteront les actes réparateurs.

Au fil du processus thérapeutique, le thérapeute s'emploie à repérer les affinités thématiques qui émergent à travers les divers modes de communication du client. Par affinités thématiques, nous entendons des événements, incidents et expériences que

le client évoque explicitement ou implicitement, et qui présentent des caractéristiques semblables sur le plan structurel ou motivationnel. C'est d'abord en prêtant attention à ces affinités que le thérapeute est en mesure d'entrer progressivement dans la logique paradoxale du client, lequel reproduit inlassablement les mêmes impasses en cherchant pourtant toujours la même issue. Voulant « cela », il fait en sorte, à son insu, de n'obtenir que « ceci » et de reproduire les mêmes patterns relationnels connus.

Le travail thérapeutique, pour être efficace, doit s'inscrire dans une expérience relationnelle incarnée et ressentie. C'est là que pourront apparaître les modes relationnels du client.

En fait, ce sont les deux partenaires du couple thérapeutique qui doivent se mettre de concert à la tâche. Le travail thérapeutique doit aller bien au-delà des expériences de la vie actuelle du client, de ses relations amoureuses ou professionnelles courantes.

Nous concevons ainsi que quatre champs expérientiels doivent être mis en relation, explorés et travaillés.

Les champs expérientiels

Le champ 1 est le champ de la relation thérapeutique immédiate, l'ici et maintenant de cette relation. Il est à la fois laboratoire et atelier. Il fait fonction de laboratoire en ce qu'il présente la possibilité d'une perspective autre : celle du thérapeute. Celui-ci, participant-observateur « raisonnable et de bonne foi », est à même de ressentir et de penser l'impact que produit le client dans un champ relationnel. Le champ 1 permet également de prélever des échantillons de la vie intra- et interpsychique du client pour les soumettre à l'effort conjoint de cocréation de sens. Il est aussi atelier en ce qu'il rend possible l'élaboration des expériences réparatrices : présence, écoute et dialogue empathique, régulation affective, dialogue mentalisant et dialogue herméneutique.

Le champ 2 représente l'histoire cumulative de la relation thérapeutique. Il constitue parfois l'antichambre obligée du champ 1 pour les clients que la proximité expérientielle de ce champ rebute ou intimide. Pour ceux-là, évoquer la séance de la semaine dernière est plus abordable que de se centrer en temps réel sur ce qui se passe ici et maintenant. Il sert alors d'approvisionnement au champ 1. Il peut aussi être vu comme un laboratoire de la mémoire, en ce qu'il permet d'observer les singularités mémorielles du client et de les comparer à la mémoire du thérapeute. De quoi le client tend-il à se souvenir ou que cherche-t-il à oublier ? Quels sont les matériaux affectifs et descriptifs dans les souvenirs que le client construit de la relation thérapeutique ?

Le champ 3 est celui des relations significatives de la vie courante de la personne qui consulte, celui où sont ressenties les impasses expérientielles et relationnelles qui l'amènent en psychothérapie. C'est en quelque sorte le champ symptomatique où, à terme, doit se répercuter l'effet de la psychothérapie.

Enfin, **le champ 4** concerne les expériences et les relations significatives du passé développemental du client. Celles-ci sont abordées sous l'angle des facteurs de risque et de résilience qui ont conditionné la trajectoire développementale à travers les trois grands axes développementaux.

Le thérapeute se place donc dans un axe de conscience expérientielle depuis lequel il s'emploie à repérer les impasses présentant des affinités thématiques dans les champs 3, 2 et 1. Celles-ci portent la marque de dilemmes hérités du champ 4 et s'enracinent soit dans le chantier essentiellement préverbal de l'attachement, soit dans celui plus verbal de l'estime de soi, soit dans celui plus sexuellement différencié de l'éros-éthos⁶.

Ces dilemmes, ces « énigmes expérientielles », ont des corrélats neuronaux. Le cerveau, littéralement façonné par ces grands chantiers développementaux, comme l'ont bien montré les auteurs de la neuropsychanalyse, notamment Schore (2008), tend ensuite à reproduire le monde tel qu'il se le représente. C'est pourquoi le processus thérapeutique, refaisant le chemin du développement, aura pour objets successifs de sécuriser le lien, de réguler les affects, de construire le processus mentalisant et d'accéder enfin au sens.

Une herméneutique multimodale

Aucun thérapeute ne saurait partir à l'aventure sur les enjeux développementaux de ceux qui le consultent en n'étant équipé pour ce faire que de son seul flair clinique et de son seul « sens de l'orientation ». De grands explorateurs et de grands cartographes ont balisé quelques sentiers permettant d'avoir accès à ces univers troubles et de les mettre en mots d'une manière qui a du sens pour le client. Depuis les débuts de la psychologie et de la psychanalyse, des auteurs se sont penchés sur plusieurs questions, chacun – nourri et limité par son époque – les abordant avec ses préoccupations⁷.

La PGRO repose sur un cadre conceptuel – un développement multifactoriel dans un champ organisme/environnement – qui permet de profiter pleinement du patrimoine de connaissances sur le développement psychique, élaboré depuis les débuts de la psychanalyse. Elle s'est construite autour de la structure de l'expérience immédiate, reconnaissant que celle-ci contient l'histoire du sujet, laquelle agit actuellement sur le champ de l'expérience. Elle invite le clinicien à renoncer d'emblée à établir des liens trop simples entre des enjeux développementaux spécifiques et des troubles tout aussi spécifiques de la personnalité. Elle invite également à travailler avec le client à la construction du sens de son expérience. Cette présence dialogique doit inscrire le thérapeute dans la trame même des impasses du client, seul espace depuis lequel on puisse espérer les reconnaître et les dénouer.

Grâce à cette ouverture éclairée par l'histoire singulière du client en tant que sujet, et grâce à son ouverture à des éclairages

étiologiques variés et complémentaires, le thérapeute se donnera les meilleures conditions pour fermenter la coconstruction du sens de l'expérience.

Un ajustement selon la sévérité de la pathologie

Ce n'est qu'à partir de la régulation affective que la capacité à mentaliser puis à donner du sens à l'expérience devient une cible d'intervention.

La personnalité d'organisation névrotique est généralement capable de se réguler, de mentaliser, et présente un meilleur pronostic d'alliance. N'en demeure pas moins qu'aller au cœur de ses impasses psychiques peut créer une dysrégulation affective et une perte de mentalisation momentanée nécessitant une intervention à ce niveau avant la cocréation de sens dans le dialogue herméneutique. Ce n'est qu'à ce moment que le thérapeute apportera des contributions de sens auxquelles le client n'aurait pas eu accès de manière autonome.

Chez les clients ayant une organisation limite supérieure, on trouvera des carences de mentalisation en situation d'affects intenses, et le travail du thérapeute reposera sur le renforcement de la régulation affective et sur le soutien à la mentalisation en situation de stress. Enfin, chez ceux qui présentent une organisation limite inférieure, tout ou presque sera à construire. Il faudra sécuriser le lien par les fonctions les plus précoces de l'hétérorégulation affective, et ce, jusqu'à ce que celles-ci soient suffisamment intériorisées pour passer à la corégulation puis à l'autorégulation.

Quel que soit le niveau de fonctionnement du client, et quels que soient les objectifs à court, moyen ou long terme, l'ossature du processus thérapeutique restera la même : reproduction-reconnaissance-réparation, toutes trois appliquées au repérage et au dénouement des impasses présentant des affinités thématiques dans les divers champs expérientiels.

Le moyen de parvenir au développement de ces ressources sera d'examiner les modes relationnels et les processus psychiques du client dans les divers champs expérientiels.

Un consentement libre, oui, mais vraiment éclairé

Le client qui entreprend une démarche thérapeutique dans le cadre de la PGRO ne doit pas s'attendre à rencontrer un conseiller qui écouterait l'énoncé de ses problèmes, en fera l'analyse et lui proposera des solutions. Il doit plutôt savoir que nous comprenons ses difficultés actuelles comme reflétant une carence de certaines des ressources psychologiques qui doivent normalement permettre à une personne de faire face aux difficultés normales de la vie sans compromettre son équilibre cognitif,

affectif ou comportemental. L'objectif de notre travail ensemble sera alors le développement de ces ressources. Nous voulons ainsi, autant que faire se peut, éviter de trop focaliser l'attention sur les carences de l'environnement ou les injustices de la vie et concentrer notre énergie sur le développement des ressources du client.

Le moyen de parvenir au développement de ces ressources sera d'examiner les modes relationnels et les processus psychiques du client dans les divers champs expérientiels. Ainsi, le client doit savoir que nous travaillerons ensemble sur des situations de sa vie actuelle, bien sûr (champ 3), mais aussi sur des expériences du passé (champ 4) et sur la relation thérapeutique en elle-même (champs 1 et 2).

Eu égard spécifiquement à la relation thérapeutique, il doit consentir dès le départ à ce que nous l'utilisions comme une sorte de laboratoire ou d'atelier. Alors, nous pourrions ensemble observer, interroger et comprendre la façon dont il pense, agit et ressent dans certaines situations et l'impact qu'il produit sur un partenaire en principe raisonnable et de bonne foi.

Ce consentement spécifiquement informé facilitera le processus de changement et servira de référence et d'ancrage lors des inévitables écarts et embardées qui jalonnent le trajet thérapeutique.

La compétence thérapeutique nécessaire à ce type de pratique

On l'aura compris, la PGRO exige du thérapeute un haut niveau de compétences réflexives, affectives et interactives. Le développement de la compétence affective est au cœur de ce modèle. Pour reconnaître expérientiellement une impasse relationnelle du client, le thérapeute doit en permettre suffisamment la reproduction et la ressentir. Il doit affiner sa propre palette affective et visiter ses propres chantiers développementaux pour se rendre disponible à vivre en pleine conscience la relation reproductrice dans laquelle cherche à l'amener le client. C'est ainsi qu'il est amené à questionner non seulement l'investissement transférentiel du client, mais tout autant ses propres émergences contre-transférentielles, tant cognitives qu'affectives.

S'il veut éclairer le sens de l'expérience du client et de ce qui est mis en place au sein de ses relations significatives, c'est aussi sa compétence réflexive qu'il devra mobiliser. Pour éclairer sa compréhension de ce qui se vit avec son client, le thérapeute PGRiste doit donc s'appuyer sur un solide corpus de connaissances psychologiques et neurodynamiques, sur les plans tant diagnostique et développemental que technique.

Enfin, grâce à sa compétence interactive, il pourra apprécier l'accord relatif entre les mots et la prosodie du client, et calibrer sa propre expression, verbale et non verbale, selon les moments et les phases du processus thérapeutique.

La PGRO et les meilleures pratiques

La PGRO est un traitement intersubjectif, processuel et émergent qui ne se prête pas aux protocoles usuels de validation de traitements soutenus empiriquement : manuel de traitement, diagnostique unique, groupe de contrôle. Cependant, elle respecte et met en œuvre les grands principes des meilleures pratiques thérapeutiques dans le traitement des troubles de la personnalité et elle peut légitimement se présenter comme un traitement empiriquement informé (Drouin, 2008).

Son processus thérapeutique est en phase avec les principes psychodynamiques dont Shedler (2010) a démontré qu'ils avaient les meilleures tailles d'effet sur l'issue de la psychothérapie. En outre, son processus thérapeutique est en phase avec les principes neurodynamiques de Cozolino (2008, 2012) pour une croissance et une intégration neuronale optimales en psychothérapie.

Conclusion

En résumé, la PGRO est un système thérapeutique intégratif qui conçoit les pathologies de la personnalité comme consécutives à des situations inachevées sur le plan développemental. Ces situations inachevées donnent lieu à l'élaboration, au sein de la psyché, de compromis inconscients qui contaminent les expériences de la vie courante de la personne. Le processus thérapeutique prend la forme d'un repérage de ces reproductions – sous forme d'affinités thématiques à travers quatre champs expérientiels –, de leur mise en conscience, de leur dénouement et du parachèvement du chantier jadis interrompu. Ce travail exige que le thérapeute soit en mesure de vivre et de fertiliser les complexités de la relation thérapeutique dans ses facettes transférentielle, herméneutique et réelle.

1. Pour une présentation étayée des fondements épistémologiques de l'approche de même que de ses indications et contre-indications, voir la thèse doctorale *Une révision de la théorie du Self de Perls, Hefferline et Goodman, et de ses prolongements cliniques* (Delisle, 1996) et *La relation d'objet en Gestalt thérapie* (Delisle, 1998). Pour son utilité en psychiatrie, voir *Applications en milieu psychiatrique* (Cyr et Mercier, 2012).
2. Pour une discussion du continuum trouble–style de personnalité, voir *Les troubles de la personnalité : perspective gestaltiste* (Delisle et Girard, 2018).
3. La figure 1 fait état « d'autres » axes simplement pour reconnaître que le développement se poursuit toute la vie. Voir notamment les modèles d'Erikson, de Levinson, de Gould et d'autres au chapitre 10, « Les crises développementales de la vie adulte », de l'ouvrage *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales* (Delisle, 2008).
4. Voir *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales* (Delisle, 2008).
5. Pour une présentation plus détaillée des facteurs de risque et de résilience spécifiques à chacun des axes développementaux, voir *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales* (Delisle, 2008).
6. Les lecteurs trouveront des vignettes cliniques illustrant ce processus dans *La relation d'objet en Gestalt thérapie* (Delisle, 1998) ainsi que dans *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales* (Delisle, 2008).
7. Pour un aperçu de la contribution de ces auteurs de référence, voir le chapitre 3, « Un aperçu des théories du développement de la relation d'objet », dans *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales* (Delisle, 2008).

COMPOSER AVEC DES IDENTITÉS MULTIPLES : ENTRE BRICOLAGE, FRAGMENTATION ET ARTICULATION

M^{me} Rachida Azdouz, M. Sc. éd.,
D.E.A., psychologue

Introduction

D'entrée de jeu, il est important de préciser que le présent chapitre ne vise pas à pathologiser l'expérience migratoire ou à faire l'amalgame entre les personnes porteuses d'identités multiples et celles qui présentent un trouble dissociatif de l'identité.

Quand un immigrant nous dit qu'il se sent « schizophrène », parce qu'il est écartelé entre deux cadres de référence différents, voire opposés (la culture d'origine et celle de la société d'accueil), il s'agit bien évidemment d'une figure de style.

Toutefois, un parcours migratoire marqué par les traumatismes peut conduire à des troubles de la personnalité ou activer des troubles latents.

Cela peut arriver quand les individus sont soumis à un stress extrême, exposés à une succession de chocs qui les empêchent de construire une identité cohésive, acculés à la fragmentation : injonction de renoncer à un référent identitaire significatif, conflit de loyauté insoutenable, etc.

Par ailleurs, la complexité et la nature sensible du sujet traité, combinées aux limites inhérentes à ce genre de publication (respecter un nombre de mots tout en apportant les nuances requises), ne permettent pas de raccrocher la perspective culturelle aux dimensions individuelles ou de fournir aux psychologues des recettes pour bonifier leur pratique clinique.

Nous aborderons par conséquent la question sous l'angle culturel et nous fournirons quelques repères pour donner du sens et décoder des crispations identitaires, que l'on observe parfois chez des patients issus de l'immigration récente et moins récente aux prises avec des troubles de la personnalité.

Le débat identitaire qui fait rage au Québec et dans tous les pays appelés à composer avec la diversité ethnique et religieuse interpelle les psychologues depuis plusieurs décennies.

Plus récemment, ce sont les phénomènes de la radicalisation violente et les dérives sectaires qui ont mobilisé les psychologues chercheurs, soucieux de documenter les facteurs de risque et de tenter d'isoler ceux liés à un trouble de la personnalité des autres motifs : socioéconomiques (exclusion sociale, perte de statut, expérience de la discrimination) ou encore politiques (adhésion à des thèses radicales de manière consciente et assumée ou à la suite d'un endoctrinement).

La multiplication des centres et des chaires consacrés à la prévention de la radicalisation a passablement occupé les confrères et consœurs, qui ont convoqué la psychologie transculturelle dans leurs analyses, une approche d'autant plus pertinente qu'elle permet d'éclairer et de prévenir les problèmes de santé mentale et les troubles de l'identité pouvant conduire au repli ou à la fragmentation et leurs effets pervers comme la radicalisation et le passage à l'acte.

Le débat identitaire qui fait rage au Québec et dans tous les pays appelés à composer avec la diversité ethnique et religieuse interpelle les psychologues depuis plusieurs décennies.

L'une des illustrations les plus extrêmes d'un mauvais décodage de la dimension culturelle dans la prise en charge des familles immigrantes en perte de repères est la tristement célèbre affaire Shafia, un crime d'honneur commis par des parents d'origine afghane et leur fils¹.

Pour ne pas essentialiser, on pourrait avancer l'hypothèse que ce cas se situe au carrefour du culturel et du psychopathologique.

Avant le drame, les sœurs Shafia se sont adressées à la DPJ : au secteur anglophone en 2008, puis aux services français en 2009.

Une succession de ratés a conduit les services sociaux à sous-évaluer le degré de compromission : communication défailante entre les deux secteurs linguistiques, absence de registre provincial permettant le transfert d'informations entre agences, manque de preuves d'agression ou de détresse psychologique, rétractation de la part des plaignantes.

Mais on peut aussi questionner certains indices sur lesquels se sont appuyées l'analyse et l'évaluation de la plainte : l'apparence de non-orthodoxie religieuse, considérée comme un gage de modernité (les femmes de la famille ne portaient pas le hijab), et le niveau de confort socioéconomique, considéré comme un rempart contre le repli et l'enfermement communautaires.

Il faut ajouter à cela la frilosité des services sociaux à verser dans le « profilage ethnique » et à faire face à des accusations de racisme ou de biais systémiques dans les mécanismes d'évaluation des familles immigrantes.

L'évaluation psychologique du père par un expert formé aux approches transculturelles aurait peut-être permis de mieux évaluer les risques de passage à l'acte.

Dans notre chapitre, nous allons d'abord tenter de proposer une définition de la notion d'identités multiples. Dans un deuxième temps, nous exposerons les dynamiques identitaires et les logiques sous-jacentes au processus migratoire ainsi que les troubles de l'identité qui peuvent en découler. Dans un troisième temps, nous examinerons les stratégies conscientes et inconscientes utilisées par les personnes, les familles et les groupes afin de s'adapter à leur nouvel environnement socioculturel, de concilier leurs appartenances multiples et de se prémunir contre les aliénations de l'identité et la schizophrénie identitaire.

Nous avons choisi de nous appuyer sur la grille de Camilleri (1997) pour illustrer notre propos, mais les psychologues sont invités à puiser dans une diversité de modèles complémentaires s'ils veulent adapter leur dispositif clinique à la diversité ethno-culturelle. Personnellement, j'emprunte aussi dans mes ateliers de formation au modèle des stratégies d'acculturation de Berry, que je n'ai pas l'espace pour développer ici, mais que je vous invite à consulter (Berry, 2019).

Identité, personnalité et identités multiples : de quoi parle-t-on ?

Les définitions varient selon les champs disciplinaires et les courants théoriques internes à chaque discipline, mais nous pouvons convenir, pour une compréhension commune du présent chapitre, que la personnalité est une notion évolutive et dynamique, englobant un ensemble de caractéristiques internes (notre façon de penser) et externes (notre façon d'agir).

Allport (1937) définit la personnalité comme « l'organisation dynamique, interne à l'individu, des systèmes psychophysiques qui déterminent son adaptation particulière à l'environnement » (1970, p. 48).

L'identité renvoie à la conscience qu'un individu a de lui-même, à la perception qu'il a de son unicité ainsi qu'à la reconnaissance qui lui est accordée par les autres.

Erikson (1972) a proposé une définition de l'identité individuelle qui s'articule autour de la notion d'harmonie : « le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle » (p. 13).

Au cours d'une existence, l'identité est exposée à des chocs, à des intempéries et à des ruptures qui peuvent briser cette harmonie.

Pour Lipiansky (1992), c'est « dans l'interaction avec autrui que se construit, s'actualise, se confirme ou s'infirmes l'identité » (p. 262).

Selon Baugnet (2001), « l'identité s'instaure à partir des organisations de soi et de groupes d'appartenance en tant que "structure cognitive liée à la pensée représentationnelle" » (p. 21).

Toutes ces conceptions ont en commun d'aborder l'identité comme un processus dynamique et comme une tension constante, une quête d'équilibre entre deux pôles (le personnel et le collectif).

Dans les définitions qui se dégagent de la littérature en relations interculturelles, l'identité est plurielle et évolutive. C'est une construction, pas une donnée ou une transmission.

Dans ce sens, parler d'identités multiples relève presque du pléonasma.

Certes, les crises identitaires et les risques de rupture du lien social, voire du contact avec le réel, sont accentués par le fait d'être un immigré ou un réfugié déraciné, en perte de repères, isolé, plongé dans un univers de significations dont on ne maîtrise pas les codes.

Toutefois, indépendamment de l'expérience migratoire, nous sommes tous appelés à faire face à des crises, à des conflits de codes, de valeurs, de loyauté ou d'allégeance, qui nécessitent que nous remettons nos morceaux ensemble pour éviter de perdre notre sentiment d'unité et de cohérence.

Une amputation, une agression ou toute autre atteinte à notre intégrité physique et psychologique ou encore un deuil, une transition sexuelle mal accompagnée, une faillite, une perte de statut social, une dépression non soignée... autant d'expériences susceptibles d'ébranler cette cohérence, allant même jusqu'à provoquer des épisodes psychotiques.

Si le concept d'identité a fait l'objet de nombreuses définitions dans la littérature scientifique, c'est dans un essai, sous la plume de l'écrivain Amin Maalouf (1998), qu'on peut trouver la description la plus simple, la plus complète de la notion d'identités multiples, et la plus pertinente pour éclairer les débats actuels sur les rapports entre les identités plurielles mal conjuguées, les concurrences identitaires et les troubles de la personnalité :

[L]'appartenance à une tradition religieuse; à une nationalité, parfois deux; à un groupe ethnique ou linguistique; à une famille plus ou moins élargie; à une profession; à une institution; à un certain milieu social... Mais la liste est bien plus longue encore, virtuellement illimitée: on peut ressentir une appartenance plus ou moins forte à une province, à un village, à un quartier, à un clan, à une équipe sportive ou professionnelle, à une bande d'amis, à un syndicat, à une entreprise, à un parti, à une association, à une paroisse, à une communauté de personnes ayant les mêmes passions, les mêmes préférences sexuelles, les mêmes handicaps physiques, ou qui sont confrontées aux mêmes nuisances.

Toutes ces appartenances n'ont évidemment pas la même importance, en tout cas pas au même moment. Mais aucune n'est totalement insignifiante. Ce sont les éléments constitutifs de la personnalité, on pourrait presque dire « les gènes de l'âme », à condition de préciser que la plupart ne sont pas innés.

Si chacun de ces éléments peut se rencontrer chez un grand nombre d'individus, jamais on ne retrouve la même combinaison chez deux personnes différentes, et c'est justement cela qui fait la richesse de chacun, sa valeur propre, c'est ce qui fait que tout être est singulier et potentiellement irremplaçable.
(p. 19-20)

Les gènes de l'âme... L'observation clinique révèle à quel point l'expression est juste pour décrire l'état d'une personne incapable d'alphabetiser une expérience qui échappe à son univers de signification.

« Mon âme est en train de sortir de ma bouche. »

Ce sont les mots prononcés par une mère de famille d'origine maghrébine qui a été saisie d'une violente crise d'hyperventilation alors que je l'accompagnais à la sortie du tribunal en 2006, avec la travailleuse sociale; le placement temporaire de son enfant venait d'être décidé par la juge.

La maman en question, en plein choc migratoire, aux prises avec des difficultés d'adaptation au Québec, monoparentale et très isolée socialement, enfermait l'enfant de 7 ans toute la journée à la maison pour se rendre au travail, lui laissant de la nourriture, des jouets, un numéro de téléphone pour la joindre en cas d'urgence et mettant hors de sa portée les objets considérés comme dangereux. Le déclenchement d'un détecteur de fumée dans un autre appartement de l'immeuble a attiré l'attention des voisins, qui ont entendu la fillette crier.

Plongée dans une profonde dépression, négligeant ses séances de psychothérapie, ayant perdu son emploi et, pour éviter la honte et le jugement, coupé les ponts avec sa famille restée dans son pays d'origine, la femme a sombré dans un trouble délirant; sa fille aurait été enlevée par des trafiquants d'enfants « portant l'uniforme de la police » et enfermée sans eau, sans nourriture et sans accès au téléphone : « Les Canadiens sont

vieux et nous font venir ici pour nous prendre nos enfants ; le gouvernement est complice ; je ne peux pas appeler la police... c'est la police qui l'a emmenée ! »

Ce narratif qui fait de la DPJ une kidnapeuse d'enfants est courant chez les parents aux prises avec les services sociaux, indépendamment de leur origine (« ils m'ont pris mes enfants »).

Dans ce cas, la dimension culturelle (incluant la culture politique dans le pays d'origine) se trouve dans la conception de ce qu'est une bonne mère et dans la méfiance envers les services publics.

La maman adéquate est celle qui nourrit et protège ses enfants des menaces extérieures en les gardant à l'intérieur.

Dans les régimes autoritaires, il arrive que la police et les autorités en général ne protègent pas les citoyens ; elles peuvent les arrêter arbitrairement, et les familles sont impuissantes, condamnées au silence, voire à la folie quand elles se risquent à chercher la vérité ou la justice.

Déracinement et dynamiques identitaires

Partir, c'est mourir un peu, mais pas pour tout le monde.

L'exil est aussi vécu par plusieurs personnes comme une deuxième chance, un passeport pour la survie, une vie meilleure ou tout simplement un désir d'ailleurs.

Les dynamiques identitaires, « une inférence opérée à partir du rapport observé entre un sujet et ses propres transformations » (Barbier, 2020), varient en fonction des raisons qui ont motivé le départ et en fonction des trajectoires migratoires.

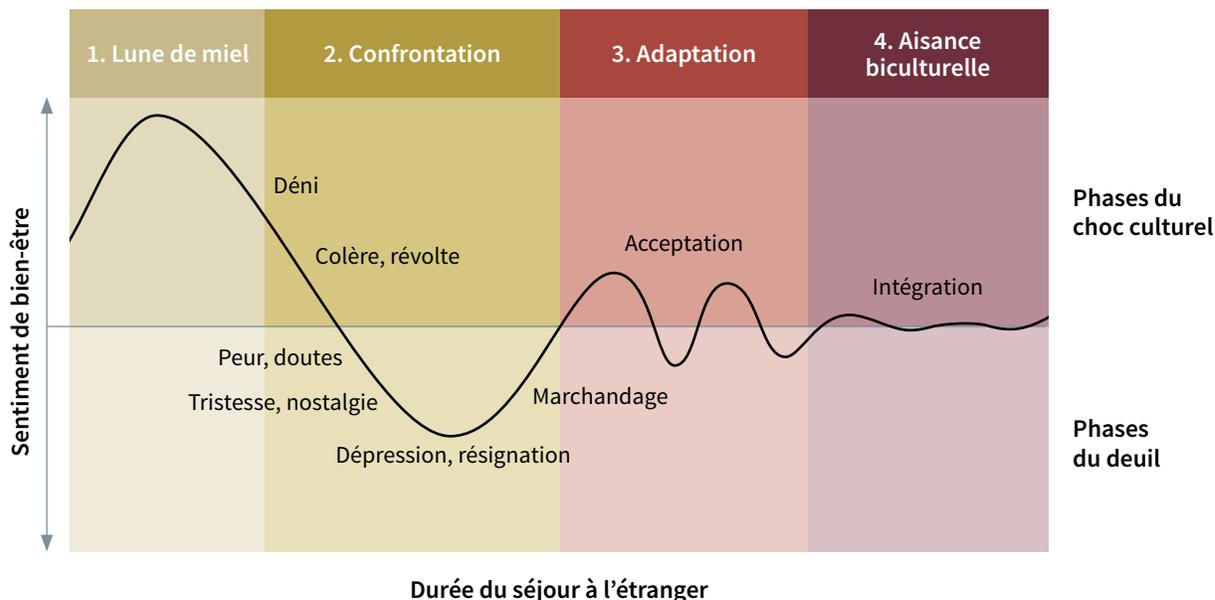
Après une lune de miel caractérisée par l'idéalisation du pays d'accueil, le nouvel arrivant est confronté à la réalité (le choc culturel) et passe ensuite à travers deux autres étapes : l'adaptation (l'acceptation) et l'intégration (l'aisance biculturelle, à savoir la conciliation de la culture d'origine et de la culture d'accueil).

Ainsi, un réfugié ne passe pas par les mêmes étapes qu'un immigrant sélectionné sur la base de ses qualifications ; le choc migratoire est moins brutal pour une personne qui a vécu dans un autre pays de culture occidentale ou qui parle déjà la langue du pays d'accueil ; et le fait d'arriver seul ne soulève pas les mêmes défis que le fait de s'exiler en famille et de devoir affronter les bouleversements que cela suppose (reconfiguration des rôles au sein du couple, perte temporaire ou durable du sentiment de compétence parentale quand les enfants intègrent plus rapidement les codes de la société d'accueil que leurs parents, etc.).

Il est donc important de ne pas établir de lien de cause à effet entre problèmes d'intégration et troubles de l'identité ou de la personnalité.

La littérature en relations interculturelles identifie toutefois des logiques communes aux personnes qui vivent cette expérience, logiques conceptualisées par l'anthropologue Kalervo Oberg (1960) et illustrées dans la courbe ci-dessous, qui porte son nom.

Figure 1
Phases d'adaptation au choc culturel selon Oberg (1960)



Après une lune de miel caractérisée par l'idéalisation du pays d'accueil, le nouvel arrivant est confronté à la réalité (le choc culturel) et passe ensuite à travers deux autres étapes : l'adaptation (l'acceptation) et l'intégration (l'aisance biculturelle, à savoir la conciliation de la culture d'origine et de la culture d'accueil).

Le passage critique est celui qui mène de la lune de miel à la confrontation avec la réalité ; les ratés de l'intégration peuvent compromettre tout le processus, allant même jusqu'à provoquer des drames familiaux, des ruptures, des pathologies, la mort symbolique ou réelle.

On pense par exemple au cas de Radil Hebrich, architecte de renom en Algérie, devenu sans-abri à Montréal après avoir accumulé les échecs (problèmes d'intégration professionnelle, épisodes de violence conjugale, consommation excessive d'alcool, séparation), décédé le 16 janvier 2014 à la station de métro Langelier, la tête coincée au-dessus des rails à la suite d'une chute accidentelle.

Des troubles de la personnalité jamais diagnostiqués dans le pays d'origine peuvent aussi se manifester, soit parce que les mécanismes de régulation communautaires qui permettaient de réduire les symptômes (ou de les rendre socialement acceptables) ont été perdus avec le départ pour le pays d'accueil, soit parce que ces symptômes étaient traités à l'aide de thérapies traditionnelles.

Des crises identitaires et des déséquilibres peuvent par ailleurs apparaître beaucoup plus tard dans le processus, alors que la personne affichait tous les signes extérieurs de l'intégration ; ils peuvent être déclenchés par le décès d'un parent, une guerre dans le pays d'origine, des échecs professionnels ou amoureux à répétition, un bilan de vie mitigé ou l'angoisse de vieillir et de mourir seul en exil.

Par ailleurs, le processus d'intégration n'est pas linéaire et il varie selon les parcours de vie, les antécédents familiaux ou encore la nature des rapports avec le pays d'origine (pacifiés, nostalgiques ou conflictuels).

Les désordres psychiques peuvent surgir quand il y a surinvestissement d'une identité ethnique, qui finit par étouffer l'expression de toutes les autres appartenances ou allégeances (civiques, de classe ou de genre, par exemple).

Stratégies identitaires : la typologie de Camilleri

Les identités multiples bien assumées et bien articulées sont source de richesse, car elles donnent accès à une diversité de regards sur le monde, de perspectives, d'éléments de réponse aux questions existentielles.

Cette articulation ne se fait toutefois pas naturellement.

Elle est le fruit d'une série de négociations, de choix et de renoncements.

La fonction des stratégies identitaires est de permettre aux individus de passer d'une identité de condition (ou de naissance) à une identité de choix (ou de conscience).

Par ailleurs, elle suppose une flexibilité et une résilience moins présentes chez des personnes très fragilisées par des traumatismes ou par des troubles de la personnalité antérieurs à l'expérience migratoire.

Elle n'est jamais complètement achevée : c'est un processus, une dynamique, un travail continu d'aménagement, de construction et de reconstruction.

Par ailleurs, les stratégies utilisées pour y parvenir varient selon les individus et les contextes.

Mais qu'entend-on par « stratégie identitaire » dans le champ des relations interculturelles ?

Camilleri (1997) a théorisé cette notion et développé une typologie fort utile pour décoder les comportements des personnes issues de l'immigration récente et moins récente, en particulier dans des situations conflictuelles.

Cette typologie est représentée dans le schéma ci-après, dont nous résumons au préalable les principales composantes.

Pour l'auteur, la culture fournit aux personnes des repères pour concilier leurs besoins *ontologiques* et leurs besoins *pragmatiques*, c'est-à-dire pour préserver leur identité propre tout en composant avec autrui et avec les exigences de la société.

L'exposition à un choc culturel bouscule ces repères.

Des stratégies identitaires, conscientes et inconscientes, sont alors déployées par les personnes concernées pour retrouver une unité de sens, une cohérence entre l'être et le paraître.

La fonction des stratégies identitaires est de permettre aux individus de passer d'une identité de condition (ou de naissance) à une identité de choix (ou de conscience).

Avec le brouillage des frontières ethniques et de genre que l'on observe depuis quelques années, cet enjeu concerne aussi les minorités sexuelles, en particulier celles qui vivent une transition de genre ou encore une réassignation (un retour à l'identité de genre de naissance).

Pour revenir aux minorités ethniques et aux personnes issues de l'immigration, la typologie de Camilleri identifie les différentes stratégies susceptibles d'être utilisées par les individus appartenant à des groupes victimes d'une image dépréciative.

Chacune de ces stratégies poursuit simultanément deux finalités :

- rétablir le sentiment de valeur du soi, c'est-à-dire se revaloriser à ses propres yeux, aux yeux de sa communauté d'origine et aux yeux du groupe majoritaire ;
- rétablir une unité de sens et un sentiment de cohérence entre les fonctions ontologique et pragmatique.

Les six stratégies axées sur le rétablissement de valeur du soi se déclinent comme suit :

- **l'identité négative**, qui consiste à se conformer à cette image stéréotypée en *intériorisant* et en adoptant les comportements répréhensibles associés à son groupe (« *je serai ce délinquant que vous voyez en moi* ») ;
- **l'identité négative déplacée**, qui consiste à valider l'étiquette dépréciative accolée à sa communauté d'origine, tout en s'en dissociant (« *ils sont en effet comme ça, mais moi je suis différent* ») ;
- **l'identité par distinction**, qui se traduit par une prise de distance par rapport au discours et au regard portés sur son groupe d'origine, sans toutefois l'endosser (« *il ne faut pas généraliser, nous ne sommes pas un bloc homogène* ») ;
- **l'identité défense**, une posture refuge qui se traduit par un repli sur sa communauté d'origine, soit pour échapper à l'assimilation, soit pour se protéger contre la discrimination (« *je ne suis pas des vôtres* ») ;
- **l'identité polémique**, qui prend la forme d'une *extériorisation* et d'une surexposition des différences présumées « dérangeantes » pour le groupe majoritaire (« *j'affiche ce signe que vous ne voulez pas voir ; j'écoute ma musique très fort dans ma voiture* ») ;
- **l'identité de principe**, une attitude marquée par l'identification et la solidarité avec la communauté d'origine, même si dans les faits on ne la fréquente pas et on ne partage pas ses valeurs ou ses traditions (« *ce sont les miens malgré tout* »).

Quant aux stratégies mobilisées pour rétablir le sentiment de cohérence et l'unité de sens, elles oscillent entre deux pôles :

- **une survalorisation de la fonction ontologique**, qui pousse l'immigrant à vouloir préserver sa culture d'origine intacte, en réduisant les contacts avec la société d'accueil (p. ex. l'identité négative) ;
- **une survalorisation de la fonction pragmatique**, qui l'incite à adopter les codes de la société d'accueil pour s'intégrer, voire s'assimiler, en évitant les contacts avec le groupe d'origine (p. ex. l'identité négative déplacée).

Pour concilier leurs identités doubles ou multiples, en particulier quand les codes et les cadres de référence culturels en présence sont en conflit, en opposition ou incompatibles, les personnes optent pour l'une des deux stratégies suivantes :

- celle de **la cohérence simple**, en supprimant l'un des termes de la contradiction (recourir à l'évitement et renoncer aux aspects de la culture d'origine ou d'accueil avec lesquels il nous est pénible de composer) ;
- celle de **la cohérence complexe**, en essayant de tenir compte de tous les éléments en opposition et de les résoudre par la confrontation ou la modération.

Le modèle de Camilleri distingue enfin deux postures identitaires :

- **Les identités dépendantes**, une posture où le migrant choisit ses stratégies en fonction des injonctions de son environnement et cherche à se conformer à l'image du bon ou du mauvais immigrant que lui renvoie la société d'accueil (« *je me définis en fonction de votre regard sur moi* ») ;
- **Les identités réactionnelles**, une posture où le migrant cherche à s'émanciper des étiquettes qui lui sont accolées par la société d'accueil et se définit en réaction à ces injonctions (« *je me définis en opposition de votre regard sur moi* »).

Toutes ces stratégies, conscientes ou inconscientes, ont pour finalité de se prémunir contre la fragmentation identitaire et de neutraliser les perturbations. Par conséquent, aucune posture n'est intrinsèquement adéquate ou inadéquate, dans la mesure où elle permet à l'individu de préserver une unité de sens, au mieux pour s'épanouir et au moins pour fonctionner en société, sans hostilité et sans diriger son mal-être contre lui-même ou contre autrui.

La plupart des individus peuvent recourir à l'une ou plusieurs de ces stratégies, selon les enjeux et le contexte ou selon l'objectif visé : se protéger contre l'assimilation, se montrer solidaire quand sa communauté d'origine est discriminée, transmettre une mémoire à ses enfants, s'engager dans la vie politique, etc.

Bien que les travaux de Camilleri aient porté sur une population maghrébine, les stratégies utilisées se retrouvent chez d'autres communautés, en particulier celles issues de pays ayant vécu l'expérience coloniale et qui sont victimes d'une image dépréciative dans le pays d'accueil.

Tableau 1

Typologie des stratégies identitaires selon Camilleri (cité dans Dasen et Ogay, 2000, p. 58)

L'individu en situation d'acculturation rencontre dévalorisation et destruction			
Stratégies pour rétablir le sentiment de valeur du soi		Stratégies pour rétablir une unité de sens (cohérence entre la fonction ontologique et la fonction pragmatique)	
Identités dépendantes	Identité négative Intériorisation du jugement dépréciatif.	Cohérence simple Résolution de la contradiction par la suppression de l'un de ses termes.	Survvalorisation de la fonction ontologique Investissement plus ou moins exclusif dans le système d'origine (fondamentaliste, conservateur total).
	Identité négative déplacée Évacuation de l'identité négative en s'assimilant au favorisé et en transférant l'injonction dévalorisante sur les autres membres de son groupe d'origine.		Valorisation dominante de la fonction pragmatique, mais conservation d'un minimum ontologique Alternance conjoncturelle des codes (opportuniste limité).
	Identité par distinction Prise de conscience de sa singularité, mais non-intériorisation de la dévalorisation, évitée par la prise de distance.		Survvalorisation de la fonction pragmatique Investissement plus ou moins exclusif dans le système d'accueil, primauté de la volonté d'adaptation (opportuniste complet).
Identités réactionnelles	Identité défense L'identité comme refus, comme bouclier pour se protéger des autres.	Cohérence complexe Prise en compte de tous les éléments en opposition.	Bricolages identitaires Résolution de la contradiction pour soi et non en soi, logique effective et non rationnelle.
	Identité polémique Suraffirmation des caractères stigmatisés, en opposition généralement agressive contre le dominant.		Logique rationnelle Réappropriation, dissociation, articulation organique des contraires, suspension de l'application de la valeur, valorisation de l'esprit aux dépens de la lettre.
	Identité de principe (c.-à-d. volontariste) Conduite paradoxale de revendication d'appartenance au groupe d'origine, alors que rejet de ses valeurs dans les actes.	Stratégies de modération des conflits	Stratégies problématiques ne permettant pas d'éviter le conflit Pondération différentielle des valeurs en opposition, limitation de l'élément perçu comme pénible, alternance systématisée des codes.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons abordé la question des troubles de la personnalité sous l'angle des identités multiples et des stratégies déployées pour les aménager.

Les grilles d'analyse comme celles de Camilleri et d'Oberg, exposées dans ce texte, sont des outils précieux pour une prise en charge culturellement éclairée des problèmes de santé mentale et des troubles de la personnalité en contexte de diversité ethnoculturelle.

Nous n'avons toutefois pas la prétention d'avoir rendu compte de la complexité de l'enjeu, ni de la richesse des méthodes de recherche clinique transculturelle et ethnopsychiatrique, de leur pertinence, de leurs limites, des tendances et des tensions qui les traversent.

Des auteurs comme John W. Berry (2019), Georges Devereux (1972), Marie Rose Moro (Baubet, Taïeb et Moro, 2012) ou Tobie Nathan (1986) ont contribué à théoriser et à expérimenter la complémentarité entre deux champs épistémiques distincts, l'anthropologie et la psychopathologie.

Tous ces auteurs ont en commun d'avoir appréhendé les identités ethniques multiples comme un processus de différenciation, par lequel un individu accumule et conjugue plusieurs traits culturels, empruntés à une diversité de groupes de référence, pour en faire un arrangement, un bouquet qui lui est propre.

Et c'est paradoxalement dans cette singularité que s'incarne la pluralité, l'identité multiple assumée, articulée et apaisée.

Pour conclure, nous tenons à rappeler l'importance de continuer à documenter les aspects multidimensionnels de l'identité, notamment les processus identitaires spécifiques aux migrants et aux réfugiés, afin de prévenir et de traiter les troubles de la personnalité auxquels peuvent conduire les ratés de l'intégration ou les erreurs de diagnostic dues à une méconnaissance de la culture d'origine du patient.

1. En 2009, Mohamed Shafia, sa femme Tooba et leur fils Hamed sont accusés d'avoir noyé trois des filles du couple et la première épouse du père en précipitant leur voiture dans le canal Rideau. En 2012, ils sont reconnus coupables et condamnés à la prison à vie, sans possibilité de libération avant 25 ans.

L'ENFANT BORDERLINE EN DEVENIR : REPÈRES CLINIQUES LIÉS À L'ÉMERGENCE DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

D' Miguel M. Terradas,

Ph. D., psychologue,

M. Olivier Didier, B. Sc.,

M^{me} Pascale Dugas, B. Sc., et

M^{me} Isabelle Houvenaghel, B. Sc.

Le trouble de la personnalité limite (TPL) se caractérise par une instabilité sur les plans de l'identité, des affects et des relations, une impulsivité marquée, une crainte des abandons réels ou imaginés et un sentiment chronique de vide. Il s'accompagne d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement personnel, professionnel et social (American Psychiatric Association [APA], 2015), nécessitant l'intervention des professionnels de la santé mentale. Dans les dernières décennies, des modèles d'intervention ont été spécifiquement développés pour venir en aide aux adultes souffrant d'un TPL (p. ex. la psychothérapie centrée sur le transfert [Yeomans et al., 2015]; la thérapie comportementale dialectique [Linehan, 1993, 2014]; la thérapie basée sur la mentalisation [Bateman et Fonagy, 2016] et la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet [Delisle, 2018]).

Mais, qu'en est-il des enfants et des adolescents¹ présentant des caractéristiques, des traits de personnalité ou des symptômes pouvant être apparentés au TPL ? Trois positions prédominent dans la documentation clinique et scientifique concernant le diagnostic de TPL chez les enfants. La première est défendue par l'APA (2015). Selon cette perspective, il n'est conseillé de conclure à un diagnostic de TPL avant l'âge de 18 ans que dans des cas rares où des traits de personnalité inadaptés deviennent envahissants, persistants et ne sont pas expliqués par l'exacerbation des caractéristiques associées au stade de développement de l'enfant. À l'opposé, Paulina F. Kernberg et ses collègues (P. F. Kernberg, 1990 ; P. F. Kernberg et al., 2000) soutiennent que la durabilité des traits associés au TPL qui se présentent durant l'enfance est suffisante pour justifier le diagnostic à partir d'environ l'âge scolaire (6 à 12 ans), moment auquel l'enfant devrait avoir une conception assez claire et stable de son identité. Dubé et al. (2013) soulignent toutefois les dilemmes éthiques associés à ces deux positions relativement extrêmes. D'une part, le fait de poser un diagnostic pendant l'enfance permettrait aux cliniciens d'intervenir précocement dans le but d'éviter la cristallisation du trouble. D'autre part, le diagnostic « pourrait donner lieu à la stigmatisation de l'enfant dans une période de la vie où de nouvelles réorganisations de la personnalité et l'influence de son entourage pourraient encore altérer le cours de son développement sur le plan psychologique » (p. 36). Nous adhérons à une position intermédiaire, défendue par Pine (1986) ainsi que par Crick et al. (2005), selon laquelle il est possible d'identifier durant l'enfance des traits de personnalité pouvant être associés à l'émergence d'un TPL. Cette position prend en compte la manière dont les traits de personnalité limite s'expriment selon le stade de développement de l'enfant.

Notre chapitre vise d'abord à présenter l'émergence de traits de personnalité limite durant l'enfance en tenant compte de la perspective de la psychopathologie développementale. Ensuite, nous nous appuyons sur la notion de structure de personnalité afin d'en décrire les implications pour le fonctionnement intrapsychique et relationnel avant l'âge adulte. Nous présenterons également des expériences relationnelles précoces pouvant s'avérer les préludes aux traits de personnalité limite en émergence. Finalement, nous illustrerons les propositions théoriques à l'aide de deux vignettes cliniques.

Des notions [...] comme celles de traumas relationnels précoces (Bonneville-Baruchel, 2015), de trauma d'attachement (Allen, 2005) et de trauma complexe (Cook et al., 2005; Courtois, 2004) s'inscrivent dans une conceptualisation semblable à celle de Pine [la notion de l'enfant borderline en devenir].

L'enfant borderline en devenir : une perspective clinique pertinente

La notion de l'enfant borderline en devenir, proposée par Pine (1986) sur la base de ses expériences cliniques, fait référence à un enfant qui est exposé, au sein de sa famille, à une multiplicité d'expériences potentiellement traumatiques, plus ou moins sévères, qui encombrant son appareil psychique. Des notions plus récentes comme celles de traumas relationnels précoces (Bonneville-Baruchel, 2015), de trauma d'attachement (Allen, 2005) et de trauma complexe (Cook et al., 2005 ; Courtois, 2004) s'inscrivent dans une conceptualisation semblable à celle de Pine.

Selon Pine (1986), ce contexte traumatique entraînerait chez l'enfant des déficits développementaux importants. Premièrement, les soins reçus étant inconsistants, il serait difficile pour l'enfant de développer une confiance envers la figure qui lui procure ces soins, ce qui pourrait occasionner une exacerbation de la détresse reliée au non-soulagement de ses besoins. Deuxièmement, dans un environnement plutôt chaotique et imprévisible, l'enfant aurait de la difficulté à développer la fonction d'anticipation de l'anxiété pour pouvoir décoder la présence ou non d'un danger dans son environnement. Cela ferait en sorte que toute éventualité deviendrait une source importante de détresse. Par conséquent, l'enfant ne serait pas en mesure de distinguer un faible stress d'un stress plus significatif. Troisièmement, l'irrégularité quant à la satisfaction des besoins physiques et affectifs empêcherait l'enfant d'associer cette satisfaction à des personnes spécifiques de son entourage et ainsi de se construire un patron de fonctionnement sur le plan relationnel. L'enfant ne saurait pas vers qui il peut se tourner pour trouver réponse à ses besoins. Quatrièmement, ces expériences relationnelles insatisfaisantes laisseraient l'enfant avec l'impression d'être *mauvais* et donc responsable des comportements imprévisibles de ses figures de soins, ce qui pourrait avoir des conséquences sur son estime de soi. Cinquièmement, le manque d'intégration des expériences positives (liées aux manifestations d'amour provenant des figures de soins) et négatives (associées à la colère manifestée par ces mêmes personnes) de soi et d'autrui ne favoriserait pas la modulation de la colère, provoquant des déficits sur le plan de la gestion de l'agressivité. Enfin, dans ce contexte défavorable, l'enfant fonctionnerait en mode de survie : il répéterait des patrons de comportement et utiliserait des mécanismes de défense qui seraient partiellement ou complètement inefficaces (p. ex. clivage, grandiosité, identification à l'agresseur-aimé) et qui pourraient affecter les étapes subséquentes de son développement.

Bien qu'elle soit fort intéressante, la perspective de Pine (1986) accorde une grande importance aux *défaillances de l'environnement*² au détriment d'autres facteurs pouvant expliquer le développement d'un TPL, soit une vulnérabilité sur le plan du tempérament de l'enfant et un événement ou une série d'événements déclencheurs qui activerait le lien entre les deux autres

Plus récemment, Crick et al. (2005) ont proposé, à partir d'une étude empirique réalisée auprès d'enfants issus de la population générale et fréquentant des écoles ordinaires, des traits de personnalité limite pouvant être identifiés durant l'enfance.

facteurs (Zanarini et Frankenburg, 1997). Plus récemment, Crick et al. (2005) ont proposé, à partir d'une étude empirique réalisée auprès d'enfants issus de la population générale et fréquentant des écoles ordinaires, des traits de personnalité limite pouvant être identifiés durant l'enfance. Comme Pine, les autrices associent ces traits à des acquis que l'enfant n'a pas pu faire au cours de son développement. Le premier trait, nommé *sensibilité cognitive*, réfère à la capacité de l'enfant à reconnaître que les autres peuvent avoir des perspectives d'un même événement différentes de la sienne. L'enfant borderline en devenir aurait souvent une perception hostile et persécutrice de l'entourage. Centré sur l'information à connotation négative dans l'interprétation des situations auxquelles il est confronté, l'enfant se montre souvent méfiant à l'égard des intentions des autres et peut manifester des distorsions dans l'interprétation de celles-ci. Le deuxième trait, appelé *sensibilité émotionnelle*, fait allusion à l'habileté de l'enfant à tolérer l'ambiguïté qui caractérise l'expression des affects, à réguler les émotions et à tenir compte du contexte dans lequel celles-ci sont exprimées. L'enfant borderline en devenir vit les émotions de façon intense, instable et souvent inappropriée au contexte dans lequel elles sont évoquées. Il présente également une importante labilité affective et réagit fréquemment de manière imprévisible. Le troisième trait est lié au besoin d'établir des *relations d'exclusivité avec les amis*. Il concerne la capacité de l'enfant à amorcer et à maintenir des relations d'amitié significatives. L'enfant borderline en devenir doute constamment de l'amour et du soutien de ses amis. Il tend à établir des relations d'amitié caractérisées par une forte dépendance et craint souvent d'être abandonné. Le quatrième trait réfère à la présence d'une *impulsivité* marquée. Il fait allusion à la régulation du comportement et à l'internalisation des normes sociales et des stratégies de contrôle du self. On observe chez l'enfant borderline en devenir une importante agressivité sur les plans physique et relationnel. Celui-ci peine à réguler les émotions, à contrôler les manifestations d'agressivité et à inhiber son propre comportement. Le dernier trait concerne le *sens cohérent de l'identité*, manquant chez l'enfant borderline en devenir. Il réfère à l'habileté de l'enfant d'avoir une conception consistante et stable de soi-même et des autres. L'enfant borderline en devenir ne serait pas en mesure de parler de façon cohérente de ce qui caractérise sa personnalité et celle de ses figures significatives. Il pourrait, par exemple, utiliser des caractéristiques contradictoires pour se définir sans pour autant réaliser le caractère disparate de ses propos. Nous nous permettons de penser que ces

traits sont le reflet de la structure de personnalité sous-jacente qui, bien qu'en construction, peut nous renseigner sur l'émergence d'un TPL chez l'enfant. Dans les prochains paragraphes, nous abordons la définition de la notion de structure de personnalité ainsi que les critères nous permettant d'identifier la structure de personnalité limite.

Contribution de la notion de structure de personnalité à la compréhension de l'émergence du TPL

Lingiardi et McWilliams (2017) définissent la structure de personnalité comme étant l'organisation des fonctions mentales dans un tout incluant : 1) des patrons de comportements qui se répètent, consciemment ou inconsciemment, chez l'individu, selon certaines règles ; 2) un style personnel qui permet à l'individu de se reconnaître à travers le temps ainsi que de retrouver, lorsque confronté à une menace, son équilibre intrapsychique et interpersonnel. La structure de personnalité n'est pas rigide ni immuable ; elle est plutôt dynamique. En effet, une structure bien intégrée de la personnalité se caractérise par le fait d'être flexible et créatrice au chapitre de la régulation des affects et du comportement, facilitant ainsi l'adaptation de l'individu.

S'appuyant sur la théorie des relations d'objet, Otto F. Kernberg (2016) définit la structure de personnalité limite sur la base de quatre critères, soit un développement identitaire déficitaire, le recours à des mécanismes de défense primitifs, un rapport altéré à la réalité et une pathologie des relations d'objet. À ces critères s'ajoute la difficulté à avoir accès à la position dépressive³ et aux enjeux œdipiens (Figueiredo, 2006). Ces critères peuvent guider nos observations lors de l'évaluation de la personnalité d'un enfant tout en prenant en compte les enjeux propres à son développement.

Développement identitaire déficitaire

L'identité réfère au sentiment de continuité de l'individu à l'égard de lui-même et de ses expériences avec autrui (Erikson, 1959). P. F. Kernberg et al. (2000) soutiennent que le fonctionnement psychique de l'enfant présentant un TPL en émergence reflète un manque d'intégration des concepts de soi et de soi en relation avec les autres. L'enfant échoue à conserver une image cohérente de lui-même entre les situations et éprouve de la difficulté à se retrouver seul. Il peine également à se concevoir au sein d'une trajectoire temporelle continue dans laquelle le sens de soi actuel peut être mis en relation avec le passé et imaginé dans le futur (Didier et al., s. d.). De ces difficultés se dégagent deux manifestations cliniques : un vide intérieur qui s'exprime par un sentiment d'ennui, et un fonctionnement dysharmonique qui se traduit par un passage brutal d'un mode de fonctionnement à un autre. Par exemple, l'enfant peut se montrer volontaire pour être le capitaine de l'équipe de soccer après avoir insulté ses coéquipiers durant le match.

Recours à des mécanismes de défense primitifs

Les mécanismes de défense concernent les opérations mentales qu'utilise l'individu de façon involontaire et inconsciente afin d'atténuer les tensions internes et externes (Chabrol, 2005). Chez l'enfant borderline en devenir, le manque d'intégration des parties *bonnes* et *mauvaises* de soi et de l'objet l'empêche respectivement de former des représentations *totales* de lui-même et d'autrui. Ces difficultés se traduisent par le recours à des mécanismes de défense moins élaborés, qui tendent à protéger le moi du conflit par la dissociation ou par la constante mise à l'échec des perceptions contradictoires du self et des autres (p. ex. le clivage, le déni, l'identification projective, l'idéalisation et la dévalorisation primitives*) [O. F. Kernberg, 2016]. L'exemple précédent nous laisse penser que pour être en mesure de se montrer volontaire afin de devenir le capitaine de l'équipe de soccer, l'enfant, ayant une perception clivée de soi en rapport avec les autres, recourt au déni des insultes qu'il a préalablement proférées à ses coéquipiers. Seulement ainsi, il peut se permettre de penser que ses camarades peuvent le choisir pour être le capitaine de l'équipe.

Rapport altéré à la réalité

La capacité à maintenir la fonction d'épreuve de réalité implique une claire distinction entre le moi et le non-moi, entre la réalité interne et la réalité externe. Elle comprend également l'habileté de l'individu à faire une évaluation réaliste de soi et des autres (O. F. Kernberg, 2004). P. F. Kernberg et al. (2000) relèvent un fonctionnement hétérogène en ce qui a trait au rapport à la réalité chez l'enfant borderline en devenir, celui-ci étant marqué par des moments lors desquels l'épreuve de réalité est perdue, puis retrouvée. Par exemple, l'enfant peut momentanément agir d'une façon omnipotente à l'égard d'autrui, reflétant une confusion relative entre le moi et le non-moi. Pour sa part, Figueiredo (2006) suggère que la distinction entre intériorité et extériorité n'est jamais satisfaisante chez cet enfant. Ce dernier a besoin d'exercer la fonction d'épreuve de réalité de manière répétée puisqu'il n'a pas développé un sens ferme et clair de la réalité, dimension qui s'appuie sur un self bien intégré et capable d'accepter la nature à la fois subjective et objective du rapport à la réalité. Les tentatives visant à distinguer ce qui est intérieur de ce qui est extérieur pourraient prendre la forme de confrontations et de provocations avec l'environnement.

Pathologie des relations d'objet

Selon O. F. Kernberg (2016), le clivage entraîne une scission entre des états contradictoires se rapportant aux premières relations d'objet. Ainsi, les images d'objet de qualités différentes (p. ex. positives et négatives) ne peuvent s'intégrer, ce qui restreint la possibilité d'apprécier les objets de manière plus *objective* : le même objet peut être parfois idéalisé (p. ex. en lui attribuant un grand pouvoir) et d'autres fois dévalué (p. ex. en le critiquant sévèrement). Dans ses relations avec les pairs, l'enfant peut agir

Figueiredo (2006) suggère que la distinction entre intériorité et extériorité n'est jamais satisfaisante chez cet enfant [...] Les tentatives visant à distinguer ce qui est intérieur de ce qui est extérieur pourraient prendre la forme de confrontations et de provocations avec l'environnement.

de manière omnipotente et traiter les autres enfants comme s'ils étaient des prolongements de soi (p. ex. en assumant que ses camarades ont les mêmes intentions que lui). Il peut également s'engager affectivement de façon indiscriminée avec d'autres personnes, qu'elles soient familières ou inconnues. L'enfant borderline en devenir présente aussi une difficulté marquée à entretenir des relations d'amitié stables (P. F. Kernberg et al., 2000).

Difficulté à avoir accès à la position dépressive

La position dépressive est associée à la capacité d'établir des relations d'objet *totales*, permettant à l'individu de reconnaître et d'accepter les aspects *mauvais*, moins jouissifs et désagréables de l'objet (Ferenczi, 1926; Klein, 1935). Elle est également liée à la tolérance de la perte et de la frustration, éléments qui sont à la base de l'acceptation des contraintes imposées par la réalité (Figueiredo, 2006). En ce sens, Cohen de Lara et al. (2013) suggèrent que les adolescents limites n'ont pas la possibilité de réagir à la perte et à l'ambivalence relativement aux objets de l'enfance par une véritable réponse dépressive. Ces adolescents ont recours à des conduites de dépendance à des substances ou à des comportements visant à pallier, dans la réalité externe, les représentations des pertes et les ressentis d'abandon de l'objet qui concernent plutôt leur intériorité.

Difficulté à avoir accès aux enjeux œdipiens

L'élaboration du complexe d'Œdipe implique l'intériorisation d'un bon objet *complexe* dans le contexte de la relation avec les parents : l'enfant expérimente à la fois l'exclusion (p. ex. du couple parental) et l'inclusion (p. ex. l'amour des parents envers l'enfant), l'interdiction (p. ex. les limites) et un large éventail de possibilités (p. ex. les jeux partagés avec les parents) [Britton, 1998; Figueiredo, 2006]. La triangulation œdipienne (comprenant l'inclusion dans l'exclusion et la continuité dans la différence) offre à l'enfant les conditions propices à l'acquisition d'un sens de la réalité dans ses dimensions spatiales et temporelles (Figueiredo, 2006). Selon P. F. Kernberg et al. (2000), cette difficulté à avoir accès aux enjeux œdipiens se traduit par une tendance à entretenir des relations d'exclusivité, par exemple avec la mère ou avec le père, sans parvenir à se lier aux parents en tant que couple. La tendance à établir des relations d'exclusivité avec les amis est en effet un des traits de personnalité limite pouvant être observés pendant l'enfance (Crick et al., 2005).

Les expériences relationnelles précoces associées à la genèse des traits de personnalité limite

Didier (s. d.) regroupe en trois catégories (non mutuellement exclusives) les expériences relationnelles précoces pouvant mener au développement des entités symptomatologique et structurale associées au fonctionnement limite chez l'enfant. La présence de ces expériences au sein des relations précoces avec les principales figures de soins nous alerte de la possible émergence d'un TPL.

Échecs de la régulation des états affectifs chez l'enfant

Cette catégorie réfère à l'incapacité du parent à agir en tant que corégulateur des états affectifs de son enfant. Il peut s'agir de situations dans lesquelles la figure de soins accentue la détresse de ce dernier (p. ex. en criant, en adoptant des comportements imprévisibles) ou encore dans lesquelles elle ne peut s'adapter à une vulnérabilité liée au tempérament de l'enfant qui le rend plus sensible à la détresse (Zanarini et Frankenburg, 1997). L'enfant se retrouve alors seul à devoir gérer une activité émotionnelle intense. Ce jeune individu ne disposant pas de capacités adaptatives suffisantes pour faire face à un tel niveau d'activation, ces expériences peinent à être représentées dans sa psyché et acquièrent une valeur traumatique. L'enfant devient très sensible à la frustration de ses besoins et tend à rechercher une satisfaction absolue de ces derniers (O. F. Kernberg, 2004). Également, ces expériences suscitent une agressivité importante chez le jeune individu, ce qui altère notamment sa capacité à évaluer lui-même et les autres de façon objective (Klein, 1935).

Expériences excessives d'inclusion et d'exclusion

Figueiredo (2006) propose que les expériences relationnelles entre l'enfant borderline en devenir et ses principales figures de soins aient été caractérisées par des expériences relativement strictes et intenses d'inclusion, ce qui réfère au sentiment qu'a l'enfant d'être peu différencié de son parent, et d'exclusion, ce qui réfère au sentiment d'être une entité complètement séparée de l'objet. À titre d'exemple, un parent pourrait s'attendre à ce que ses besoins soient satisfaits par son propre enfant (Bonneville-Baruchel, 2015). La différenciation entre l'enfant et son parent est alors précaire. Lorsque les attentes du parent ne sont pas satisfaites, l'enfant peut être vécu comme le persécuteur, ce qui aboutit à une attitude de rejet et provoque un désinvestissement relationnel de la part du parent. L'enfant se retrouve alors seul avec une activité émotionnelle intense. Les oscillations entre les expériences excessives d'inclusion et d'exclusion rendent l'enfant borderline en devenir intolérant face aux situations relationnelles de dépendance et de séparation.

Défaillances de la capacité parentale à considérer les états mentaux de l'enfant

Cette catégorie réfère aux expériences caractérisées par la défaillance du parent à donner une forme aux états mentaux (p. ex. émotions, intentions, pensées) de l'enfant. Dans un contexte *plus ou moins normal*, ce travail du parent résulte en la capacité de l'enfant à concevoir, à la fois chez lui-même et chez autrui, les états mentaux comme étant des représentations *subjectives* d'une réalité extérieure et les comportements comme étant les reflets d'états mentaux sous-jacents (Target et Fonagy, 1996). Cette capacité de mentalisation s'acquiert lorsque le parent transmet à l'enfant, habituellement de façon inconsciente, l'idée qu'il se fait des états mentaux de ce dernier. Cette transmission peut notamment s'effectuer de deux façons (Bonneville-Baruchel, 2015). D'abord, le parent peut offrir des soins qui sont ajustés aux besoins de l'enfant. Par exemple, il peut offrir du réconfort au jeune enfant lorsqu'il comprend que celui-ci a peur d'une personne étrangère. Également, le parent peut verbaliser les états mentaux qu'il identifie chez l'enfant, en s'assurant de marquer le caractère subjectif de l'idée qu'il a de ceux-ci (p. ex. en utilisant l'ironie) [Target et Fonagy, 1996].

Cette capacité de mentalisation s'acquiert lorsque le parent transmet à l'enfant, habituellement de façon inconsciente, l'idée qu'il se fait des états mentaux de ce dernier.

Lorsque le parent considère trop peu les états mentaux ou certaines expériences difficiles (p. ex. la colère, l'agressivité), qu'il a une compréhension défaillante du vécu interne de l'enfant, qu'il transmet à l'enfant une image trop semblable à l'état d'origine (p. ex. en devenant lui-même en état de panique face à la détresse de son enfant) ou qu'il adopte des comportements qui suscitent de la détresse, la capacité de mentalisation de l'enfant ne peut se développer normalement (Fonagy et Target, 2000). Il est alors laborieux pour l'enfant de se représenter ses expériences. Puisque ces dernières sont difficilement élaborées par la symbolisation (p. ex. par le jeu ou la parole), l'agir devient un moyen privilégié pour expulser les sensations agréables et désagréables.

Illustrations cliniques

Anne⁵, 10 ans, chez qui l'on a diagnostiqué un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et un trouble oppositionnel avec provocation, consulte avec ses parents, qui s'expliquent mal ses comportements et se disent à bout de ressources, aucune

médication ne semblant atténuer ses symptômes. L'enfant se sent constamment persécutée, notamment par sa mère, dont elle serait la victime, ce qui l'amène à être méfiante et à vouloir se venger. Anne ressent un grand sentiment de vide qui se manifeste par de l'anxiété face à l'ennui. Elle se perçoit comme une mauvaise personne et rapporte des sentiments d'extrême tristesse et de solitude associés à une importante angoisse d'abandon, notamment de la part de ses parents. L'enfant présente une certaine labilité émotionnelle qui induit de la confusion quant à son sens de l'identité. Pour se défendre du monde extérieur, vécu comme étant menaçant, elle multiplie les comportements d'opposition et se réfugie dans un monde imaginaire très investi.

Pour sa part, Rachel⁵, 16 ans, consulte pour mieux comprendre ses changements d'humeur quotidiens. Cette instabilité émotionnelle est présente depuis l'enfance. Celle-ci a été marquée par une grande proximité avec la mère et un vécu d'abandon face au père. Aujourd'hui, l'adolescente entretient une relation conflictuelle avec sa mère, passant de l'idéalisation au dénigrement, et il y a une rupture du lien avec le père. Le sens identitaire de Rachel est compromis dans le contexte des relations intimes, et la représentation d'autrui est également inconstante et clivée. Conséquemment, Rachel craint que les autres puissent avoir de mauvaises intentions à son égard. Elle tend à se replier sur elle-même et à fuir dans l'imaginaire, mais elle devient alors rapidement envahie par un sentiment de vide. Les conflits relationnels fréquents et l'impulsivité l'ont amenée à changer d'école chaque année du secondaire. Elle se retourne d'ailleurs souvent vers l'agir (consommation, fugues, comportements sexuels à risque, tentatives de suicide) pour pallier ses difficultés.

Conclusion

Le diagnostic de TPL avant l'âge adulte est un sujet controversé au sein de la communauté scientifique. Pourtant, nous rencontrons en contexte clinique des enfants présentant des traits de personnalité et des manifestations symptomatiques qui s'apparentent à cette psychopathologie. Notre chapitre indique qu'il est possible d'identifier des traits de personnalité limite qui émergent durant l'enfance tout en tenant compte du stade de développement de l'enfant. Pour ce faire, nous avons présenté deux modèles de compréhension de l'enfant borderline en devenir dans le but de fournir aux cliniciens des repères permettant d'identifier des signes avant-coureurs de cette psychopathologie. Nous suggérons également d'approfondir la compréhension de cet enfant par la prise en compte des critères permettant d'évaluer sa structure de personnalité en construction et les expériences relationnelles précoces auxquelles il a pu être exposé.

1. Afin de simplifier le texte, le terme *enfant* sera utilisé pour faire référence aux enfants et aux adolescents. Le terme *adolescent* sera employé uniquement lorsque le contenu réfère spécifiquement à l'adolescence et non à l'enfance.

2. Au sens attribué par Winnicott (1965).

3. Nous référons ici à la conception kleinienne du développement psychique de l'enfant durant les premières années de vie.

4. Pour une description détaillée des mécanismes de défense propres aux enfants présentant un TPL en émergence, les lecteurs peuvent se référer à P. F. Kernberg et al. (2000).

5. Les cas d'Anne et de Rachel sont présentés de façon plus complète dans Didier et al. (s. d.).

VIOLENCE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

D^r Hubert Van Gijseghem,
Ph. D., psychologue

Tout être humain possède un potentiel violent. Il s'agit là d'une condition génétique et évolutionniste que nous partageons avec le « règne animal », auquel nous appartenons (Pinker, 2011). Il en va de la survie de l'individu et de l'espèce. En cours de route, toutefois, l'être humain, dans son évolution spécifique, s'est mis sur une voie civilisatrice. Être « humain » signifie en effet que, sans doute encore pour des raisons de survie, nous avons graduellement commencé à combattre notre nature. Pour préserver une quelconque société dont nous avons besoin, nous endiguons les expressions trop manifestes de notre violence. D'aucuns y réussissent mieux que d'autres. Qui sont ces autres ?

Nous ne traiterons évidemment pas ici des actes violents commis pour des raisons politiques, idéologiques ou reliées à des guerres civiles ou entre nations. Notre regard ne se portera que sur des crimes violents commis à cause de variables intrapsychiques (autres qu'idéologiques).

Les crimes violents les plus spectaculaires sont probablement ceux commis par la personne en psychose et chez laquelle l'*acting out* est l'équivalent d'un acte délirant. Ses passages à l'acte sont d'habitude gratuits dans ce sens qu'on ne voit pas en quoi ils bénéficient à leur auteur. Dans la population, de façon erronée, on appelle ces personnes « des psychopathes », ce qu'elles ne sont pas. Le psychopathe, comme nous le verrons, ne commet pas des crimes gratuits et insensés. Le crime violent de la personne délirante est d'habitude isolé et ne connaît souvent pas de lendemain.

Les crimes violents récurrents sont donc le fait d'une autre catégorie de troubles mentaux, non pas exclusivement, bien sûr, mais prioritairement. Nous avons nommé les *troubles de la personnalité*, qu'on trouvait dans le *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association [APA], 2000, 2003) encore à l'axe 2, celui-ci étant abandonné dans le *DSM-5* (APA, 2013, 2015).

Les troubles de la personnalité et la violence

Rappelons qu'« *un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement* » (APA, 2015, p. 759).

La violence, quant à elle, est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* ». (2002, cité dans Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2018).

Le *DSM-5*, se basant sur le *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (Grant et al., 2004), estime que 15 % de la population des États-Unis serait aux prises avec au moins un trouble de la personnalité (TP) [APA, 2013].

La tradition du *DSM* considère une dizaine de TP différents, qui sont subdivisés en trois groupes en fonction de certaines similitudes entre les individus porteurs de ces troubles. Le groupe A comprend les troubles paranoïaque, schizoïde (synonyme d'*asocial*) et schizotypique, regroupés en fonction des éléments bizarres ou excentriques qui les caractérisent tous. Le groupe B inclut les troubles antisocial, borderline (synonyme de *limite*), histrionique et narcissique, en raison des aspects théâtraux, émotifs et capricieux que l'on retrouve chez chacun. Le groupe C se compose des troubles évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif, en rapport aux éléments anxieux et craintifs observés chez les individus porteurs.

Même si, selon le *DSM*, la prévalence du TPA n'est pas plus élevée que deux ou trois pour cent de la population, les porteurs de ce trouble créent probablement un pourcentage significatif beaucoup plus grand des problèmes de violence [...].

La corrélation entre les troubles de la personnalité et l'occurrence de la violence, bien documentée pourtant, ne signifie pas nécessairement qu'il y a une causalité directe. Le lien est davantage compliqué par la présence fréquente d'une comorbidité de troubles de la personnalité avec d'autres troubles mentaux, par exemple la toxicomanie. Il y a aussi le fait que des individus aux prises avec un trouble de la personnalité peuvent être plus impulsifs que d'autres du même groupe et donc prêts à passer à l'acte.

Cela dit, lorsqu'on considère les différents troubles de la personnalité, il est évident qu'il y a une variabilité entre les différents troubles en ce qui concerne la propension à s'engager dans des actes violents et cela pour peu que l'on examine les critères diagnostiques de chacun de ces troubles.

Des violences manifestes et répétitives sont rares dans le groupe C, la raison étant, justement, la présence d'anxiété et de crainte. Les tensions et le déplaisir sont davantage intériorisés qu'extériorisés. L'évitant, en effet, évite les confrontations, le dépendant ne veut surtout pas déplaire à l'autre, l'obsessionnel a tellement peur de ses impulsions, surtout de son agressivité, qu'il les contrôle et qu'il respecte les règles sociales de façon stricte et conventionnelle. Si un représentant du groupe C peut occasionnellement manifester son déplaisir, ce qui reste évidemment inévitable, il en résultera chez lui de l'anxiété, de la culpabilité, du doute.

Comme chez les représentants du groupe C, les sujets appartenant au groupe A ne sont pas connus non plus pour leurs manifestations violentes récurrentes (Millon, 1996). Le schizoïde (asocial) reste dans son cocon, se dévitalise et réduit ses expressions émotionnelles au strict minimum. Les conduites excentriques du schizotypique ne sont pas agressives, sa gêne sociale étant trop grande pour s'y risquer. Le paranoïaque fait ici une modeste exception. Croyant toujours aux intentions malveillantes des autres, il « est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère » (critère diagnostique n° 6 du *DSM* [APA, 2003, p. 799; APA, 2015, p. 846]). Mais la violence n'est pas structurelle.

C'est dans les TP du groupe B que le bât blesse. Rappelons que le *DSM* regroupe ces TP à partir de leur caractère théâtral, émotif et capricieux. Commençons par le moins dangereux, l'histrionique. Le critère diagnostique n° 6 du trouble de la personnalité histrionique (TPH) veut que la personne porteuse soit caractérisée par l'exagération de l'expression émotionnelle (APA, 2003; APA, 2015).

Rappelons que le terme *histrionique* est une modernisation du terme *hystérique* (pour des raisons de rectitude politique, on a remplacé *l'utérus* par le nom de l'acteur très théâtral de la tragédie grecque, *l'histrion*). Mais la « crise hystérique » traditionnelle n'est pas loin.

L'exagération de l'expression émotionnelle de l'histrionique comprend, bien sûr, la colère incontrôlée qui se déferle sur l'autre comme un orage d'été. Elle est toutefois rarement destructrice : l'histrionique veut préserver l'autre puisqu'il en a grand besoin pour que celui-ci le rassure de son amabilité et de son appréciabilité. Ce n'est pas l'histrionique qui crée les problèmes de violence dans nos sociétés.

Le cas du borderline (*état limite*) est beaucoup plus compliqué. Si on regarde les critères diagnostiques proposés pour lui dans le *DSM*, non moins de quatre réfèrent à son explosivité, le plus important étant le critère n° 8 : « colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) » (APA, 2003, p. 818 ; APA, 2015, p. 862).

Quiconque côtoie le borderline dans sa famille ou dans la clinique connaît bien ses explosions, qui dépassent de beaucoup celles de, par exemple, la personnalité histrionique. Associées à d'autres éléments dans la psychologie du borderline (p. ex. le critère n° 9 : « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères »), les explosions ressemblent souvent davantage à ce que le profane appelle des « crises de folie » qu'à l'exagération de l'expression émotionnelle observée chez l'histrionique. Pourtant, ici encore, cette violence n'est pas celle qui fait la une des journaux.

Il y a ensuite le trouble de la personnalité narcissique (TPN), assez grave en termes de violence, mais pas encore le pire. Référons-nous aux critères diagnostiques n° 6, « exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise l'autre pour parvenir à ses propres fins », et n° 7, « manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui », du *DSM* (APA, 2003, p. 826 ; APA, 2015, p. 870). Il s'agit ici de ce qu'on pourrait appeler la violence froide, mais pas moins destructrice. Le narcissique détruit l'autre parce qu'il jette après usage. Il brûle l'autre sur l'autel de sa propre grandiosité. Son parcours laisse derrière lui un long sillon rempli de coquilles vides. Cela est vrai sur le plan interpersonnel, mais aussi, lorsque ce narcissique vient à occuper des fonctions sociétales importantes, sur le plan collectif. Les histoires de certaines grandes entreprises et même de nations entières en témoignent.

Le summum de la violence est retrouvé dans le cas du trouble de la personnalité antisociale (TPA). La pourtant modeste description de ce trouble dans le *DSM* contient le critère n° 2, « tendance à tromper pour un profit ou *par plaisir*... » [nous soulignons], ou encore le n° 4, « irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions » (APA, 2015, p. 857).

Le *DSM* y ajoute un septième critère : « absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui ». Ces critères figurent dans la version précédente du *DSM*, le *DSM-IV-TR*, en des termes quasiment identiques (APA, 2003, p. 812-813). Rappelons que le TPA est une version diluée de la notion de psychopathie (Hare, 1996). Étonnamment, le *DSM* cite pourtant la psychopathie comme étant un synonyme du TPA (cf. *infra*).

Même si, selon le *DSM*, la prévalence du TPA n'est pas plus élevée que deux ou trois pour cent de la population, les porteurs de ce trouble créent probablement un pourcentage significatif beaucoup plus grand des problèmes de violence au sens large dans les sociétés occidentales (Hare, 1999). Comme l'indique un des critères diagnostiques proposés par le *DSM*, un des motifs du sujet TPA de s'adonner à la violence est le *plaisir*. Le sujet TPA aime être violent et jouit de voir souffrir ses victimes. Il est vrai que cette personne pense principalement au gain (plaisir, profit, pouvoir, sexe) et ne s'engagera donc pas dans des comportements violents totalement insensés (comme le fait la personne psychotique). Sa causalité est intacte, et elle connaît parfaitement la différence entre le bien et le mal. Ses comportements délicieux couvrent toutes les sphères de l'activité humaine, d'où son impact néfaste sur le vivre-ensemble. Cela vaut évidemment encore plus pour le psychopathe, dont il sera question plus loin.

Une typologie intéressante du TPA a été publiée par Theodore Millon (1996), psychologue américain très impliqué dans la tradition *DSM* (et auteur du test objectif de la personnalité *Millon Clinical Multiaxial Inventory*, maintenant dans sa quatrième version). Millon décrit cinq sous-types de TPA : le cupide (qui n'en a jamais assez), l'orgueilleux (exhibitionniste au sens large), le téméraire (qui prend d'énormes risques), le nomade (qui décroche de la société) et le malveillant (vindicatif, hostile et impitoyable).

Si l'antisocial ressent du plaisir dans la violence, le psychopathe a carrément besoin de ce plaisir pour maintenir son « high », dont il puise le combustible dans l'exploitation de l'autre.

La psychopathie

Version « dure » du trouble de la personnalité antisociale, la psychopathie se retrouve chez un pour cent de la population (Hare, 1999), presque uniquement chez les hommes, ce qui semble d'ailleurs confirmer en partie l'hypothèse d'une étiologie génétique.

La psychopathie serait en effet un construit différent que le TPA (Hare, 1996 ; Ogloff et al., 2016), puisque les critères diagnostiques comprennent également des éléments psychologiques,

c'est-à-dire mentaux ou émotifs, en plus de critères comportementaux. Le *DSM* ayant pris l'option de ne conserver que ce dernier type de critères en raison de la facilité à les identifier, il ne retient donc pas le diagnostic de psychopathie (sauf comme « synonyme » de TPA).

La psychopathie a été décrite adéquatement dès Théophraste, au IV^e siècle avant notre ère. Une longue liste de chercheurs et de cliniciens en ont fait autant aux XIX^e siècle et XX^e siècle. À peu près la moitié de ces auteurs ont vu la psychopathie comme innée, et l'autre moitié a cru que cette affection était au contraire acquise. Celui qui a donné une forte crédibilité au concept est Hervey Cleckley (1941, 1955), qui a été à la base de la formulation du TPA dans le *DSM-II* (APA, 1968). Robert Hare, de l'Université de la Colombie-Britannique, a repris les travaux de Cleckley et les a soumis à la validation. Il publiera la première version de son PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*) en 1991 et la version à ce jour définitive (PCL-R; Hare, 2003). Il s'agit là de l'outil de mesure le plus complet, dûment validé et qui, comme il a été mentionné plus haut, en plus des critères comportementaux déjà compris dans le *DSM* pour décrire le TPA, ajoute un nombre de critères dits psychologiques. Cette série de critères psychologiques inclut : la loquacité / le charme superficiel ; la surestimation de soi ; la tendance au mensonge pathologique ; la duperie / manipulation ; l'absence de remords ou de culpabilité ; l'affect superficiel ; l'incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes. Si l'antisocial ressent du plaisir dans la violence, le psychopathe a carrément besoin de ce plaisir pour maintenir son « *high* », dont il puise le combustible dans l'exploitation de l'autre.

Des chercheurs [...] ont également mis en doute la traitabilité de la psychopathie et même du TPA (Hare et Neumann, 2008 ; Harris et Rice, 2006). Leurs conclusions indiquent qu'un traitement, souvent, ne fait qu'aiguiser davantage les stratégies délinquantes.

La triade sombre

Lorsqu'on parle de troubles de la personnalité, on reste évidemment dans le règne des troubles mentaux. En ce qui concerne la compréhension de la violence, la recherche s'est néanmoins aussi penchée sur des construits sous-cliniques qui peuvent être à la base de comportements violents graves tout en restant dans la gamme de ce qu'on appelle la « normalité », c'est-à-dire en n'atteignant pas le degré de sévérité à partir duquel on parle de trouble.

Un tel construit, fort prometteur, fut proposé par Paulhus et Williams en 2002. Ils l'ont nommé « la triade sombre » (*the dark triad*). Depuis, la validité de ce construit a été confirmée par

maintes recherches empiriques (voir Furnham et al., 2013). Cette triade correspond à trois dimensions distinctes de la personnalité, mais qui se chevauchent jusqu'à un certain point. Ces dimensions sont le narcissisme (sous le seuil de niveau TPN), le machiavélisme, concept proposé dès 1970 par Christie et Gels et dûment validé comme un construit distinct, et, finalement, les traits psychopathiques, également à un niveau sous-clinique. Nous sommes donc en présence ici d'un cocktail de traits de personnalité qui sont responsables du sentiment de grandiosité (narcissisme), de la manipulation (machiavélisme) et de l'exploitation et de l'impulsivité (psychopathie). Le porteur de cette triade semble « normal » et semble fonctionnel aussi bien sur le plan interpersonnel que sur le plan professionnel. Ses traits restant au niveau sous-clinique, le porteur de la triade n'est pas souvent rencontré dans les échantillons judiciaires et cliniques. C'est probablement la raison pour laquelle le concept n'a pas été proposé par les cliniciens, mais bien par les chercheurs. Et pourtant, le porteur de la triade cause des dommages immenses dans la société. On le trouve principalement dans le domaine de la politique, des grandes organisations, parmi les « criminels à cravate », de sorte qu'il reste le plus souvent sous le radar de la justice. En effet, si l'impulsivité inhérente à ses traits psychopathiques rendait suspect son comportement, son narcissisme s'occuperait de garder son image intacte, et son machiavélisme lui inspirerait des stratégies pour s'en tirer. Il ne s'agit évidemment pas ici de violence meurtrière, mais de dégâts physiques, psychologiques, moraux et matériels causés à autrui et à la société et qui peuvent être comparables à ceux causés par le psychopathe, voire pires (Van Gijsegem, 2017).

Étiologie et traitement

En 1941, Cleckley, dans son fameux livre *The mask of sanity*, écrivait que le traitement (ambulatoire) du psychopathe est aussi difficile que l'ablation chirurgicale de la vésicule biliaire d'un lièvre en pleine course. Des chercheurs beaucoup plus récents ont également mis en doute la traitabilité de la psychopathie et même du TPA (Hare et Neumann, 2008 ; Harris et Rice, 2006). Leurs conclusions indiquent qu'un traitement, souvent, ne fait qu'aiguiser davantage les stratégies délinquantes.

Ces données nous amènent à nous interroger une fois de plus sur l'étiologie des troubles mentaux à haute propension à la violence. Rappelons au départ que les études animales indiquent que les émotions, y inclus l'agressivité, ont une forte base génétique (Grandin et Deesing, 2014). Les recherches sur des échantillons de jumeaux monozygotiques séparés à un jeune âge indiquent aussi que les émotions, y inclus les traits antisociaux, sont modérément héréditaires (Mason et Frick, 1994). Un consensus raisonnable veut actuellement qu'aussi bien le TPA que la psychopathie répondent à des prédispositions biologiques et génétiques qui expliqueraient jusqu'à 60 % de la variance (Hare et Neumann, 2008). Les études en laboratoire livrent d'ailleurs de plus en plus des données qui vont dans le sens d'une association

entre la psychopathie et la biologie du cerveau (Glen et Kaine, 2014). On s'éloigne donc des tranquilles certitudes du XX^e siècle selon lesquelles la violence des sujets dits délinquants trouverait son origine dans des facteurs socioculturels comme la privation, la négligence, la pauvreté, le manque d'éducation. On s'éloigne encore davantage des explications psychodynamiques telles que la théorie des fixations ou autres liens précoces entre l'enfant et sa mère (*yo-yo*; voir par exemple l'article phare de Hochmann, 1976).

Ce qui précède montre que le succès du traitement de l'être habituellement violent de par sa structure de personnalité n'est pas évident. Les législations canadiennes et autres en ont pris acte lorsque fut instauré le statut de « délinquant dangereux ». Ce délinquant violent reçoit une peine d'incarcération possiblement indéterminée, c'est-à-dire jusqu'au moment où ce sujet montrera des preuves convaincantes que sa propension au passage à l'acte a significativement diminué.

Trop pessimiste peut-être. Reste que le *DSM* ne contredit point cette vision, tout en ne la formulant pas aussi brutalement.

Patience

Et pourtant, étrangement peut-être, il y a des progrès presque partout dans le monde : si l'on prend une perspective sur plusieurs décennies ou, même, siècles, la violence interpersonnelle est à la baisse, et la ligne descendante est constante et presque rectiligne, malgré des soubresauts anecdotiques causés par, par exemple, des perturbations ponctuelles telles une guerre ou une pandémie. Le fait est que l'on ne connaît pas les causes de ce phénomène de la diminution de la violence, excepté si l'on fait

référence au concept de la « civilisation », qui répond à un processus très lent, mais constant. Steven Pinker, psychologue cognitiviste de l'Université Harvard et Montréalais d'origine, se basant sur des données robustes, parle du processus progressif de l'« *enlightenment* », la Raison, les *Lumières* (2018). D'autres parleraient du progrès de la connaissance ou des fruits de l'éducation. L'éducation est en effet à voir comme le projet aidant l'individu, et donc la population, à endiguer sa nature fondamentalement animale et instinctuelle. Mais ce processus serait si lent qu'on l'observe à peine au long d'une seule vie.

Tout patron de comportement violent récurrent n'appartient heureusement pas au registre antisocial ou psychopathique. Il est par exemple bien connu qu'il y a une comorbidité importante entre passage à l'acte violent et alcoolisme et toxicomanie. Une foule de programmes agissent d'abord et avant tout sur ces dépendances, ce qui est susceptible de diminuer de beaucoup les risques de récidive.

Conclusion

La violence est un problème important dans nos sociétés. Si nous nous fions aux preuves anthropologiques, historiques et archéologiques, elle l'a toujours été.

Même si chaque personne porte en elle un potentiel de passage à l'acte violent, l'expérience criminologique démontre que la plus grande partie de la violence dans une société est générée par une minorité d'individus. Bon nombre de ceux-ci peuvent rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité du groupe B. Le contrôle et la réhabilitation de ces sujets restent un défi sociétal majeur.

DÉCELER ET NEUTRALISER LES EFFETS NOCIFS DES COMPORTEMENTS NARCISSIQUES RIGIDES ET RÉCURRENTS EN MILIEU DE TRAVAIL

D^{re} Julie Bourbonnais, Ph. D.,
et **M. Jacques E. Tremblay**,
M. Ps., psychologues

À titre de psychologues du travail et de conseillers en développement organisationnel, nous sommes souvent interpellés par des gestionnaires et des experts en ressources humaines qui se demandent comment intervenir adéquatement quand le climat de travail est devenu préoccupant, voire toxique, en raison d'attitudes et de comportements narcissiques – parfois désagréables et désobligeants, parfois malsains et incivils – de collègues, d'employés ou de gestionnaires, qui peuvent par ailleurs être performants à certains égards. Il s'agit là d'un dilemme important et d'une situation complexe à régler pour les organisations.

Dans notre pratique, un de nos constats est que peu de personnes ont été formées pour savoir distinguer adéquatement les comportements narcissiques malsains de ceux associés à un leadership sain et performant. En milieu de travail, l'ambition, le charisme et la détermination sont fortement valorisés. Toutefois, lorsqu'ils s'accompagnent d'un déficit d'introspection, d'empathie et de réciprocité relationnelle, les risques de comportements malsains sont augmentés, alors que le contraire pointe plutôt vers des pratiques de leadership saines. Cette distinction est critique lorsqu'on sait que les stratégies habituelles de résolution de conflits ou d'amélioration de climats (p. ex. transparence dans les communications, diagnostic des causes et recherche commune de solutions) réussissent rarement lorsqu'une des parties concernées présente des traits de personnalité ou des comportements narcissiques rigides et récurrents. Dans la même lignée, plusieurs psychologues cliniciens recevant dans leur cabinet des personnes vivant une situation difficile avec un collègue, un employé ou un gestionnaire possédant ce type de traits pourraient leur conseiller des stratégies interpersonnelles moins adaptées à la situation, plaçant ainsi leur client dans une posture extrêmement vulnérable. Par exemple, dans un contexte de conflit, on pourrait être amené à suggérer une conversation honnête entre les parties pour clarifier les besoins et identifier des solutions. Toutefois, une personne ayant des traits narcissiques rigides risquerait de se sentir menacée et de vouloir se protéger en dévaluant la démarche entreprise, amplifiant ainsi les tensions.

Les différentes références citées en fin de document et nos observations terrain nous invitent à considérer les coûts humains et organisationnels importants et nous poussent à vouloir aider les praticiens en santé mentale et organisationnelle à déceler les éléments pouvant indiquer que leur client est affecté par ces types de comportements. Dans le présent chapitre, nous proposerons également des stratégies permettant aux individus, aux équipes et aux organisations de se protéger et d'agir adéquatement pour neutraliser les effets potentiellement nocifs d'une telle dynamique, qui s'exerce souvent dans des rapports de pouvoir nuisibles.

De plus, ce n'est pas le rôle de gestionnaires, de conseillers en ressources humaines ou même de psychologues organisationnels de diagnostiquer ou de traiter, en milieu de travail, les comportements narcissiques malsains d'une personne. Nous avons donc à cœur de fournir aux praticiens des conseils pour aller chercher le meilleur des forces et des contributions de cette personne, pour la voir dans son potentiel, tout en offrant un cadre serré afin d'éviter une détérioration du climat, de la performance et du bien-être pour toutes les parties concernées.

C'est donc au carrefour de la psychologie clinique et de la psychologie du travail, dans une perspective systémique et en puisant autant dans la recherche que dans la pratique, que s'inscrit ce chapitre. C'est en nous appuyant également sur le travail et la collaboration de collègues praticiens au fil des ans

En milieu de travail, l'ambition, le charisme et la détermination sont fortement valorisés. Toutefois, lorsqu'ils s'accompagnent d'un déficit d'introspection, d'empathie et de réciprocité relationnelle, les risques de comportements malsains sont augmentés.

que nous souhaitons soutenir et outiller toutes les parties prenantes souffrant de cette problématique longtemps négligée. Vous trouverez d'ailleurs à la fin du document une liste de références et d'outils d'où nous avons puisé les multiples informations et pistes fournies dans ce texte.

Après une brève mise en contexte décrivant la problématique, tant les psychologues cliniciens que les psychologues du travail trouveront un éventail de stratégies pouvant être utiles pour :

- accompagner la personne ayant des comportements narcissiques malsains ;
- accompagner les collègues et employés aux prises avec de telles situations en milieu de travail ;
- assurer la mise en place de conditions organisationnelles permettant de limiter la prévalence et les impacts délétères de ce type de comportements.

Mise en contexte

Avant de devenir député fédéral pour le Bloc québécois, René Villemure, de sa posture d'éthicien, a proposé que « la culture, c'est ce qu'une entreprise promeut, interdit ou tolère » (Villemure, s. d., cité dans Nogueur, 2022). En 2009, Netflix a publié pour la première fois un traité sur sa culture organisationnelle qui mettait de l'avant un de ses principes clés, développé en réponse à ses propres expériences difficiles et souffrantes, et présenté comme suit en anglais : « *No brilliant jerks!* » (Netflix, s. d.). Cela se traduit par un refus d'embaucher ou de tolérer des employés qui font preuve de comportements sociaux désagréables ou désobligeants, même si ces employés sont extraordinairement intelligents et techniquement compétents. Netflix a compris, à la dure, que les coûts à moyen terme d'avoir ce type d'employés au sein de ses équipes sont plus élevés que les bénéfices probables à court terme. Dans une mise à jour en 2017, publiée à la suite des déboires d'Uber, les gens de Netflix ont martelé à nouveau publiquement leur croyance, à savoir que les [traduction] « gens brillants sont aussi capables d'interactions humaines décentes » et qu'il est grand temps d'exiger un minimum de civilité et de bienveillance en milieu de travail.

Toutefois, pour plusieurs organisations, cette ligne franche est difficile à tracer. Certains employés ont des feuilles de route et des réalisations impressionnantes. Une portion d'entre eux se montrent visionnaires, ont un charisme fou et de l'ambition,

Un des premiers symptômes à apparaître [conséquences organisationnelles] est souvent la détérioration du climat de travail dans une équipe. Il est aussi fréquent d'observer une baisse de motivation et de rendement des autres membres de l'équipe, qui n'ont plus l'espace requis pour se développer.

ou encore sont considérés comme étant des sommités dans des champs d'expertise extrêmement pointus. De manière générale, ces éléments sont fortement valorisés dans nos organisations, qui doivent, la plupart du temps, composer avec un environnement hyper compétitif où seuls les meilleurs, les plus fonceurs, se démarquent. S'ajoute à cela le travail pas toujours évident de recrutement des ressources spécialisées. Dans un tel contexte, il est difficile de ne pas tomber dans le piège de donner une place de choix aux gens les plus performants. Dans le meilleur des cas, ces employés sont de bons joueurs d'équipe et réussissent à élever le niveau de performance et l'enthousiasme des gens qui les entourent.

La réalité peut cependant être toute autre : après une courte phase de charme, les attitudes particulières de la personne créent souvent des tensions dans les équipes, et des conflits prennent forme, menant à un chaos fort difficile à encadrer. De différents auteurs cités en référence, nous pouvons tirer la liste suivante d'attitudes et de comportements reconnus comme étant toxiques et ayant des conséquences potentiellement néfastes s'ils se produisent sur une base répétitive :

- Chercher l'attention ou la reconnaissance des autres en permanence.
- Exiger le respect des règles sans les respecter eux-mêmes (p. ex. exiger la ponctualité tout en étant systématiquement en retard).
- Avoir des comportements arrogants et hautains, particulièrement avec des personnes dont le statut est perçu comme étant « moindre ».
- Affirmer que seuls des gens spéciaux ou de « haut niveau » peuvent les comprendre.
- Exiger qu'on réponde à leurs besoins prioritairement, en tout temps.
- Se positionner en expert sur la majorité des sujets et écouter très peu les contributions des autres.
- Exiger des standards très élevés ou impossibles à atteindre, ce qui fait en sorte que les autres ne se sentent jamais à la hauteur.

- Prendre des risques importants, sans considération pour les autres.
- S'appropriier le travail des autres (en s'attribuant le mérite pour un travail produit par quelqu'un d'autre).
- Interrompre presque systématiquement les autres.
- Réagir intensément à la critique, soit de manière défensive ou agressive.
- Avoir énormément de difficulté à admettre leurs erreurs ou à offrir des excuses sincères.
- Projeter leurs erreurs ou leurs travers sur les autres.
- Charmer et séduire en public, puis intimider, bouder et critiquer en privé.
- S'entourer de gens qui les admirent, les tiennent en haute estime, leur sont soumis.

Lorsque ces manières d'être et de faire apparaissent de façon récurrente et rigide, elles peuvent correspondre aux critères proposés par le *DSM-5* pour décrire un style de personnalité narcissique (American Psychiatric Association [APA], 2013 ; APA, 2015).

Les conséquences organisationnelles liées à la tolérance de ces attitudes et comportements sont importantes et ne doivent pas être négligées. Un des premiers symptômes à apparaître est souvent la détérioration du climat de travail dans une équipe. Il est aussi fréquent d'observer une baisse de motivation et de rendement des autres membres de l'équipe, qui n'ont plus l'espace requis pour se développer. À force d'être toujours dans l'ombre, déstabilisés, critiqués et jugés, ils finissent souvent par s'éteindre. Il s'agit là d'un terrain délicat, puisque ce type de manifestations peut mener collègues et gestionnaires à poser rapidement des étiquettes de « pervers narcissique » ou autre diagnostic similaire. Cet acte diagnostique étant réservé aux professionnels formés, il est important de se garder des jugements hâtifs et généralisés, puisque plusieurs contextes, périodes de vie ou profils peuvent favoriser et même justifier des gestes autocentrés. C'est pourquoi nous préférons travailler avec le concept de comportements malsains récurrents et inflexibles.

Cela étant dit, nous avons avantage à reconnaître et à recadrer de façon précoce les attitudes et les comportements narcissiques qui pourraient contribuer à la détérioration du climat de travail et de la performance organisationnelle. Dans le contexte organisationnel actuel, où la collaboration et l'innovation reposent sur la capacité de mettre en commun les forces et les talents de chacun et chacune, dans un contexte d'apprentissage continu, ces comportements problématiques représentent un risque réel pour le développement et la santé des individus et des organisations.

Que peut-on faire pour soutenir les personnes en organisation ?

Lorsqu'on soupçonne une problématique

Il est important que les gestionnaires, les experts en ressources humaines et les psychologues du travail prennent toute plainte au sérieux, sans parti pris, lorsqu'on leur rapporte des faits qui correspondent aux attitudes et comportements toxiques dans les équipes. Pour les cliniciens, il peut aussi être utile de poser des questions à leur client sur certaines facettes de leur expérience au travail pour mieux déceler l'impact potentiel d'une personne ayant des traits narcissiques préoccupants. Voici quelques questions à poser pour identifier les symptômes à rechercher :

- La personne dont vous nous parlez est-elle très admirée par certains alors que d'autres sont plutôt silencieux ou ambigus lorsque questionnés à son propos ?
- Semble-t-il y avoir des souffre-douleur au sein de l'équipe ?
- La personne dont il est question attribue-t-elle toujours le blâme à des sources externes ?
- Des conflits ont-ils éclaté là où l'harmonie régnait auparavant ?
- Des membres de l'équipe qui étaient performants semblent-ils être en train de perdre leurs moyens ?
- Les réunions d'équipe sont-elles dysfonctionnelles ?
- Quels impacts concrets tout cela semble-t-il avoir sur le bien-être, la culture organisationnelle et la performance individuelle et collective ? Est-ce que le bien-être, la culture organisationnelle ou la performance individuelle et collective se sont détériorés ?

Notons qu'il est fréquent d'observer une certaine omerta dans les équipes où œuvrent les gens aux comportements narcissiques, étant donné que les collègues se sont mis en mode protection par crainte de conséquences fâcheuses. Il faut savoir que ces individus profitent souvent de l'estime de la direction, qu'ils ont su charmer et qui n'a pas la proximité requise pour constater les impacts des comportements répréhensibles au quotidien. C'est pourquoi il faut y aller avec finesse et rigueur. Il est aussi primordial pour l'intervenant en milieu de travail de rester discret et de paraître neutre lors de cette phase, car si la personne mise en cause soupçonne une enquête, elle risque de faire tout en son pouvoir pour : 1) camoufler ou expliquer élégamment ses gestes,

Le dossier devra être bien étoffé, tant pour intervenir auprès de la personne de façon objective et constructive que pour soutenir les équipes touchées ou pour aller chercher des appuis auprès de la haute direction lorsqu'un différend risque de se judiciairiser.

ce qui risque de nuire à l'objectivité de l'intervenant ; 2) trouver une façon de discréditer l'intervenant ou le processus, minant ainsi le pouvoir d'agir de ce dernier.

Si la situation problématique se confirme, il est important de démarrer rapidement un dossier administratif afin d'y documenter les observations et les mesures mises en place ainsi que les risques organisationnels. Le dossier devra être bien étoffé, tant pour intervenir auprès de la personne de façon objective et constructive que pour soutenir les équipes touchées ou pour aller chercher des appuis auprès de la haute direction lorsqu'un différend risque de se judiciairiser. Documenter l'écart entre les comportements attendus et ce qui est observé sur le terrain facilitera le travail des gestionnaires et de leurs conseillers si des mesures plus importantes doivent être mises en place (plan d'amélioration de la contribution au climat, mesures disciplinaires, etc.).

Auprès de la personne ayant des comportements narcissiques malsains

La qualité du partenariat établi pour à la fois soutenir et encadrer la personne qui a des comportements dérangeants peut être déterminante : ce partenariat doit se fonder sur une présence empathique et une écoute attentive. C'est seulement si ce qui est crucial à ses yeux est entendu et reflété que la personne sera ouverte à réfléchir et à agir sur ce qu'on lui propose de modifier. Et c'est souvent ici que le bât blesse, le processus semblant contre-intuitif : le système, tant les coéquipiers que les gestionnaires, a souvent accumulé de fortes réactions – contentieux d'émotions, d'opinions et de jugements – face à la personne et, par contagion émotive, en vient à ne voir que ce qui lui est défavorable. Il est alors « tentant » de la diaboliser. Ce mécanisme limite l'accès à l'empathie nécessaire et utile pour établir l'encadrement requis. Il devient rapidement un obstacle dans lequel le système se retrouve pris en otage, coincé dans une boucle qui s'autoentretient et paraît insoluble.

La posture empathique dont il est question facilite l'établissement du plan de match. D'abord, elle ne s'exerce pas au détriment des objectifs de performance. En laissant de la place à l'expression et à la reconnaissance des forces, des aspirations, des valeurs et des intérêts de la personne, les fondements d'un lien de confiance et d'un cadre de gestion peuvent s'établir. Sur ce socle qui tient compte du meilleur de la personne, les comportements inacceptables qui ne seront plus tolérés ainsi que les comportements attendus peuvent être nommés et discutés dans une ouverture qui n'aurait pas été possible sans cette qualité relationnelle. Les conséquences du non-respect des comportements attendus peuvent ainsi être clarifiées et, surtout, elles devront être appliquées à toute nouvelle infraction.

Comme nous l'avons dit en introduction, il est fréquent que les personnes qui présentent les attitudes et comportements répétitifs et inflexibles que nous décrivons ici possèdent un niveau

Ce passage du « je » au « nous » sera [...] exigeant et peu satisfaisant pour les personnes qui présentent des traits narcissiques plus rigides. [O]n pourra trouver sage de privilégier des postes qui mettront davantage en valeur leur expertise [...] tout en leur évitant la gestion quotidienne de personnes.

d'expertise élevé et qu'elles soient reconnues dans certaines de leurs sphères professionnelles. Dans le domaine du développement du leadership, on sait que le fait de passer d'un rôle d'expert à un rôle de gestionnaire comporte de grands défis qui mettront à l'épreuve la flexibilité du futur gestionnaire et sa capacité à bien soutenir ses troupes dans leur développement et dans l'exercice de leurs fonctions. Ce passage du « je » au « nous » sera d'autant plus exigeant et peu satisfaisant pour les personnes qui présentent des traits narcissiques plus rigides. Selon ce qui aura pu être documenté au fil de leur parcours, on pourra trouver sage de privilégier des postes qui mettront davantage en valeur leur expertise – mandats spéciaux, projets de développement, etc. – tout en leur évitant la gestion quotidienne de personnes.

Toutefois, il y aura lieu de considérer mettre fin à l'emploi de la personne fautive si ses comportements nuisibles persistent après un processus d'accompagnement et disciplinaire fait dans les règles de l'art. Il s'agit là d'un geste aux conséquences graves, mais qui envoie aussi un message puissant aux membres de l'organisation sur le type de culture et d'environnement de travail que l'organisation souhaite leur offrir. Dans ce contexte, les propos tenus plus haut sur la tenue du dossier administratif prennent encore plus de sens et de pertinence. Par ailleurs, lorsque la situation se dégrade, l'organisation doit être soucieuse d'offrir au gestionnaire tout le soutien nécessaire – équipe des ressources humaines, conseillers juridiques, conseillers spécialisés – et de soigner son partenariat avec les représentants syndicaux.

Une chose est certaine : il est impératif d'agir, et rapidement. Plus vite on encadre la situation, moins l'équipe risque de perdre de bons collaborateurs qui pourraient quitter le navire en vue de trouver un climat plus sain et plus productif ailleurs.

Auprès des collègues et employés aux prises avec de telles situations en milieu de travail

Les membres des équipes sont en général rapidement perturbés par des attitudes ou comportements de nature narcissique de la part de collègues, d'employés ou de gestionnaires. Toutefois, vu la phase de charme initiale et les techniques de manipulation souvent utilisées, ils souffrent souvent longtemps et en silence, n'étant pas certains de leur lecture de la situation, ni des appuis qu'ils recevront auprès de la direction ou au sein de l'organisation. Lorsqu'ils finissent par faire part de leur malaise, les niveaux de détresse, d'exaspération et de confusion sont souvent relativement

élevés. Ainsi, voici quelques techniques et stratégies que nous avons testées sur le terrain. Elles sont utiles pour aider à y voir plus clair, à se protéger et à agir adéquatement.

- D'abord, se mettre en **mode observation** pour mieux déceler les stratégies relationnelles utilisées par la personne aux traits narcissiques. Vous rapporte-t-on qu'elle se fait voir sous son meilleur jour en public, pour ensuite être taciturne ou de mauvaise humeur en privé ? Passe-t-elle rapidement de la valorisation au dénigrement ? A-t-elle tendance à ignorer, dévaluer ou intimider les gens au statut « inférieur » ? Vous informe-t-on qu'elle a tendance à réagir fortement lorsqu'elle perçoit une menace ? Si la réponse à plusieurs de ces questions est oui, il ne faut pas hésiter à inciter la personne qui vous rapporte ces propos à se mettre en **mode protection**. À court terme, puisque les personnes utilisant des comportements narcissiques malsains ont tendance à charmer un grand nombre de collègues et de patrons, on se met souvent à risque si l'on tente de les démasquer trop rapidement. Si la personne qui vous consulte à ce sujet a confiance en ses supérieurs et qu'ils semblent eux aussi voir la dynamique relationnelle qui se joue, invitez-la à leur confier ses préoccupations.
- Même si c'est très difficile, il est important de **garder son calme et de laisser transparaître le moins de réactions possible**, car les personnes aux traits narcissiques ont tendance à se nourrir des réactions émotives des autres et à vouloir les susciter pour mieux exercer leur contrôle. Voici quelques stratégies à utiliser :
 - Se préparer mentalement avant de participer à des rencontres et se mettre dans un état aussi calme que possible. Toutes techniques qui aident à se calmer et à se centrer – visualisation, méditation, respiration – sont des pratiques à utiliser !
 - Il peut être bénéfique de prendre un recul et de se mettre en contact avec ce que Bessette et Gran (2019) nomment le « duo empathie et réalité ». Par exemple, il peut être utile de savoir que, paradoxalement, derrière les comportements narcissiques parfois grandioses se camoufle une très faible estime de soi. Cette compréhension aide à ne pas tout prendre sur ses épaules et à conserver son humanité et le lien. Se souvenir que les personnes qui présentent ces traits particuliers ont plus de difficulté que la moyenne à gérer le stress et à s'adapter au changement aide à adopter ce regard. Le fait d'observer avec fascination ce qui se passe aide à ne pas réagir sous le coup de l'émotion, à voir les choses sous un autre angle et à se centrer davantage sur les réalités des rôles et responsabilités au travail tout en restant connecté à l'autre.
 - Lors d'interactions avec des personnes aux tendances narcissiques, **rester concis**. Face à des critiques, il est important de ne pas se mettre en mode justification ou

argumentation. Dans la même veine, mieux vaut éviter tout aller-retour par courriel. S'il y a attaque, il est préférable d'indiquer qu'on fera des vérifications et qu'on leur reviendra dans un deuxième temps. Cela donne le temps d'évaluer s'il s'agit d'une demande à laquelle on doit absolument donner suite et, si oui, de pouvoir se préparer à y répondre de façon juste et brève.

- Dans la mesure du possible, mieux vaut **éviter de contredire ou de critiquer** une personne qui démontre des attitudes narcissiques.
- Il peut être utile de **reformuler simplement** et avec attention ce qui a été communiqué, dans le but de démontrer à l'autre son empathie et son écoute. Il s'agit de prendre une bonne respiration et de dire : « Si je résume... ». Cette stratégie fonctionne aussi lors de crises. C'est une technique exigeante qui demande de garder son sang-froid, mais qui fonctionne généralement bien.
- Face à des manques de respect flagrants, il peut être tout à fait approprié de **mettre fin à la conversation** en disant : « Je pense que ça va être difficile d'avoir un échange productif aujourd'hui. » Si la personne ne se calme pas, on peut quitter la rencontre en proposant de se reprendre à un autre moment.
- Malgré ses manières déplaisantes avec certains et éblouissantes avec d'autres, la personne aux tendances narcissiques possède sans doute de grandes qualités. **Lui témoigner son admiration ou lui donner de la rétroaction positive** sur la base de ses qualités peut aider à diminuer ses défenses. Dans la mesure où cette personne a besoin d'une attention constante, sourire et acquiescer est une bonne façon de lui donner l'attention dont elle a besoin, sans interagir davantage. Évidemment, il s'agit là de stratégies à utiliser à court terme, mais qui finissent par user à long terme, surtout si l'on accumule des frustrations en lien avec la situation.

Toutes ces techniques visent à rendre moins vulnérables les personnes touchées par ce genre de situation. Généralement, lorsque les personnes qui manifestent des attitudes et des comportements narcissiques sentent qu'elles ont peu d'emprise sur quelqu'un, elles tournent leur regard ailleurs. Cela vous demande d'abord de prendre conscience de la contagion émotionnelle systémique qui colore le contexte, ce qui donnera alors du temps et de l'espace pour réfléchir aux actions à poser. Vos clients se demanderont : « Dois-je changer de poste ou d'emploi ? Y a-t-il des alliés qui ont un réel pouvoir de changer les choses ? Puis-je me référer à une politique et à un processus de plainte que je pourrais utiliser en toute confiance ? Ai-je la force et l'aide nécessaires pour régler la situation sans y perdre ma peau ? » Il s'agit de questions fort pertinentes à explorer afin de choisir l'intervention la plus juste et qui tient compte de la capacité individuelle et organisationnelle.

Un autre conseil important à donner, celui-ci inspiré de Margaret « Meg » Wheatley (2017), est de s'entourer le plus possible de beau, de bon et de sain. Il peut être puissant d'aider la personne à se rappeler ce qui est important pour elle et à réfléchir à ses propres compétences et qualités ! S'entourer d'amis et de membres de la famille authentiques et bienveillants, de beauté et d'histoires qui font du bien peut s'avérer très protecteur. Attention également à l'expression en continu de ses frustrations, qui entretiennent les affects douloureux et rendent plus difficile l'accès à l'énergie et aux solutions requises pour composer avec la situation. Bien que cela fasse du bien au premier abord et qu'il puisse être essentiel de déposer ses doléances auprès de proches et de professionnels, il peut être bénéfique de rappeler l'utilité des pratiques pouvant aider à retrouver un état plus serein : exercice, bouffée d'air frais, nourriture saine, bains chauds, fous rires, nombre d'heures de repos suffisant, contact avec la nature, etc.

Il peut être utile de fournir aux gestionnaires des incitatifs liés à la rétention de leur personnel ainsi qu'à la mise en place de coaching, de mentorat et de développement professionnel. Ces mesures favorisent habituellement le soutien, la collaboration et la bienveillance.

Prévenir plutôt que guérir : des conditions organisationnelles favorables à mettre en place

Finalement, un levier important concerne les systèmes et les conditions à mettre en place au sein des organisations afin qu'elles soient moins susceptibles d'être touchées par une telle problématique.

D'abord, il peut être utile de fournir aux gestionnaires des incitatifs liés à la rétention de leur personnel ainsi qu'à la mise en place de coaching, de mentorat et de développement professionnel. Ces mesures favorisent habituellement le soutien, la collaboration et la bienveillance. De la même façon, il est souhaitable de récompenser le travail et les résultats d'équipe plutôt que les accomplissements individuels. Il faut éviter de renforcer les individus fautifs avec des primes de rendement ou des promotions : ces pratiques envoient à toute l'organisation un signal à la fois clair et contre-productif selon lequel les comportements toxiques sont acceptables, tolérés, voire valorisés dans la culture organisationnelle. L'impact démobilisant de ce type de geste sur les employés engagés peut être majeur.

Évidemment, il vaut mieux prévenir que guérir ! Voici d'autres pistes, inspirées de notre pratique, qui peuvent éviter bien des maux aux organisations :

- Mise à jour des politiques qui touchent de près ou de loin les comportements attendus en milieu de travail.

- Clarification des valeurs d'entreprise, traduction de ces valeurs en comportements attendus et en qualités à démontrer et renforcement de ces comportements. Les valeurs explicites et les pratiques qui misent sur la transparence, la collaboration et la bienveillance sont des terreaux qui conviennent moins aux personnes ayant des traits narcissiques.
- Formation de base sur la prévention de l'incivilité et l'intervention en pareil cas pour tout le personnel, et ateliers plus approfondis sur la gestion des comportements perturbateurs pour les cadres (p. ex. la création de codes d'équipe).
- Lors d'une entrevue d'embauche, si le candidat semble « trop beau pour être vrai », il est essentiel d'étudier sa candidature de façon rigoureuse et d'utiliser la période de probation pour observer les façons de faire et d'interagir.
- Ajustement du processus de gestion de la performance pour inclure dans les objectifs les attitudes et comportements attendus.

Conclusion

Plus que jamais, les gens souhaitent et exigent un environnement de travail sain dans lequel ils pourront s'épanouir. Des recherches semblent indiquer qu'au-delà de générer de bons sentiments, la civilité en entreprise est aussi salutaire pour la performance. En 2015, Google a publié les résultats d'une vaste étude, surnommée « Projet Aristote », qui a porté sur près de deux cents de ses équipes de travail et qui visait à comprendre pourquoi certaines équipes étaient plus productives que d'autres (Google, s. d.). Certains éléments prédictifs sont ressortis clairement, dont un espace psychologique sain pour travailler et interagir en toute

sécurité. Cette recherche a démontré que les équipes productives étaient composées de coéquipiers et de leaders bienveillants qui se soucient du bien-être des autres.

La consultante organisationnelle et écrivaine Meg Wheatley, auteure de *Leadership and the New Science* et lauréate en 2014 du Lifetime Achievement Award de l'International Leadership Association, aborde, dans un récent ouvrage (2017), une question fondamentale à propos du leadership : au cœur des défis auquel le monde est actuellement confronté, qu'est-ce qu'un **leadership sain** ?

Sa réflexion présente un leadership axé sur la foi inébranlable dans la capacité des gens à être généreux, créatifs et bienveillants. L'auteure invite chacun dans ses fonctions à créer les conditions – ce qu'elle a appelé des « *Islands of Sanity* » – pour que ces qualités et capacités s'épanouissent, à l'abri de l'environnement extérieur. La plupart des organisations ont répondu ces dernières années à l'obligation légale de produire une politique contre le harcèlement et l'incivilité et de former leur personnel à reconnaître les contextes nocifs. Moins nombreuses sont celles qui ont poussé plus loin la réflexion sur l'antidote : se serrer les coudes collectivement pour entretenir un milieu de travail hors du commun où chacun peut être au mieux et s'épanouir dans un écosystème attrayant. Même dans les circonstances les plus difficiles, plein de belles choses deviennent possibles lorsque les gens s'engagent ensemble avec compassion et discernement, en déterminant eux-mêmes la meilleure voie à suivre. Voilà un argument de plus pour nous donner le courage d'intervenir devant les comportements perturbateurs et ainsi d'assurer des lendemains plus heureux et plus productifs pour tous.

LA RÉGULATION AFFECTIVE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE : UNE COMPÉTENCE ESSENTIELLE EN PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

D^{re} Monique Bessette,
Ph. D., psychologue

Une recension des écrits cliniques et scientifiques (Bessette, 2012) révèle qu'une souffrance contre-transférentielle considérable est associée au traitement des troubles de la personnalité. Celle-ci peut culminer dans la terreur, la haine ou l'indifférence envers le client, et l'incapacité du thérapeute à conscientiser cette expérience. Des contre-transferts positifs problématiques existent aussi, tels l'idéalisation du client ou le désir de le sauver à tout prix. Le présent chapitre aborde la régulation affective du psychothérapeute, c'est-à-dire sa capacité d'accueillir, de mentaliser et d'utiliser ce vécu douloureux dans l'intervention au lieu de se sentir inadéquat comme professionnel.

Les défis de la relation avec la clientèle

La dynamique du trouble de la personnalité s'articule autour du besoin de dissocier des affects intensément douloureux, entre autres par l'adoption de comportements autodommageables et d'attitudes aversives pour autrui. Par exemple, les clients narcissiques qui cherchent à imposer leurs exigences et affichent une attitude supérieure provoquent souvent de l'exaspération ou intimident leur thérapeute.

L'identification projective telle que Melanie Klein l'avait définie à l'origine (Segal, 2011) était un processus strictement individuel et intrapsychique (Bateman, 1995; Tansey et Burke, 1995). Les théoriciens des relations d'objet ont par la suite fait évoluer ce concept au rang de phénomène interactif et bidirectionnel impliquant deux individus. Dans cette définition élargie de l'identification projective, la personne tente aussi de se débarrasser d'aspects d'elle-même qu'elle ne supporte pas de contenir. La personne sur qui est dirigée la projection est provoquée, dans le contexte d'une véritable relation, à interagir d'une manière compatible avec cette projection. La situation cesse d'être imaginaire et devient réelle quand le récepteur impliqué possède des parties non résolues qui ressemblent aux aspects projetés sur lui. Le psychisme de la personne qui est la cible de la projection doit donc être disposé à cette provocation interpersonnelle pour que l'identification projective se réalise (Adler, 2000).

Schore (2003) a mis en relation l'identification projective avec certains mécanismes neurobiologiques. S'appuyant sur un large corpus d'études issues des neurosciences, l'auteur explique comment ce phénomène peut aboutir à une véritable « contagion émotionnelle », car il opère une transmission, non verbale et inconsciente, de l'état intérieur dissocié du client dans le psychisme du psychothérapeute. Puisque la dissociation des états affectifs est au cœur de la dynamique des clients souffrant de troubles de la personnalité, cette transmission d'affects est omniprésente dans la relation avec eux. Ces clients se sentent

facilement en danger d'être rejetés ou utilisés. Ils ont honte de leurs désirs légitimes que l'on prenne soin d'eux et s'attendent à ce qu'on les néglige. Ils ont tendance à percevoir qu'on les abandonne ou qu'on les trahit. Comme ils projettent leur rage et les parties les plus détestées d'eux-mêmes, ils nous traitent constamment comme si nous étions haineux, froids, sans valeur, incompetents, cupides et intentionnellement frustrants. Leurs oscillations rapides entre idéalisation et dénigrement ainsi que leur manque de gratitude contribuent aussi à notre expérience émotionnelle négative.

Lorsqu'il est débordé par la charge affective et les projections du client, le thérapeute fera exactement comme lui : il adoptera des comportements efficaces pour anesthésier sa souffrance, mais nuisibles pour le processus thérapeutique, car ils interrompent la fonction empathique. Ces passages à l'acte contre-transférentiels sont inévitables. Un thérapeute qui prétendrait n'être jamais affecté par les comportements destructeurs, ou par les efforts douloureux que le client fait pour l'atteindre, ne serait pas « neutre », mais indifférent, et offrirait un soi inauthentique pour modèle. L'article de Frederickson (1990) cité en référence en fait une démonstration clinique éloquent.

Toutefois, les passages à l'acte du thérapeute sont dangereux s'ils se cristallisent en attitudes stéréotypées qui donnent le ton à la relation. On risque alors de recréer avec le client les relations nocives et traumatisantes qui ont perturbé son développement. Cela favorise l'abandon prématuré du traitement, les impasses et les échecs thérapeutiques (Bateman, 2002; Bessette, 2012; Betan et Westen, 2009; Book, 1996; Brody et Farber, 1996; Cassorla, 2008; Cheval et al., 2009; Galloway et Brodsky, 2003; Rossberg et al., 2007).

La figure suivante illustre la synthèse personnelle que j'ai effectuée à partir d'une recension exhaustive des écrits sur les attitudes contre-transférentielles antithérapeutiques communes dans la clinique des troubles de la personnalité (Bessette, 2012).

Figure 1
Les passages à l'acte contre-transférentiels (Bessette, 2012)

Soumission Alimente l'escalade agressive du client	Contre-attaque Exacerbe l'humiliation du client	Séduction Empêche l'émergence et le traitement de la rage	Évitement Empêche le progrès	Désengagement Reproduit le rejet
Se sacrifier Dévouement excessif Soumission à des demandes inappropriées Rôle de martyr face aux attaques sadiques	Se venger Confrontations excessives Rigidité, froideur et autoritarisme exagérés dans l'utilisation du cadre Terminer prématurément le suivi ou transférer le client ailleurs	Amadouer Soutien, réassurance et compliments pour maintenir le transfert positif Posture de supériorité morale via l'accueil positif inconditionnel	Éviter Attitude exagérément réservée, distante et silencieuse Collusion pour éviter d'examiner certains enjeux « dangereux »	Abandonner Perte de l'espoir que le client puisse faire des efforts et aller mieux Détachement émotionnel marqué, pouvant aller jusqu'à l'évitement haineux et à rejeter le client dans les faits Désintérêt pouvant aller jusqu'à l'endormissement

Sources systémiques de contre-transfert

La conception que le thérapeute se fait de la pathologie, reflet de la culture professionnelle ou institutionnelle dans laquelle il évolue, influence son contre-transfert. Par exemple, le cliché voulant que « les clients porteurs d'un diagnostic de trouble de la personnalité limite sont incapables de changer et uniquement motivés à saboter » risque d'alimenter le vécu du clinicien qui se sent la victime impuissante de la passivité de son client.

L'étiquette de « client difficile » découle aussi du manque de formation et de supervision clinique appropriée pour soutenir les thérapeutes (Sampson, 2006). Le manque de connaissance de ce qu'implique réellement la clinique des troubles de la personnalité contribue aux attentes irréalistes, lesquelles amplifient le contre-transfert. Plusieurs professionnels croient au fond d'eux-mêmes qu'une fois devenus compétents à traiter cette clientèle ils seraient capables d'empêcher tout conflit d'émerger dans la relation thérapeutique, ou d'obtenir rapidement que le client cesse ses comportements autodestructeurs. Une fois détrompés, leur anxiété de performance diminue. Une culture organisationnelle dans laquelle on laisse entendre qu'on devrait pouvoir résoudre, dans un très court laps de temps, des problématiques à la fois sévères, complexes et chroniques, et qui justifie une couverture de services déficiente par des rationalisations pseudo-cliniques exacerbe la culpabilité du psychothérapeute et le doute honteux qu'il entretient sur ses compétences.

Le stress inhérent au milieu de travail du psychothérapeute rend sa régulation affective plus ardue. Certaines séquelles émotionnelles associées à la relation d'aide, étudiées à travers les concepts de traumatisme vicariant, fatigue de compassion et *burnout*, sont bien présentes dans la profession (Clarke et al., 2021; Hobaica et al., 2021; Maslach et Leiter, 2016; McCormack et al., 2018; Pirelli et al., 2020; Simionato et al., 2019; S. Simpson et al., 2019; Turnbull et Rhodes, 2021). Développer une culture de soutien et de bienveillance au sein des équipes serait bénéfique pour la régulation affective du psychothérapeute. La recherche soulève que les travailleurs de la santé manquent de compassion les uns envers les autres et que le harcèlement psychologique, l'épuisement professionnel et le roulement du personnel sont surreprésentés dans nos milieux (A. V. Simpson et al., 2020).

Le processus de régulation affective du thérapeute

Le contre-transfert recèle un formidable potentiel diagnostique et thérapeutique. L'identification projective nous donne accès, de façon très sentie, aux problèmes avec lesquels le client se débat, à ses scénarios relationnels intériorisés et à ses émotions dissociées (Betan et Westen, 2009; Book, 1996; Davidtz, 2007; Finell, 1985; Frederickson, 1990; Gabbard, 2010; Galloway et Brodsky, 2003; Holmqvist, 2001; Kernberg, 1994; Kulick, 1985; Masterson, 2015; McIntyre et Schwartz, 1998; Meyers, 1986; Rossberg et al., 2007; Searles, 1994; Shachner et Farber, 1997; Streaan, 2001; Tansey et Burke, 1995; Whitney, 1995).

Développer une culture de soutien et de bienveillance au sein des équipes serait bénéfique pour la régulation affective du psychothérapeute.

Tout comme le client doit apprendre à contenir sa détresse, nous avons avantage à apprendre à ressentir consciemment nos états contre-transférentiels désavoués, à tolérer la détresse qui vient avec le fait de s'abstenir d'un passage à l'acte, à les mentaliser et à les canaliser dans la création d'interventions thérapeutiques.

La régulation affective des identifications projectives n'est pas un trait stable que le thérapeute posséderait et qui se mobiliserait automatiquement pour résoudre le contre-transfert au moment même où il émergerait dans l'interaction. Ce serait plutôt un processus en trois étapes séquentielles, selon le modèle conceptuel de Tansey et Burke (1995) et l'étude de Bessette (2012). Je désigne ici ces étapes par les termes suivants : ressentir consciemment, mentaliser et canaliser dans la création d'une intervention.

Ressentir consciemment

Cette étape nécessite de prendre le temps de découvrir la perturbation de notre expérience intérieure, que celle-ci soit légère ou intense. Cela peut aller jusqu'à consentir à nous laisser envahir au point de pouvoir sentir, penser et partager les projections du client en tolérant des états douloureux, intenses ou étranges qui déstabilisent notre identité. Nous devons suspendre notre jugement autocritique et supporter de nous voir sous un jour défavorable : impuissant, effrayé, haineux, grandiose, etc. Même les impressions de confusion, de chaos et d'incapacité à penser clairement sont normales à cette étape.

Illustration clinique

Une cliente m'apprend qu'elle a réagi par une surdose médicamenteuse au fait que son nouveau patron ne lui dirait pas bonjour systématiquement le matin. Devant l'ampleur disproportionnée de ce comportement, je me sens impuissante et découragée. Je désespère d'être prise au sérieux par cette dame à qui j'ai maintes fois suggéré, en vain, d'expérimenter des stratégies d'apaisement quand une pulsion autodestructrice l'envahissait. Son passage à l'acte m'inflige une pointe d'humiliation, comme s'il signalait l'insignifiance de ma contribution. Durant cette séance, je fantasme toutes sortes d'interventions que je lui ferais en affichant une rectitude morale parfaitement hypocrite. J'imagine lui dire qu'elle ne semble pas engagée dans son traitement puisqu'elle ne met pas en pratique ce qui est suggéré. Ou que ce passage à l'acte démontre que cette thérapie ne réussit pas à l'aider malgré nos meilleurs efforts et qu'il ne serait pas éthique de la poursuivre.

Illustration clinique

Camille, une psychologue en début de carrière que j'accompagne en supervision, confie son exaspération envers un client qui exprime sa déception que la thérapie ne l'aide pas davantage. Elle réagit à ses demandes répétées d'expliquer le processus et de garantir des résultats. Se sentant constamment critiquée, mise au défi de se justifier, et ayant développé une peur grandissante d'être attaquée par ce client, elle est anxieuse avant leurs rencontres. « Depuis que je l'ai comme client, je me sens moins fière, je me sens inadéquate. Je sais que c'est irrationnel, mais j'ai l'impression que je vais rater ma carrière. » Elle avait pu tolérer l'émergence de ces affects douloureux et s'était abstenue jusqu'ici de lui renvoyer le blâme. Elle a envie de le confronter sèchement à ses attentes irréalistes en soulignant qu'il semble croire qu'un miracle va se produire sans qu'il ait lui-même à s'impliquer, et que c'est justement ce qui rend la thérapie improductive.

Mentaliser

Il s'agit à cette étape de prendre un recul réflexif tout en continuant de tolérer consciemment notre contre-transfert. Il va sans dire que les réactions contre-transférentielles peuvent refléter un large continuum de degrés de conscience et d'inconscience, mais qu'il est impossible d'accéder à une conscience ou une mentalisation totales de notre expérience. Néanmoins, une expérience de clarté, d'apaisement et d'empathie renouvelée envers le client marque l'aboutissement de cette étape.

En examinant la contribution de la dynamique du client à notre expérience, nous pouvons nous demander si la position qu'il nous pousse à prendre fait écho à son histoire familiale ou à la dynamique d'autres relations importantes dans sa vie. Ainsi, après avoir examiné ses propres sentiments de haine envers un client qui le dénigrait, Frederickson (1990) relate comment son contre-transfert lui a procuré une compréhension empathique de la manière dont le client s'était senti, enfant, avec son père qui le brutalisait.

Réfléchir à l'aide d'un modèle théorique capable de donner sens au matériel clinique chaotique est fort utile à cette étape. Quand ils bénéficient d'une supervision qui vise à les rendre plus conscients de leur contre-transfert, le normalise et fournit un modèle théorique permettant de comprendre la dynamique du trouble de la personnalité dans le contexte de la relation thérapeutique, les intervenants tempèrent leur contre-transfert négatif, sont plus empathiques et demeurent plus engagés dans le travail thérapeutique (Bessette, 2012; Robbins et Jolkovski, 1987).

Illustration clinique

Je réfléchis à la surdose de ma cliente à travers sa perspective à elle. Je pense à sa forte hypersensibilité au rejet, qui devait être à son apogée dans le contexte d'un nouvel emploi et d'une relation avec une figure d'autorité encore inconnue. Je me souviens de sa tendance, dont j'ai déjà fait les frais, à interpréter la neutralité (le patron qui oublie de la saluer) comme de la colère et du mépris. Je pense au fait que son travail est l'unique source d'estime de soi dans une vie par ailleurs isolée et inactive. J'imagine que cette femme a senti qu'elle perdait toute valeur personnelle puisque son patron ne la considérait pas et qu'elle était impuissante à se faire respecter, d'où sa spirale de panique, puis la surdose médicamenteuse pour la stopper. La concordance m'apparaît claire entre mon expérience d'impuissance, de désespoir et d'humiliation de ne pas être considérée et ce que ma cliente a pu ressentir encore plus intensément. Je me sens légère et motivée à la revoir.

Tenir pour acquis que le client a « mis » son état intérieur en nous est dangereux. Il importe tout autant d'examiner notre contribution personnelle, notamment de nous questionner sur les aspects de la relation thérapeutique qui ressemblent à la dynamique de notre famille d'origine et à celle de nos relations personnelles.

Par le passé, des données indiquaient qu'un grand nombre de psychothérapeutes auraient grandi dans des familles dysfonctionnelles marquées par une incidence plus élevée que la moyenne d'alcoolisme et de troubles mentaux, de négligence parentale ainsi que de parentification et d'abus sexuels dans l'enfance (Elliott et Guy, 1993; Groesbeck et Taylor, 1977; Guy, 1987; Miller, 1996; Nikčević et al., 2007; O'Connor, 2001; Sussman, 1992). Certains citent par ailleurs d'autres études qui laissent entendre que les thérapeutes expérimentés sont moins symptomatiques que les personnes de la population générale ou que d'autres professionnels ayant eux aussi un passé traumatique (Elliott et Guy, 1993; O'Connor, 2001; Sherman et Thelen, 1998). Malheureusement, l'intérêt pour l'état mental du psychologue clinicien, apparu dans les années 1980 (Floyd et al., 1998), semble s'être tari, car on ne trouve pas de recherches plus récentes sur le sujet.

Des auteurs qui se sont penchés sur la vie personnelle des psychothérapeutes ou qui ont étudié la résilience (Cyrulnik, 1999; Guy, 1987; Miller, 1996; O'Connell Higgins, 1994; Sussman, 1992) affirment que la profession de psychothérapeute peut être un tuteur de résilience sain pour ceux qui sont capables de travailler à leur croissance émotionnelle et de surmonter leur souffrance personnelle. C'est lorsque nos motivations et nos blessures restent inexplorées que nous risquons davantage de vivre un épuisement professionnel ou d'exploiter nos clients (Farber, 1983;

Guy, 1987 ; O'Connell Higgins, 1994 ; Stadler et al., 1988 ; Sussman, 1992). Avec l'expérience, la psychothérapie personnelle et la supervision clinique sont reconnues comme les modalités les plus importantes pour la compétence du psychothérapeute (Barnett, 2008 ; Norcross, 2005).

Illustration clinique

J'avais observé que Camille se sentait facilement dévalorisée. Elle me décrivait les « attaques » du client ou son « insatisfaction » comme beaucoup plus dénigrantes que ce que je percevais moi-même dans les enregistrements de leurs entretiens. Je trouvais pour ma part les critiques du client assez modérées, dénuées d'accusations dirigées contre elle. Après que je lui ai souligné cette divergence, elle a développé sur la dynamique de sa famille d'origine, dans laquelle une règle tacite interdisait de critiquer ouvertement, afin que tout paraisse toujours harmonieux. Elle avait intériorisé que critiquer était monstrueux et risquait de briser la relation. Son expérience de se sentir attaquée découlait davantage de ses propres conflits que de la dynamique du client.

Après avoir analysé la contribution de sa tendance personnelle à se sentir inadéquate et dénigrée par la critique, Camille a considéré celle du client. Un aspect saillant de sa dynamique était de se sentir honteusement inadéquat s'il n'arrivait pas à régler tout problème rapidement. De l'histoire familiale, elle savait que sa mère l'attaquait quand il montrait une imperfection. En réfléchissant à leur contribution respective, elle réalise que son client ne l'attaque pas autant qu'elle l'avait ressenti. Elle comprend son insistance à questionner la thérapie et à obtenir des garanties comme des tentatives d'éviter l'autocritique sévère intériorisée dans son enfance. Se sentant elle-même moins menacée, elle peut concevoir qu'il revive dans la relation thérapeutique le danger d'être attaqué par elle s'il se montre vulnérable ou incapable de résoudre ses difficultés. Les perceptions et les émotions de sa propre expérience contre-transférentielle l'aident à comprendre celles du client.

Réfléchissant à la relation thérapeutique, elle prend conscience qu'elle se protégeait, entre autres, par une surabondance de questions d'exploration. Incapable de travailler sur les enjeux authentiques de son client (anxiété de performance, honte et peur d'être attaqué) tant qu'elle était elle-même prise dedans, elle lui demandait de décrire comment il se sentait et pourquoi, tout comme il insistait pour qu'elle lui réexplique et justifie la thérapie. Elle peut saisir qu'il se sentait probablement encore plus inadéquat et jugé par ces questions. De plus, l'accent sur la recherche de liens de causalité (« Pourquoi vous sentez-vous ainsi ? ») mobilisait l'intellect des deux parties et créait une distance au détriment de la découverte et du partage de l'expérience émotionnelle du client.

La profession de psychothérapeute peut être un tuteur de résilience sain pour ceux qui sont capables de travailler à leur croissance émotionnelle et de surmonter leur souffrance personnelle.

Canaliser dans la création d'une intervention utile au processus thérapeutique

Tansey et Burke (1995) proposent que le processus de régulation du contre-transfert est synonyme de « processus empathique », qu'il s'agit d'un phénomène interpersonnel et que, par conséquent, il englobe un échange avec le client. Cet échange vise à ce que le client prenne conscience de son fonctionnement psychologique d'une manière expérientielle, au moyen d'une intervention dans laquelle le psychothérapeute communique la compréhension empathique qu'il a recueillie de la régulation de son contre-transfert. Comme il existe une infinité de façons pour chacun de conscientiser son expérience affective ainsi qu'une diversité de modèles théoriques pouvant contribuer à l'étape de mentalisation du contre-transfert, les possibilités pour la formulation de telles interventions sont innombrables. D'où le terme *création* dans le titre choisi pour désigner cette dernière étape. Les exemples qui suivent ne sont donc que des créations personnelles parmi d'autres, à l'intersection de ma sensibilité et de mes référents théoriques du moment.

Illustration clinique

Une dame avec un trouble de la personnalité limite sévère était sur le point de me faire confiance et de s'engager plus à fond dans la thérapie. Au lieu d'utiliser ma boîte vocale confidentielle, elle laisse un message sur le répondeur auquel tout le personnel administratif et tous mes collègues ont accès. Elle annonce qu'elle met fin à son suivi, et tient des propos fort dénigrants sur ma personne.

J'ai la sensation qu'elle vient de lâcher une bombe. Je suis frustrée qu'elle me prive de la gratification du travail accompli avec elle et d'une suite prometteuse. Je suis déroutée par ce revirement incompréhensible. Je me trouve stupide d'avoir cru une alliance possible avec une personne dont la méchanceté (elle me dénigre publiquement) m'inspire du dégoût. L'idée de la rejeter en prenant acte de sa décision sans même la rappeler est attrayante.

En utilisant ce que je sais de sa dynamique, je l'imagine envahie de honte et d'anxiété chaque fois qu'elle entre dans mon bureau. Honte que je la voie comme elle se voit, c'est-à-dire méprisable et détestable. À surveiller le danger que je la mette à la porte, faisant tomber le masque qui cachait le mépris et l'indifférence

qu'elle me prête. Avec ses quatre autres thérapeutes, elle avait toujours réussi à provoquer le rejet. Dans notre relation, elle dévalorise la thérapie, mes qualités humaines et ma capacité à l'aider depuis le début, mais elle vient de « monter le volume » considérablement. Je comprends que je lui rends la vie difficile en résistant à ses mises à l'épreuve plus longtemps que mes prédécesseurs, sa terreur que je la laisse tomber si elle me faisait confiance, son besoin de sentir qu'elle peut contrôler le danger d'être anéantie par mon abandon en la provoquant elle-même, et que je la prive de cette sécurité. Cette peur est encore plus grande depuis qu'elle commence à s'attacher à moi et à croire qu'une aide est possible grâce aux progrès qui commencent à poindre. La connaissant, j'imagine qu'elle regrette déjà son message impulsif mais a trop honte pour me rappeler.

Je relance la cliente pour lui proposer de venir discuter de sa décision, ce qu'elle accepte avec empressement. Je lui parle de son dilemme entre, d'une part, son désir de donner une chance à la thérapie, à son attachement naissant pour moi et à l'espoir suscité par ses progrès, et, d'autre part, la terreur que cela déclenche. Je reconnais que ma persistance à ne pas la rejeter la prive de son moyen habituel de régler son ambivalence. J'interprète son besoin de me repousser pour se protéger de la honte, de la peur d'être méprisée et abandonnée, et de l'épuisement qui vient avec l'impression constante de marcher dans un champ de mines, ne sachant jamais quand la bombe de mon rejet va exploser. Parce que je comprends tout cela, lui dis-je, ses insultes ne m'ont pas atteinte personnellement. Mais j'ajoute que je ne suis pas une sainte : si elle persiste dans ses attaques destructrices contre ma personne ou la thérapie, inmanquablement le jour viendra où elle parviendra à m'affecter et à obtenir que je la rejette. Je vois passer sur son visage un soulagement évident au moment où je lui dis : « Vous avez quand même le pouvoir de détruire notre relation. » Puis, elle m'avoue candidement : « J'ai fait exprès de dire des choses méchantes pour que vous me repoussiez. Je ne les pense pas vraiment. »

Illustration clinique

D'être assistée, en supervision, à travers les étapes du processus de régulation a aidé Camille à se dégager de la peur d'approcher les émotions de son client. Elle peut maintenant comprendre, expérimenter et s'approprier les interventions que je lui suggère. Camille communique au client qu'elle comprend l'importance de son besoin d'être rassuré, qu'il fait tout son possible pour sortir de ses difficultés. Il craint de ne pas avoir le discernement de s'investir dans une thérapie vraiment efficace. L'exacerbation de ce besoin est interprétée comme cohérente avec l'enjeu intérieur : dès qu'il perçoit qu'il ne performe pas assez vite ou assez bien, il semble se sentir inadéquat, honteux et en danger de perdre la considération des autres. Ses demandes insistantes

d'explications et de garanties sont parfaitement compréhensibles dans ce contexte, de même que sa déception et son anxiété : il aimerait voir des progrès rapides pour être rassuré qu'il ne gâchera pas sa vie. Si elle n'est pas jugée, la subjectivité du client est toutefois recadrée : « Au risque de vous décevoir et de vous frustrer, même si je comprends que vous le vivez ainsi, en réalité, avec le type de difficultés que vous avez, il est impossible de voir des changements significatifs rapidement, même quand on a un excellent potentiel. »

Contrairement aux exemples que nous avons donnés jusqu'ici, certains troubles de la personnalité se manifestent par l'évitement plutôt que par des comportements spectaculaires ou explosifs. Le masochisme des clients qui s'agrippent à un style de vie passif et autosaboteur peut également constituer un énorme fardeau psychique pour le psychothérapeute (Kernberg, 2003 ; Yeglich, 1998). Ces clients peuvent susciter un contre-transfert négatif intense en dépit de leur politesse, de leur douceur et de l'absence d'opposition ouverte dans la relation thérapeutique.

La régulation affective du psychothérapeute comme mécanisme d'action de la psychothérapie

La régulation affective du thérapeute est déterminante pour sa capacité à fournir des expériences émotionnelles correctrices en contredisant les attentes du scénario relationnel pathologique, par exemple l'attente de ma cliente que je me comporte avec mépris et indifférence en sautant sur l'occasion qu'elle me donnait de la rejeter.

L'identification projective permet au psychisme du thérapeute de servir d'« appareil de digestion » des dynamiques et des affects toxiques, inconscients et indésirables, que le client dissocie et projette sur le thérapeute puisqu'il n'arrive pas à les réguler (Bateman, 1995 ; Cassorla, 2008 ; Fonagy et al., 2010 ; Frederickson, 1990 ; Hansen, 1994 ; Kulick, 1985 ; Masterson, 1983 ; Schamess, 1981 ; Tansey et Burke, 1995 ; Waska, 2000 ; Wheelis et Gunderson, 1998). La régulation du thérapeute permet au client de « déposer » ses sentiments primitifs horribles et ses schémas relationnels pathologiques dans la relation thérapeutique. Le thérapeute lui démontre alors comment ils peuvent être compris, apprivoisés et maîtrisés. Si le thérapeute atteint un état dans lequel il est à la fois utilisé pour porter les projections du client et capable de retenir une représentation claire et cohérente de sa propre réalité, il peut alors aider le client à ressentir consciemment des aspects dissociés de son expérience sans être seul au monde et submergé par l'anxiété. Le thérapeute transmet une perspective nouvelle et moins menaçante de la réalité, que le client pourra réintérioriser. C'est ainsi que ce dernier réaménage graduellement ses représentations de lui-même, d'autrui et de la vie.

Illustration clinique

Après trois ans de passages à l'acte transférentiels ininterrompus, la relation thérapeutique avec un jeune homme est devenue très conflictuelle pendant plusieurs mois. Nous sommes passés très près d'une rupture en raison de ma difficulté à supporter sa haine et son attitude de mépris et de rejet à mon égard. Il ne cessait de me confronter aux « faits » prouvant mon insensibilité, ma cupidité, mon sadisme. Il me reflétait que la psychothérapie ne l'aidait pas, et que l'attachement pathologique qu'il avait développé à mon égard n'avait fait que rendre sa vie encore plus infernale en devenant sa principale source de souffrance.

Durant cette période tendue, mon client me racontait que le psychiatre pharmacologue lui suggérait de changer de psychologue en soulignant qu'un tel attachement pathologique ne s'était jamais produit avec lui, possiblement grâce à la supériorité de son cadre sur mon présumé manque de limites. J'avais eu à m'expliquer, cette fois directement, à une autre professionnelle de l'équipe soignante, qui me demandait s'il n'était pas préférable que notre client change de psychothérapeute vu ce qu'il rapportait de l'état de notre relation. Je me trouvais dans une position semblable à la facette dominante de la représentation de soi de mon client : mon abjection était exposée, et il était souhaitable de m'exclure. J'étais devenue la cause des problèmes de notre famille thérapeutique, tout comme on le blâmait dans sa famille d'origine.

De mon côté, j'en parlais régulièrement avec une collègue de confiance qui m'aidait à réguler mon contre-transfert. J'atteignis un point culminant lorsque pendant plusieurs jours je perdis tout contact avec l'affection et le dévouement que j'avais ressentis pour lui pendant des années. J'étais habitée par ce sentiment : si je me laisse aller à l'aimer, si je poursuis la relation thérapeutique, il va me faire tellement mal, il va détruire ma qualité de vie.

Heureusement, nous avons pu résoudre ensemble cette impasse, réinstaurer un « momentum » thérapeutique et, avec le recul, en discuter dans un climat de complicité. Voici des extraits choisis de ce qu'il m'a exprimé à propos de cette période qu'il nomme « quand je vous insultais ».

« Plusieurs fois, je me souviens, je vous envoyais promener. Je vous faisais exactement ce que mes parents me faisaient. Je n'étais vraiment pas conscient de tout ça. Je portais vraiment des intentions au moindre de vos regards, comme je faisais avec mes parents qui me jugeaient tout le temps. C'est moins intense, mais ça m'arrive encore de croire que si vous ne me rejetez pas, c'est parce que vous vous en fichez.

Depuis que j'ai commencé à vous dire que j'avais peur et que j'étais fâché parce que j'imaginai ce que vous pensiez dans votre tête, le dire en mots au lieu d'insinuer, j'ai moins peur de ce qui peut arriver dans la séance.

J'étais plus que terrifié d'être authentique. Quand je suis plus authentique avec vous, vos réactions me donnent envie de m'exposer, même si c'est encore très difficile de me sentir honnête et insignifiant devant vous. Vu que vous ne me rejetez pas, ça m'aide à oser être un peu authentique avec mes amis et au travail. J'ai fini par vous croire quand vous dites que ce n'est pas tout le monde qui agit comme mes parents. Aussi, quand je fais une erreur, si je ne suis pas à la hauteur, ou si j'ai un conflit, ce n'est plus un drame.

Dans ce temps-là, je luttais beaucoup pour être capable de me passer de vous. Mais là, j'ai tellement peur de vous perdre [fond en larmes]. »

Si le thérapeute atteint [cet] état [régulation affective] [...], il peut alors aider le client à ressentir consciemment des aspects dissociés de son expérience sans être seul au monde et submergé par l'anxiété.

Conclusion

Dans la conception moderne du contre-transfert, on reconnaît que les réactions affectives du thérapeute ne sont pas nécessairement négatives, mais qu'elles peuvent faciliter ou non le processus thérapeutique. Elles sont considérées comme une importante source d'informations utiles pour comprendre les dynamiques inconscientes du client. Les écrits sur la psychothérapie du trouble de la personnalité limite et des troubles narcissiques encouragent abondamment le psychothérapeute à prendre conscience de son contre-transfert et à le gérer efficacement au lieu de le minimiser, de l'ignorer et de donner l'étiquette de « client difficile ». Le rationnel qui sous-tend cette recommandation est que la prise de conscience, l'analyse et la régulation du contre-transfert sont cruciales pour l'alliance et l'efficacité thérapeutiques dans le traitement des troubles de la personnalité. En revanche, il est dangereux de négliger le contre-transfert, car il peut se manifester par des comportements et des attitudes qui nuisent au processus thérapeutique. Dans une perspective intersubjective, ce n'est pas le client en soi qui rend le traitement difficile, mais plutôt l'interaction négative entre le client et le psychothérapeute. Plusieurs clichés du « client difficile » élaborés par les psychothérapeutes et leur réticence à le traiter pourraient être basés sur un contre-transfert qu'ils ne réalisent pas.

LA NEUROPSYCHOLOGIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

D^r Jean Gagnon,
Ph. D., psychologue et
neuropsychologue,
et **M^{me} Asmara Awada,**
M. Sc.

Introduction

Il y a plus de 30 ans que la neuropsychologie s'intéresse aux troubles de la personnalité. Forte de ses relations étroites avec les neurosciences cognitives et sociales, ses paradigmes expérimentaux évoluent rapidement en parallèle avec une accumulation impressionnante de données. Notre but sera d'illustrer de quelle manière la neuropsychologie apporte un point de vue unique et complémentaire aux autres champs de la psychologie, en décrivant brièvement les profils cognitifs associés aux troubles de la personnalité. Le trouble de la personnalité limite (TPL) ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études, nous y consacrerons la plus grande partie de notre chapitre; nous ferons ressortir les mécanismes explicatifs possibles sous-jacents à ses grands domaines de dysfonctionnement. Seront ensuite abordés l'apport des études neuropsychologiques à la caractérisation du trouble de la personnalité antisociale (TPA) et de la psychopathie et à la différenciation entre ceux-ci, puis les études neuropsychologiques sur les troubles de la personnalité schizotypique (TPS), narcissique (TPN) et obsessionnelle-compulsive (TPOC), dont l'intérêt est tout récent et appelé à grandir. Nous terminerons par les limites de la neuroscience (incluant la neuropsychologie) dans l'étude des troubles de la personnalité.

Le trouble de la personnalité limite

Données et modèles neurobiologiques

Les études sur la neurobiologie du TPL ont fait appel à la tomographie par émission de positrons (*PET scan*), à la spectroscopie par résonance magnétique (*MRS*) et à l'imagerie par résonance magnétique structurale (*MRI*) et fonctionnelle (*fMRI*) pour identifier les corrélats neurobiologiques du trouble. Comparativement aux participants contrôles sains ou cliniques, plusieurs structures cérébrales des patients avec TPL seraient l'objet d'anomalies ou de dysfonctionnements, dont certains apparaissent centraux (voir Ruocco et Carcone, 2016). L'amygdale aurait des concentrations altérées de créatine (neurométabolite facilitant la production d'énergie) et un volume réduit de matière grise, et son niveau d'activation en réponse à des stimuli émotionnellement négatifs ou neutres serait augmenté. Pour leur part, le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal auraient des concentrations altérées de N-acétylaspartate (NAA; neurométabolite) et de glutamate (neurotransmetteur), alors que ces mêmes structures (cortex cingulaire antérieur et cortex préfrontal) ainsi que l'hippocampe auraient un volume réduit de matière grise et un niveau d'activation réduit en réponse à des stimuli négatifs. L'amygdale est une structure du système limbique sensible à la valence (négative et positive) des informations sensorielles (Janak et Tye, 2015) et serait impliquée dans le traitement de la pertinence d'un stimulus dans un contexte donné selon les buts et la motivation de la personne (Cunningham et Brosch, 2012). Véritable « détecteur d'événements pertinents », son rôle chez l'humain ne se limiterait pas au traitement des stimuli aversifs, comme l'indiquaient les premières données obtenues chez l'animal, mais inclurait le traitement de la pertinence des événements sociaux (Sander et al., 2003). Le cortex cingulaire antérieur, faisant également partie du système limbique, serait notamment impliqué dans la détection des erreurs et le traitement des conflits entre régions cérébrales, et signalerait la nécessité d'exercer un contrôle accru (Bush et al., 2000). Le cortex préfrontal jouerait quant à lui un rôle de contrôle exécutif sur les structures sous-corticales du système limbique (Stuss, 1992) comme l'hippocampe, structure impliquée dans la mémoire contextuelle et émotionnelle (Phillips et LeDoux, 1992). Outre ces changements structuraux et fonctionnels, d'autres études menées auprès de patients avec TPL ont rapporté des niveaux de concentration de cortisol supérieurs au niveau de base chez les femmes et chez les hommes en situation de stress social, laissant supposer une dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (*hypothalamic-pituitary-adrenal axis* [HPA]), lequel régit la réponse physiologique corporelle au stress (voir Ruocco et Carcone, 2016).

Les modèles neurobiologiques du TPL (Brendel et al., 2005; Ruocco et Carcone, 2016) conçoivent qu'une dysfonction de l'axe HPA peut être responsable des altérations structurales et fonctionnelles observées chez ces patients et qu'une histoire de

maltraitance ou un stress post-traumatique peuvent contribuer à ces altérations. La suractivation de l'amygdale et la sous-activation du cortex préfrontal sont généralement interprétées comme le reflet d'une difficulté à recruter les structures cérébrales responsables du contrôle cognitif pour moduler les réponses émotionnelles. Enfin, parmi les facteurs qui favorisent le développement du TPL, il y aurait des influences réciproques entre déficits neurobiologiques, traumatismes précoces, difficultés parentales à moduler la régulation affective de l'enfant, et déficits de ce dernier sur le plan de ses capacités psychologiques comme la mentalisation et l'intégration adaptative des représentations de soi et de l'autre (Brendel et al., 2005).

La suractivation de l'amygdale et la sous-activation du cortex préfrontal sont généralement interprétées comme le reflet d'une difficulté à recruter les structures cérébrales responsables du contrôle cognitif pour moduler les réponses émotionnelles.

Domaines pathologiques

Impulsivité

Les études neuropsychologiques du TPL peuvent se regrouper autour de trois grands domaines pathologiques : impulsivité, dysrégulation émotionnelle et difficultés interpersonnelles. Transposés en langage neuropsychologique, les comportements impulsifs autodommageables du TPL peuvent se comprendre comme des perturbations de certaines fonctions exécutives nécessaires pour contrôler ses actions, prendre des décisions avantageuses à long terme et s'adapter à un environnement changeant (Gagnon, 2015). D'abord, en tant que fonction exécutive dite « froide » (n'impliquant pas de processus affectifs), la plus près des modèles biologiques, et conçue comme un endophénotype (caractéristique liée à la génétique) possible du TPL (Ruocco et al., 2012), l'inhibition de réponse correspond à la capacité de retenir une action avant qu'elle ne soit posée ou encore de la supprimer alors qu'elle est en cours d'exécution (Friedman et Miyake, 2004). Cette fonction est typiquement évaluée par les tâches *go/no-go* et *signal-stop* (Gagnon, 2015). Bien qu'élémentaire, le succès de cette fonction dépend de l'intégration d'un ensemble de fonctions auxiliaires (attention soutenue, détection de conflits, déplacement de l'attention, monitoring des erreurs) qui font intervenir un circuit cérébral impliquant des régions corticales (aire motrice supplémentaire, cortex frontal inférieur) et sous-corticales (noyau caudé, noyau sous-thalamique) [Bari et Robbins, 2013]. Une majorité d'études (dont Rentrop et al., 2008) ont démontré que les patients avec TPL commettaient davantage d'erreurs de commission dite impulsive (répondre aux stimuli *no-go*) que les participants

contrôles sains. Des études en imagerie cérébrale laissent entrevoir une baisse de la sérotonine dans la voie corticostriatale (gyrus frontal médian, gyrus cingulaire antérieur, gyrus temporal, striatum), associée aux erreurs de commission (Leyton et al., 2001), une augmentation de l'activité cérébrale dans la région de l'amygdale et une diminution de celle du cortex préfrontal durant les conditions d'inhibition et d'émotion négative (Silbersweig et al., 2007), ou encore le recours à un circuit neuronal différent chez les patients avec TPL comparativement aux participants contrôles sains pour inhiber avec succès les réponses prépondérantes (Völlm et al., 2004). Ces résultats sont aussi corroborés par des données électroencéphalographiques (EEG; composante *Nogo-P3*) sensibles aux erreurs de commission (Ruchsow et al., 2008).

Une majorité d'études (dont Rentrop et al., 2008) ont démontré que les patients avec TPL commettaient davantage d'erreurs de commission dite impulsive (répondre aux stimuli *no-go*) que les participants contrôles sains.

De manière générale, les personnes impulsives sont davantage intéressées par l'idée de profiter des conséquences positives immédiates de leurs actions que par celle d'éviter les conséquences négatives à long terme (Madden et Bickel, 2010). Par exemple, dans le cas des personnes avec TPL, un abus de substance peut réduire momentanément les affects négatifs mais poser un danger à long terme pour la santé (Bornovalova et al., 2005). Pour qu'une personne évite les conséquences négatives à long terme, elle doit contrôler la satisfaction immédiate de ses désirs, et cela implique une composante motivationnelle à l'inhibition dans ses prises de décision (Bari et Robbins, 2013). Prendre une décision avantageuse nécessite également d'apprendre de ses erreurs (Bechara et al., 2000) et d'être sensible aux indices qui signalent la probabilité d'un résultat négatif ou positif (Bari et Robbins, 2013). Le premier type de décision s'évalue à partir de la tâche de dévaluation temporelle (contrôler le désir d'une satisfaction immédiate) et de la tâche d'apprentissage par évitement passif (inhiber une réponse qui a été précédemment punie), alors que le second type de décision s'évalue au moyen des tâches de casino d'Iowa (apprendre les associations de récompense et de punition pour guider les décisions en cours de tâche) et de Cambridge (prendre la décision de miser une somme d'argent en tenant compte des chances de réussir) [Gagnon, 2015]. Étant donné son rôle dans l'apprentissage et la récupération des informations affectives qui guident nos décisions, le cortex préfrontal ventromédian serait impliqué dans la réussite de ces tâches (Clark et al., 2004). Une majorité d'études ont montré que les personnes avec TPL préféraient une petite récompense immédiate à une plus grande après délai

à la tâche de dévaluation temporelle (Lawrence et al., 2010), n'arrivaient pas à inhiber une réponse qui avait été punie auparavant à la tâche d'apprentissage par évitement passif (Hochhausen et al., 2002), ou prenaient des décisions désavantageuses aux tâches de casino lorsqu'elles devaient apprendre des rétroactions positives ou négatives (Legris et al., 2012) ou même lorsque ces rétroactions étaient rendues immédiates (Bazanis et al., 2002) ou explicites (Svaldi et al., 2012). Des données provenant de mesures EEG (composante *feedback-related negativity*) viennent également appuyer la difficulté des patients avec TPL à utiliser les rétroactions pour éviter les conséquences négatives de leurs décisions (Schuermann et al., 2011).

Dysrégulation émotionnelle

Une tendance à porter attention aux menaces de notre environnement, des intrusions de pensées négatives dans notre mémoire de travail ou encore une accessibilité accrue aux souvenirs traumatiques en mémoire épisodique sont autant d'hypothèses pour comprendre les déficits neuropsychologiques sous-jacents à la dysrégulation émotionnelle du TPL. Certaines études ayant fait appel à la tâche du Stroop émotionnel (dont Sieswerda et al., 2007) ont montré que les patients avec TPL étaient plus lents que les participants contrôles cliniques pour nommer la couleur d'un mot lorsque celui-ci était en lien avec l'un des schémas cognitifs du TPL comparativement à des mots de valence négative ou neutre, ce qui semble indiquer la présence d'un biais attentionnel à l'égard de ces stimuli. D'autres études (dont Korfine et Hooley, 2000) ont montré à partir du paradigme d'oubli dirigé que les patients avec TPL avaient un rappel mnésique comparable à celui des participants contrôles sains pour les mots dont ils devaient se souvenir mais qu'ils rappelaient plus de mots que ces derniers dans la condition d'oubli, c'est-à-dire les mots qu'ils devaient pourtant oublier. Cet effet a été observé seulement sur les mots dont le thème était saillant pour les patients avec TPL (abandon, rejet), ce qui laisse supposer une difficulté à résister aux intrusions de pensées négatives ou encore à inhiber leur répétition en mémoire de travail (Korfine et Hooley, 2000). Enfin, dans le test de mémoire autobiographique demandant aux participants de rappeler des souvenirs spécifiques de leur vie à partir de mots-indices (*apprécier, solitude, arbre*), des études ont montré que les patients avec TPL rapportaient plus de souvenirs de type général par opposition au type spécifique lorsque les indices étaient négatifs (Jones et al., 1999), et que leurs souvenirs spécifiques avaient une tonalité négative et contribuaient à la prédiction d'un nombre plus élevé de comportements suicidaires et parasuicidaires (Startup et al., 2001). Ces résultats donnent à penser que le rappel de souvenirs plus généraux pourrait servir de stratégie de régulation affective pour les patients avec TPL afin qu'ils ne soient pas confrontés à des souvenirs spécifiques déclenchant un épisode d'automutilation (Startup et al., 2001).

Le courant de recherche le plus important sur la dysrégulation émotionnelle nous vient des études sur la perception des émotions utilisant des stimuli variés en modalité visuelle (expressions faciales) ou auditive (scripts). D'après ces études, les patients avec TPL auraient une sensibilité accrue à l'égard des stimuli émotionnels qui conduirait à augmenter ou altérer leur détection des émotions dans certaines situations (Lynch et al., 2006). Une méta-analyse regroupant dix études portant sur la reconnaissance des expressions faciales a indiqué que, comparativement aux participants contrôles, les patients avec TPL obtenaient des résultats inférieurs dans la détection des visages avec expression neutre, de colère ou de dégoût (Daros et al., 2013). L'interprétation de ces déficits repose souvent sur des explications neurobiologiques. L'amygdale serait responsable de déterminer, dans un premier temps, la valence émotionnelle des expressions faciales, mais la différenciation parmi différentes expressions négatives (p. ex. colère, dégoût, rejet) reviendrait dans un second temps au cortex préfrontal (Adolphs, 2002). Cette structure (amygdale) serait également impliquée dans le traitement des stimuli nouveaux, ambigus ou menaçants, ce qui semble être le cas pour les visages neutres chez les patients avec TPL (Ruocco et Carcone, 2016). Toutes ces explications semblent cohérentes avec un ensemble d'études en imagerie cérébrale ayant démontré que, durant la perception de stimuli de valence négative (les données sont variables pour les stimuli neutres), et ceci en comparaison avec les participants contrôles, les patients avec TPL auraient une activation cérébrale augmentée dans certaines régions comme l'amygdale, et une activation diminuée dans d'autres régions comme le cortex cingulaire antérieur (voir Ruocco et Carcone, 2016). Un autre courant de recherche s'est intéressé cette fois au recrutement des systèmes neuronaux durant l'application d'une stratégie de régulation émotionnelle comme la réévaluation (penser à une situation d'une autre manière dans le but de réduire son impact émotionnel) [Gross, 2002]. Bien que des résultats contradictoires aient été trouvés, les données actuelles tendent à démontrer que les régions nécessaires au contrôle émotionnel durant la stratégie émotionnelle seraient moins activées et que l'effet de désactivation de l'amygdale serait moins grand (voir Ruocco et Carcone, 2016).

Difficultés interpersonnelles

La contribution de la neuropsychologie au domaine des relations interpersonnelles dysfonctionnelles du TPL apparaît plus modeste que celle apportée aux deux autres domaines pathologiques. En effet, peu de mécanismes neuropsychologiques ont été avancés jusqu'à maintenant pour rendre compte de manière spécifique des difficultés dans les relations interpersonnelles caractérisées par des relations intenses et instables ainsi que des perceptions erronées des autres (p. ex. biais négatifs). Par exemple, comparativement aux participants contrôles sains, les patients avec TPL auraient davantage de difficultés à l'une des fonctions du système attentionnel antérieur responsable des

Une tendance à porter attention aux menaces de notre environnement, des intrusions de pensées négatives dans notre mémoire de travail ou encore une accessibilité accrue aux souvenirs traumatiques en mémoire épisodique sont autant d'hypothèses pour comprendre les déficits neuropsychologiques sous-jacents à la dysrégulation émotionnelle du TPL.

capacités d'autorégulation, soit la capacité à résoudre un conflit entre des réponses dans l'atteinte d'un but (Posner et al., 2002), et le niveau de sévérité des patients sur une mesure de cette fonction serait associé à différents aspects de la pathologie limite (identité diffuse, défenses primitives), mais pas aux difficultés interpersonnelles (Hoermann et al., 2005). Il est probable que la contribution des études neuropsychologiques est appelée à grandir avec les outils empiriques que nous offre maintenant la neuroscience sociale pour vérifier des hypothèses sur le fonctionnement social du TPL. Par exemple, à partir de la tâche du jeu de confiance (*trust game*), il a été possible d'observer que les patients avec TPL diminuaient leurs gestes de confiance envers un partenaire avec qui ils doivent décider d'investir ou non une mise d'argent fictif (Unoka et al., 2009) ou encore, avec le paradigme *Cyberball*, d'observer une réponse neurophysiologique chez les participants avec TPL, semblant indiquer une altération dans leur traitement de l'inclusion sociale. En effet, alors qu'une augmentation de l'amplitude de la composante Pb3 était observée dans la condition d'exclusion sociale tant chez les participants contrôles sains ou cliniques que chez les participants avec TPL, seuls ces derniers ont montré une augmentation de cette composante dans la condition d'inclusion sociale. En outre, une réduction de la différence entre les réponses neurophysiologiques obtenues dans les deux conditions était associée à des attentes plus élevées de rejet social (Gutz et al., 2015). Toutefois, les recherches dans ce domaine du TPL semblent se caractériser davantage par l'étude des relations réciproques entre des concepts issus de différents cadres théoriques, dont le tempérament, la personnalité et les neurosciences. Par exemple, il a été montré qu'une plus grande sensibilité au rejet permettait de prédire des traits plus élevés du TPL, mais seulement chez les personnes qui ont un score bas à un questionnaire mesurant le contrôle volontaire (*effortful control*), un aspect du tempérament se définissant par la capacité présente dès l'enfance de surmonter de manière volontaire les réactions automatiques et habituelles en faveur de réponses moins dominantes mais plus appropriées à la situation (Ayduk et al., 2008). D'autres études ont mis en évidence le fait que les déficits d'inhibition des participants avec TPL étaient davantage prononcés lorsque les stimuli émotionnels faisaient référence à leurs concepts de soi en relation avec les autres (Gagnon et al., 2019), ou encore l'existence de

relations significatives entre des processus d'inhibition et certains mécanismes de défense dits immatures (Gagnon, Quansah et McNicoll, 2022), comme le clivage (Gagnon, Quansah, Saleh et Levin, 2022).

En outre, il est possible de se questionner sur les liens qui existent entre les trois domaines de dysfonctionnement du TPL, soit l'impulsivité, la dysrégulation émotionnelle et les difficultés interpersonnelles. En effet, plusieurs études (dont Selby et Joiner Jr., 2008) ont tenté d'identifier la composante centrale du TPL qui alimente toutes les autres. Les résultats de ces études demeurent toutefois contradictoires. De manière moins fréquente, le domaine des troubles de l'identité a aussi été avancé comme étant une composante centrale du TPL (Becker et al., 2002). Soulignons enfin que des données préliminaires indiquent qu'une manipulation de la cohésion de l'identité peut influencer les performances à une tâche d'inhibition de réponse chez des participants présentant différents niveaux de traits TPL (Aldebert et Gagnon, sous presse).

Le trouble de la personnalité antisociale et la psychopathie

Bien que la distinction n'apparaisse pas encore dans la nouvelle nomenclature du *DSM-5*, chercheurs et cliniciens reconnaissent que le TPA et la psychopathie représentent deux entités cliniques distinctes avec possibilités de chevauchement (Dolan, 2012). Alors que les deux troubles se caractérisent par des comportements antisociaux et impulsifs, la psychopathie (possiblement en tant que forme plus sévère du TPA) se distingue par ses infractions plus sévères ainsi que par des déficits émotionnels, dont l'indifférence (*callous*) et l'absence d'empathie (*unemotional*) [R. J. R. Blair et White, 2013]. En outre, la psychopathie, en tant qu'ensemble de traits de personnalité, peut être conçue sur un continuum allant des traits infracliniques retrouvés dans la population générale jusqu'aux traits sévères retrouvés dans la population carcérale (Savard et al., 2014). La contribution de la neuropsychologie a été principalement de concevoir et d'étudier le profil cognitif distinct des deux troubles. Toutefois, cet objectif comporte le défi méthodologique d'étudier la psychopathie de manière indépendante du TPA étant donné que la majorité des psychopathes, du moins en milieu carcéral, sont aussi porteurs d'un TPA (Hare, 2003). Une solution envisagée a été de construire des modèles neuroanatomiques permettant d'identifier des fonctions liées à des structures neuroanatomiques spécifiquement associées à chaque trouble, puis de tester ces modèles par des études d'imagerie cérébrale et de neuropsychologie.

Selon le modèle des systèmes émotionnels intégrés (R. J. R. Blair, 2007), les gestes et expressions faciales (particulièrement les yeux) d'un individu servent à communiquer son état émotionnel, mais surtout de stimuli inconditionnels dans les apprentissages émotionnels des personnes les percevant. Ainsi, les expressions et actions de peur, de tristesse, de douleur et de dégoût d'une

Plusieurs études (dont Selby et Joiner Jr., 2008) ont tenté d'identifier la composante centrale du TPL qui alimente toutes les autres. Les résultats de ces études demeurent toutefois contradictoires.

autre personne vont être associées à un renforcement aversif chez l'observateur, alors que celles de joie vont faire l'objet d'un renforcement positif. L'amygdale serait impliquée dans les apprentissages émotionnels liés aux expressions de peur et de tristesse, l'insula, pour celles du dégoût et de la douleur, et le cortex frontal inférieur, pour celles de la colère. Les informations concernant les attentes de renforcement positif ou négatif seraient envoyées au cortex préfrontal ventromédian, qui aurait le rôle de représenter ces informations et de les considérer dans la prise de décision sociale et morale. Selon ce modèle, dans la psychopathie, les fonctions de l'amygdale et du cortex préfrontal ventromédian seraient perturbées, ce qui entraînerait une perte de la capacité à apprendre et à répondre à la peur, à la tristesse et à la douleur des autres. Au contraire, les fonctions de l'insula et du cortex frontal inférieur seraient préservées et permettraient un apprentissage et une réponse aux expressions de dégoût et de colère. Enfin, la perturbation de la fonction du cortex préfrontal ventromédian expliquerait la facilité qu'ont les psychopathes à transgresser les normes sociales, celles-ci n'ayant pas acquis la force émotionnelle requise pour les arrêter de poser des gestes à leur avantage lorsque ceux-ci peuvent blesser les autres. Plusieurs méta-analyses sur les études d'imagerie cérébrale menées auprès des individus antisociaux (TPA et psychopathie) se sont centrées sur des régions d'intérêt découlant des modèles théoriques comme celui de Blair (2007). Dans l'ensemble, les données demeurent peu convaincantes. Certaines méta-analyses ont révélé une réduction structurale et fonctionnelle de certaines structures cérébrales, comme le cortex préfrontal (Yang et Raine, 2009) et l'amygdale (Birbaumer et al., 2005; Gordon et al., 2004; Harenski et al., 2010; Marsh et Cardinale, 2014), alors qu'une méta-analyse récente ayant eu recours à une approche prenant en compte l'ensemble du cerveau (par rapport à certaines régions d'intérêt) a révélé que la psychopathie était associée à une augmentation de l'activité cérébrale des cortex préfrontal, pariétal et temporal, incluant l'amygdale (Deming et Koenigs, 2020).

Les études neuropsychologiques ont fait principalement appel à des tests sensibles à une dysfonction des régions dorsolatérale et ventromédiane du cortex préfrontal. Tandis que la région dorsolatérale médierait certaines fonctions exécutives comme la planification, l'inhibition et la mémoire de travail (Smith et Jonides, 1999), les régions ventromédiane et ventrolatérale seraient particulièrement impliquées dans le contrôle des comportements socio-émotionnels et la capacité d'apprendre à inhiber un comportement qui n'est plus renforcé alors qu'il l'était

auparavant (renversement de réponse) [Clark et al., 2004]. Dans l'ensemble, la littérature tend à démontrer que les personnes avec TPA présenteraient des troubles touchant une plus grande étendue de fonctions exécutives, soit celles attribuées aux fonctions des cortex préfrontaux dorsolatéral et ventromédian/ventrolatéral, ce qui expliquerait leurs comportements impulsifs et leurs crimes souvent mal planifiés (voir Dolan et Park, 2002). Pour leur part, les individus psychopathes présenteraient des troubles plus spécifiques aux fonctions de la région ventromédiane/ventrolatérale, ce qui expliquerait la violence de leurs comportements et leur incapacité d'éviter de poser des gestes qui ont été punis antérieurement (voir K. S. Blair et al., 2006). Alors que les études précédentes ont comparé des individus psychopathes avec des participants contrôles sains, ou encore des personnes avec TPA avec des participants contrôles sains en vérifiant l'effet ajouté de la psychopathie, une étude récente a comparé, d'une part, des personnes avec TPA (dont 46 % étaient porteuses de psychopathie) à des participants présentant d'autres troubles de la personnalité (sauf TPA) et à des participants contrôles sains, et, d'autre part, des personnes avec psychopathie (dont 89 % étaient porteuses de TPA) à des participants sans psychopathie (dont 47 % étaient porteurs de TPA) et à des participants contrôles sains (Baliouis et al., 2019). Les résultats ont montré que les personnes avec TPA rencontreraient des difficultés dans toutes les tâches des fonctions exécutives ainsi que dans celles de la mémoire visuelle à court terme, de la mémoire de travail et de l'attention, alors que les participants psychopathes auraient des difficultés spécifiques à l'attention, à la planification complexe, au contrôle inhibiteur et au renversement de réponse. En somme, on peut retenir que le profil clinique des psychopathes semble plus restreint que celui des personnes TPA, mais que les caractéristiques neuropsychologiques des deux profils ressortent plus ou moins clairement selon la méthodologie utilisée et le degré de chevauchement entre les troubles dans les échantillons.

Le trouble de la personnalité schizotypique

Le TPS est un trouble de la personnalité qui s'apparente phénotypiquement à la schizophrénie et qui est caractérisé par des distorsions cognitives et perceptuelles, un inconfort et une capacité réduite à établir et maintenir des relations, et des comportements excentriques. Le TPS comprend trois dimensions : la dimension positive (distorsions cognitives et perceptuelles), la dimension négative (capacités affectives et interpersonnelles réduites) et la dimension désorganisée (pensées et comportements désorganisés et atypiques). La cognition fait donc partie intégrante du TPS. Des anomalies dans les régions des cortex préfrontal et temporal ont été observées et seraient associées à des déficits modestes sur des fonctions cognitives spécifiques, contrairement au déficit cognitif global et plus sévère que l'on retrouve dans la schizophrénie (Mitropoulou et al., 2005). Des déficits sont observés sur la mémoire, notamment la mémoire de travail (Harvey et al., 2006; Mitropoulou et al., 2005), l'appren-

tissage (McClure et al., 2007) et les fonctions exécutives (Trestman et al., 1995). Certains auteurs suggèrent que les atteintes cognitives dépendraient de la dimension prédominante du trouble. Ainsi, les fonctions exécutives seraient atteintes quand la dimension négative prédomine (Siddi et al., 2017; Suhr et Spitznagel, 2001), et la mémoire, quand la dimension positive prédomine (Siddi et al., 2017). De plus, des différences ont été observées comparativement au groupe contrôle dans l'activité cérébrale qui sous-tend les activités cognitives lors du test de classement de cartes du Wisconsin et d'une tâche de mémoire prospective (Buchsbaum et al., 1997; Wang et al., 2014), et ce, même quand la performance sur une tâche est normale (Wang et al., 2014).

Le TPS est donc caractérisé par un fonctionnement cognitif altéré qui est accompagné par des anomalies structurales et fonctionnelles dans les cortex préfrontal et temporal. Celles-ci entraîneraient des déficits cognitifs spécifiques dans les fonctions qu'ils sous-tendent et qui accompagneraient les différentes présentations du trouble.

Dans la psychopathie, les fonctions de l'amygdale et du cortex préfrontal ventromédian seraient perturbées, ce qui entraînerait une perte de la capacité à apprendre et à répondre à la peur, à la tristesse et à la douleur des autres. Au contraire, les fonctions de l'insula et du cortex frontal inférieur seraient préservées et permettraient un apprentissage et une réponse aux expressions de dégoût et de colère.

Le trouble de la personnalité narcissique

Le TPN est un trouble de la personnalité caractérisé par des difficultés à réguler l'estime de soi (Pincus et al., 2009). Il peut s'exprimer sous différentes formes, soit le narcissisme grandiose et le narcissisme hypervigilant, qui représentent le fruit de différentes stratégies de régulation intra- et interpersonnelles utilisées pour maintenir et protéger l'estime de soi. Le soi est central dans le TPN, autant sur le plan psychologique que sur le plan neurophysiologique. Face à un stimulus aversif tel qu'un bruit fort, une réponse physiologique moindre a été observée dans le TPN (Kelsey et al., 2001; Kelsey et al., 2002), alors qu'une réponse physiologique élevée serait présente face à des stimuli aversifs qui ont une forte implication personnelle, comme le rejet ou l'évaluation sociale (Edelstein et al., 2010; Sommer et al., 2009). La pertinence de l'événement pour soi semble donc centrale dans la réponse physiologique.

Les études d'imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle ont montré des associations entre le narcissisme, l'empathie et les cortex insulaire antérieur et cingulaire antérieur (voir Di Sarno et

[Dans le TPS, des] anomalies dans les régions des cortex préfrontal et temporal ont été observées et seraient associées à des déficits modestes sur des fonctions cognitives spécifiques, contrairement au déficit cognitif global et plus sévère que l'on retrouve dans la schizophrénie.

al., 2018). Or, ces deux régions font partie intégrante d'un réseau cérébral (réseau de saillance) qui attribue, détecte et filtre les informations saillantes, et recrute d'autres réseaux cérébraux pertinents pour le traitement de l'information, à savoir un réseau impliqué dans les fonctions cognitives traitant l'information extérieure (réseau central exécutif) et un réseau impliqué dans les processus autoréférentiels en absence de demandes cognitives (réseau du mode par défaut). Dans le TPN, durant les tâches d'empathie, l'activité des cortex insulaire antérieur et cingulaire antérieur augmente face à un stress lié au soi, et diminue face à un stress sans importance pour le soi (Di Sarno et al., 2018; Jauk et Kanske, 2021). Les informations liées à soi seraient donc plus saillantes dans le TPN, engageant les réseaux actifs du cerveau et produisant une réponse physiologique élevée. Les autres informations seraient moins saillantes, engageant les réseaux passifs et par défaut du cerveau et résultant en une absence de réponse physiologique attendue (Jauk et Kanske, 2021). Ce déséquilibre entraînerait des répercussions sur le fonctionnement cognitif et affectif.

Bien que les études sur le profil neuropsychologique du TPN ne soient pas nombreuses, des déficits de la cognition sociale ont été observés, notamment dans la reconnaissance des émotions et des expressions faciales d'autrui, dans la régulation de l'émotion et dans la capacité à rediriger son attention quand des informations contradictoires sur soi existent (Kowalski, 2014). Le TPN est aussi associé à des biais d'autocomplaisance dans les tâches cognitives (Kowalski, 2014) et à une sensibilité au *feedback* plutôt qu'à la performance réelle (Jauk et Kanske, 2021).

En somme, le TPN est associé à une grande préoccupation de soi sur les plans psychologique, neurophysiologique, cognitif et affectif. Bien que les données neurocognitives demeurent exploratoires, la pertinence pour le soi semble être un guide essentiel pour le traitement de l'information dans le TPN.

Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Le TPOC est un trouble de la personnalité caractérisé par une préoccupation omniprésente pour l'ordre, le perfectionnisme, les règles et le contrôle, et par une rigidité psychologique. Il semble impliquer les systèmes de dopamine et de sérotonine, et plusieurs régions cérébrales. Des différences structurelles et fonctionnelles ont été observées, notamment dans le précuneus,

le cortex insulaire, le noyau caudé, l'amygdale et le cortex cingulaire antérieur; elles sont associées à des déficits exécutifs dans la planification et la flexibilité mentale (Marincowitz et al., 2021).

Malgré un chevauchement important, les deux troubles étant associés à des déficits exécutifs (Marincowitz et al., 2021), le TPOC se différencie du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), qui est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions, qu'on ne retrouve pas nécessairement dans le TPOC, et ce dernier par des troubles d'organisation efficace des activités (Aycicegi-Dinn et al., 2009), qui ne sont pas forcément présents dans le TOC. Un modèle neuropsychologique suggéré postule que les symptômes comportementaux du TPOC (p. ex. préoccupation sur les détails, perfectionnisme) représenteraient une surcompensation mentale des déficits dans le contrôle exécutif (Aycicegi-Dinn et al., 2009).

En somme, les études semblent indiquer qu'une dysrégulation exécutive est centrale dans le TPOC. Cependant, des recherches sont nécessaires pour comprendre comment celle-ci se développe et si elle est la cause ou le résultat du trouble, tout comme pour déterminer si les caractéristiques du tableau dysexécutif du TPOC se comparent à celles des autres troubles de la personnalité.

Les limites des neurosciences dans l'étude des troubles de la personnalité

Malgré les nombreuses données existantes tant en imagerie cérébrale qu'en neuropsychologie, le paradigme des neurosciences présente plusieurs limites dans l'étude des troubles de la personnalité. D'abord, il faut se rappeler que les anomalies structurales et fonctionnelles observées en imagerie cérébrale sont possiblement le reflet de vulnérabilités neurobiologiques, mais ne sont pas la base neurologique des troubles de la personnalité ou de leurs symptômes. Ces données sont plutôt des corrélats neurobiologiques (et non des causes), des différences individuelles. De plus, les résultats des études en imagerie cérébrale sont fréquemment divergents : leurs échantillons sont petits (Marek et al., 2022), et les nombreux facteurs confondants plus ou moins bien contrôlés, comme la comorbidité entre les troubles de la personnalité, empêchent de se prononcer sur la spécificité des observations rapportées (Rosenthal et al., 2008). À l'inverse, le fait d'observer chez les patients avec TPL des « anomalies » frontolimbiques semblables à celles observées chez les patients dépressifs ou souffrant d'un stress post-traumatique (voir Brendel et al., 2005) nous rappelle que ces observations ne sont pas uniques aux troubles de la personnalité et encore moins à un trouble en particulier.

Les études neuropsychologiques font également face à des problèmes importants. D'abord, il faut mentionner les résultats contradictoires de plusieurs études sur l'inhibition de réponse (Jacob et al., 2010) ou les biais attentionnels et de mémoire

(Arntz et al., 2000; Arntz et al., 2002; Cloitre et al., 1996) dans le trouble de la personnalité limite, ou encore le fait que les conclusions peuvent concerner un sous-groupe de patients seulement (Hoermann et al., 2005). Le manque de contrôle d'une comorbidité avec le TDAH (Krause-Utz et al., 2013) ou avec le trouble d'abus de substance (Coffey et al., 2011) limite certainement les conclusions de plusieurs études sur les troubles de la personnalité.

Bien que la dysrégulation émotionnelle soit un symptôme central dans plusieurs troubles de la personnalité, la recherche sur les données neuropsychologiques et neurobiologiques qui s'y rattachent demeure une tâche compliquée. Pensons d'abord à la complexité du construit lui-même, qui en chapeaute plusieurs autres (p. ex. intensité affective, réactivité affective, instabilité affective, vulnérabilité émotionnelle) [Rosenthal et al., 2008] et pour lesquels on peut imaginer des associations avec plus d'un mécanisme neurobiologique ou neuropsychologique. Il y a également les trois composantes de la réponse émotionnelle (expérience subjective, activation physiologique, réponse motrice), qui conduisent à des résultats souvent contradictoires entre les données; par exemple, dans le cas des patients avec TPL, entre les données autorapportées (intensité et instabilité plus élevées) et psychophysiologiques (activation physiologique moins élevée) devant tous les types de stimuli (voir Rosenthal et al., 2008). Enfin, sur le plan conceptuel, les limites proviennent du cadre théorique de la régulation émotionnelle, qui n'est pas toujours compatible avec le modèle neuropsychologique, dans la mesure où ce dernier postule que des vulnérabilités cognitives sont antérieures aux stratégies de régulation émotionnelle (p. ex. déficits d'inhibition, anomalies cérébrales structurales et fonctionnelles) [Putnam et Silk, 2005].

De manière générale, les interprétations tirées des données neurobiologiques sont limitées par nos connaissances somme toute restreintes sur les fonctions assumées par les structures cérébrales faisant l'objet d'anomalie ainsi que par les inférences faites sur leurs rôles dans les troubles de la personnalité qui sont biaisées par nos modèles psychopathologiques. Posons-nous toujours les bonnes questions au cerveau, et les réponses que nous obtenons sont-elles interprétées avec les bons concepts? Le fait que le rôle de l'amygdale ou de toutes autres structures est étudié et interprété de différentes façons selon le trouble de la personnalité examiné nous amène à en douter. Quant aux observations des études neuropsychologiques, elles sont directement tributaires des instruments utilisés, et le choix de ceux-ci change avec l'évolution des paradigmes scientifiques. Les connaissances neuropsychologiques des troubles de la personnalité ont débuté par la mise en évidence de déficits sur plusieurs fonctions cognitives, pour se concentrer aujourd'hui sur les interactions entre cognition et émotion en contexte social, en passant par les fonctions exécutives dites « chaudes » (c.-à-d. celles qui interviennent dans les problèmes impliquant une régulation des

affects et de la motivation). Enfin, comme dernière limite de la neuropsychologie, il faut mentionner que sa pertinence clinique n'est pas toujours démontrée. En effet, les différences de groupe sont d'emblée interprétées comme des déficits alors que leur impact fonctionnel n'est pas démontré (Gagnon, 2017), et les traitements neuropsychologiques des troubles de la personnalité ne sont pas toujours concluants (Vita et al., 2018). En contraste avec les résultats des études de groupe, ceux découlant d'une évaluation neuropsychologique d'une personne atteinte d'un TP peuvent servir de levier pour travailler à un changement, à une prise de conscience, ou encore pour établir le diagnostic différentiel entre un trouble affectif et un trouble cognitif ou entre deux diagnostics présentant des critères communs.

Posons-nous toujours les bonnes questions au cerveau, et les réponses [...] sont-elles interprétées avec les bons concepts? Le fait que le rôle de l'amygdale ou [...] autres structures est étudié et interprété de différentes façons selon le trouble de la personnalité examiné [...] amène à en douter.

Conclusion

Depuis 30 ans, une multitude de données neurobiologiques et neuropsychologiques se sont accumulées au sujet du TPL et du TPA, et plusieurs autres sont à prévoir dans les prochaines années à propos du TPS, du TPN et du TPOC. Malgré tout, il est difficile de tirer des conclusions tranchées sur ces données, et la raison tient aux nombreuses limites mentionnées précédemment. Parmi celles-ci, les limites méthodologiques des études sont probablement les plus facilement remédiables si on augmente l'homogénéité des groupes cliniques et améliore le contrôle des facteurs confondants (comorbidité, médication, genre, etc.). Bien que maintes fois soulignées, ces solutions se font toujours attendre.

Concernant les autres limites, de nouvelles solutions s'imposent. Au sujet de la tendance à surinterpréter les données neurobiologiques, il semble que la patience des chercheurs soit de mise. En effet, la recherche sur les corrélats neurobiologiques des TP apparaît un peu précipitée dans la mesure où les fonctions de nombreuses structures cérébrales sur lesquelles ils portent sont encore peu connues. Pour combler ce vide, les chercheurs font habituellement appel à leurs modèles psychopathologiques. Cela conduit non seulement à des interprétations hâtives, mais aussi à des interprétations en vase clos ne tenant pas compte des données relatives aux différents TP. Les interprétations sur l'amygdale en sont un bon exemple. Une suractivation en réponse à des stimuli négatifs chez les patients avec TPL est interprétée comme le reflet d'anomalies (p. ex. hypervigilance) dans le traite-

ment des stimuli de valence négative et du conditionnement de peur (Brendel et al., 2005) ; ici, l'interprétation tient sur les fonctions cérébrales connues de cette structure. Toutefois, une suractivation devant des stimuli neutres est interprétée de la même façon, à savoir que le système réagit fortement car les stimuli neutres sont perçus négativement (Ruocco et Carcone, 2016) ; ici, l'interprétation est basée sur le traitement des stimuli. La contradiction entre les deux observations (suractivation par rapport à sous-activation) est résolue par le modèle psychopathologique du TPL. Le problème est que nous en savons encore peu sur toutes les fonctions que supporte l'amygdale, véritable complexe en lien avec d'autres structures cérébrales mais contenant en elle-même plusieurs circuits responsables de différentes fonctions ; certains d'entre eux sont impliqués dans les réponses anxieuses, mais d'autres, à l'inverse, sont associés à la régulation de l'anxiété (Janak et Tye, 2015). Cela nous amène à proposer un changement de paradigme : plutôt que de prendre les connaissances fondamentales sur les fonctions cérébrales pour interpréter les données neurobiologiques dans les TP, il semble approprié d'imaginer l'inverse, c'est-à-dire de prendre plusieurs populations contrastées sur le plan psychopathologique et de les comparer sur des paradigmes expérimentaux dans le but d'approfondir notre compréhension des fonctions cérébrales. Une telle démarche impose d'abolir certaines frontières entre la recherche clinique et la recherche fondamentale.

Un autre changement de paradigme serait de délaissier les catégories diagnostiques et de s'intéresser à la neuropsychologie des TP selon le modèle dimensionnel à l'étude dans le *DSM-5*. Pourquoi ne pas refaire les mêmes études sur l'inhibition, la prise de décision, etc., et étudier leurs associations avec les grandes dimensions des TP comme l'identité, l'empathie ou l'intimité ? Cela aurait l'avantage de restreindre l'influence des modèles psychopathologiques des catégories diagnostiques sur l'interprétation des résultats.

Enfin, deux solutions aux problèmes d'application clinique. Premièrement, il y a actuellement des études sur les déficits neuropsychologiques dans les TP et d'autres sur les problèmes

des patients porteurs de ces troubles dans leur fonctionnement quotidien (Ruocco et al., 2014). Toutefois, peu d'études font le lien entre les deux réalités. Pour augmenter la pertinence des études neuropsychologiques, il est souhaitable d'avoir des études s'intéressant à tous les impacts fonctionnels sur chacun des mécanismes supposés déficitaires. Deuxièmement, il est connu que la psychothérapie selon un modèle psychologique (p. ex. mentalisation) amène des changements sur les plans neurobiologique et neuropsychologique (Mancke et al., 2018), et que les modèles de traitement neuropsychologique de type « rééducation cognitive » amènent des changements dans des tâches par ordinateur, mais pas nécessairement sur le plan fonctionnel (Vita et al., 2018). Il semble souhaitable de développer des modèles de traitement qui incluent les deux catégories de stratégies.

Pour conclure, nous retenons que la neuropsychologie contribue à l'étude des troubles de la personnalité en apportant un point de vue unique et complémentaire à l'identification des mécanismes explicatifs possibles sous-jacents à plusieurs symptômes retrouvés dans les troubles de la personnalité et à la classification de différents sous-groupes de patients basés sur leur profil neuropsychologique. Toutefois, plusieurs défis méthodologiques et conceptuels demeurent pour les chercheurs pour qu'ils puissent surmonter les limites relatives à l'interprétation et à la pertinence des résultats. La neuropsychologie nous offre des concepts et des outils permettant de faire le pont entre la neuroscience et la psychologie de la personnalité et favorisant le développement de modèles intégratifs sur les plans du diagnostic et du traitement (p. ex. évaluer une fonction d'inhibition et intervenir sur celle-ci dans le but de réduire certains traits pathologiques). Nous retenons surtout l'ouverture de la neuropsychologie à faire contact avec plusieurs champs d'investigation, car seuls les échanges entre les disciplines permettent de dépasser les limites de chacune.



BIOGRAPHIES DES AUTEURS

EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

D^{re} Caroline Audet, M. Ps., Ph. D., psychologue

La D^{re} Audet travaille auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité sévère depuis plus de 15 ans. En plus d'avoir offert de la formation destinée aux intervenants dans ce domaine, elle est superviseure à la clinique des troubles de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal, effectue de la consultation auprès d'équipes cliniques et offre de la supervision en pratique privée.

M^{me} Asmara Awada, M. Sc., candidate au doctorat en neuropsychologie clinique

Après un parcours en recherche à l'Institut-hôpital neurologique de Montréal, madame Awada se forme actuellement pour devenir neuropsychologue. Elle effectue ses travaux de recherche au Laboratoire d'électrophysiologie en neurosciences sociale (LENS) de l'Université de Montréal sous la direction du D^r Jean Gagnon, neuropsychologue; ceux-ci portent sur la neurophysiologie et la neuropsychologie du trouble de la personnalité narcissique.

M^{me} Rachida Azdouz, M. Sc. éd., D.E.A., psychologue

Madame Azdouz est chercheuse affiliée au Laboratoire de recherche en relations interculturelles (LABRRI) de l'Université de Montréal. Autrice, chroniqueuse et formatrice, son expertise porte sur le traitement du fait minoritaire dans les institutions publiques, les stratégies identitaires et la gestion des conflits de valeurs et de droits. Membre du Conseil supérieur de l'éducation de 2001 à 2010, elle est récipiendaire du prix Ghislaine-Coutu-Vaillancourt 2014 pour sa contribution au dialogue interculturel en langue française.

D^{re} Monique Bessette, Ph. D., psychologue

La D^{re} Bessette est fondatrice de l'Institut Victoria, à Montréal, qu'elle dirige depuis 1995. Après une spécialisation postuniversitaire à New York en psychothérapie des troubles de la personnalité, elle s'est consacrée à l'intervention auprès de cette clientèle ainsi qu'à la formation et à la supervision clinique de psychothérapeutes et doctorants d'approches et de milieux de pratique diversifiés. Sa recherche sur la régulation du contre-transfert a reçu le prix de la meilleure thèse de l'UQTR en 2012.

M. Sébastien Bouchard, Ph. D., psychologue

Monsieur Sébastien Bouchard œuvre à la Clinique des troubles relationnels de Québec et est professeur associé au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Psychothérapeute, formateur et superviseur depuis plus de vingt ans, auteur ou coauteur d'une vingtaine de publications sur les troubles de la personnalité et membre de l'International Society for the Study of Personality Disorders, ses intérêts de recherche portent sur les relations conjugales des troubles de la personnalité et sur les attitudes négatives des professionnels à l'endroit du trouble de la personnalité limite.

D^{re} Julie Bourbonnais, Ph. D., psychologue

La D^{re} Bourbonnais travaille depuis 25 ans comme conseillère stratégique, facilitatrice et gestionnaire auprès d'entreprises de toutes tailles et de tous les secteurs. Elle est fascinée depuis toujours par le comportement des humains dans les milieux du travail, particulièrement ceux en pleine mutation. Elle affectionne particulièrement les démarches de cocréation rigoureuses qui permettent d'innover pour résoudre des problèmes complexes et accélérer les transformations requises.

D^r Gilles Delisle, Ph. D., psychologue

Le D^r Delisle dirige le Centre d'intégration gestaltiste (CIG) depuis sa fondation en 1981. Il a été président du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie de 2010 à 2015. Ses travaux portent sur les pathologies développementales et sur le développement du psychothérapeute. Il a été lauréat du prix Noël-Mailloux en 2010.

M. Olivier Didier, B. Sc., candidat au doctorat en psychologie

Monsieur Didier est étudiant au doctorat en psychologie clinique de l'enfant, de l'adolescent et des parents de l'Université de Sherbrooke. Ses travaux de recherche visent à mettre en évidence les conséquences des traumatismes relationnels précoces sur le développement des représentations des liens d'attachement et les traits de personnalité limite en émergence chez l'enfant. Il s'intéresse plus particulièrement aux précurseurs du trouble de la personnalité limite au sein de la relation parent-enfant.

M^{me} Pascale Dugas, B. Sc., candidate au doctorat en psychologie

Madame Dugas est étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'enfant, de l'adolescent et des parents à l'Université de Sherbrooke. Ses travaux de recherche portent sur la capacité de mentalisation au sein de la relation parent-enfant. Plus précisément, elle s'intéresse à la mentalisation de mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. Ses intérêts cliniques portent sur le vécu de traumatismes relationnels précoces et le développement de la psychopathologie à l'enfance et à l'adolescence.

M^{me} Élodie Gagné-Pomerleau, B.A., candidate au doctorat en psychologie

Madame Gagné-Pomerleau possède un baccalauréat en psychologie et elle est candidate au doctorat en psychologie à l'Université Laval. Elle travaille en tant qu'auxiliaire de recherche au sein de l'Équipe de recherche intégrée sur la personnalité depuis 2020.

D^r Jean Gagnon, Ph. D., psychologue et neuropsychologue

Le D^r Gagnon est professeur au Département de psychologie de l'Université de Montréal et directeur du Laboratoire d'électro-physiologie en neuroscience sociale (LENS). Il est aussi chercheur au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), membre candidat de l'International Psychoanalytical Association (IPA) et membre fellow de l'International Society for Research on Aggression. Ses recherches portent notamment sur les déterminants cognitifs et neuro-physiologiques des troubles de la personnalité et de l'agressivité.

M^{me} Janine Gagnon Corbeil, L. Ps., psychologue

Madame Gagnon Corbeil a suivi diverses formations para-universitaires et consacré sa carrière à la psychothérapie ainsi qu'à la formation d'intervenants en psychothérapie au Québec et en Europe. Elle a reçu le Mérite annuel de l'OPQ en 1994 et a publié de nombreux articles et chapitres sur la psychologie humaniste dans différents périodiques et livres québécois et internationaux. Ses derniers livres s'intitulent *L'évolution du psychothérapeute et de son modèle d'intervention* et *Mon récit de l'histoire des autres*.

D^r Dominick Gamache, Ph. D., psychologue

Le D^r Gamache est professeur agrégé à l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur associé au Centre de recherche CERVO et au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Ses travaux de recherche touchent principalement l'évaluation et le traitement des troubles de la personnalité. Il exerce également en pratique privée au Centre de psychologie Québec, offrant de la psychothérapie, de la supervision et de la formation pour une clientèle adulte.

M^{me} Line Girard, M. Ps., psychologue

Madame Girard est directrice de la formation clinique du Centre d'intégration gestaltiste (CIG). Clinicienne depuis 40 ans, elle a d'abord exercé dans le réseau public, puis en pratique privée. Elle offre de la formation et de la supervision didactique en psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO) depuis près de 30 ans. Elle est aussi auteure de nombreux écrits sur la PGRO et sur la réflexion diagnostique en cours de suivi.

M^{me} Isabelle Houvenaghel, B. Sc., candidate au doctorat en psychologie

Madame Houvenaghel est étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'enfant, de l'adolescent et des parents de l'Université de Sherbrooke. Ses travaux de recherche portent sur la capacité de mentalisation maternelle en lien avec le stress parental et la relation de coparentalité chez les mères qui consultent en pédo-psychiatrie pour leur enfant. Ses intérêts cliniques portent sur les difficultés relationnelles parent-enfant, plus précisément sur les relations d'attachement et les traumatismes relationnels précoces.

M^{me} Danielle Lefebvre, M. Ps., psychologue

Madame Lefebvre pratique la psychothérapie de couple depuis plus de 30 ans. Elle a enseigné la psychothérapie de couple à l'Université Laval et à l'Université du Québec à Trois-Rivières, en plus d'avoir formé plus d'une cinquantaine d'étudiants en psychologie. Elle a cofondé la Clinique de psychologie du couple en 2018 et elle y est responsable de la supervision en psychothérapie de couple.

D^{re} Julie Maheux, Ph. D., psychologue

La D^{re} Maheux est professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, codirectrice du Laboratoire de recherche sur la mentalisation, la personnalité et le trauma (Repart) et membre du Laboratoire de psychologie légale. À titre de psychologue et de superviseuse, elle se spécialise dans les psychothérapies psychodynamiques. Ses recherches portent sur la mentalisation chez divers professionnels en santé mentale et chez les policiers ainsi que sur les volets éthiques et déontologiques de la pratique.

D^r Stéphane Sabourin, Ph. D., psychologue

Le D^r Sabourin est professeur retraité de l'École de psychologie de l'Université Laval et membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Reconnu comme un chercheur québécois d'expérience en psychologie du couple, il est coauteur de 150 articles scientifiques et de 25 chapitres de livre, et coéditeur de deux manuels francophones sur le couple. Il a formé plus d'une centaine d'étudiants en clinique et en recherche, dont une quinzaine qui œuvrent en milieu universitaire.

D^{re} Claudia Savard, Ph. D., psychologue

La D^{re} Savard est professeure titulaire à l'Université Laval et psychologue en bureau privé depuis 2013. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et du Centre de recherche CERVO. Ses projets de recherche portent sur l'évaluation et l'intervention en présence de troubles de la personnalité ou de traits de personnalité pathologiques ainsi que sur leurs impacts dans la sphère conjugale et en psychothérapie.

D^r Miguel M. Terradas, Ph. D., psychologue

Le D^r Terradas est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et chercheur régulier à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ses travaux cliniques et de recherche portent sur l'impact des traumatismes relationnels précoces sur la capacité de mentalisation et le jeu de l'enfant. Il s'intéresse également à l'intervention psychodynamique auprès des enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces et au développement du trouble de la personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent.

Jacques E. Tremblay, M. Ps., psychologue

Monsieur Tremblay intervient en développement des personnes, des équipes et des organisations depuis plus de 30 ans. Tout en exerçant d'abord à titre de psychologue clinicien auprès de personnes et de proches vivant des traumatismes graves, il a agi comme conseiller et formateur dans de nombreuses organisations. Au tournant des années 2000, fort de ses expériences axées sur le développement d'équipes optimales, il a intégré à sa pratique des approches et outils pragmatiques visant à mobiliser les grands systèmes humains.

D^r Hubert Van Gijsegem, Ph. D., psychologue

Le D^r Van Gijsegem est psychologue et professeur titulaire retraité à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal. Ses intérêts scientifiques et professionnels principaux sont la psychologie légale, la psychologie du développement et la psychopathologie. Il est l'auteur de nombreux livres et articles scientifiques. Il exerce actuellement en bureau privé, faisant de l'expertise psycholégale dans différentes juridictions. Le D^r Van Gijsegem a été récipiendaire du prix Noël-Mailloux en 2014 pour le caractère exceptionnel de sa carrière.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 01

- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- 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(suppl. 1), 97-134. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00052-2)
- Banyard, H., Behn, A. J. et Delgado, J. (2021). Personality disorders and their relation to treatment outcomes in cognitive behavioural therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 561-576. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10203-x>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/psych/9780199680375.001.0001>
- Beckwith, H., Moran, P. F. et Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2), 91-101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Bérubé, F.-A. et Langlois, M. (2009, 22-23 octobre). *Le non-traitement psychiatrique : éthique ou irresponsable ? 5^e colloque interétablissements en psychiatrie et en santé mentale*. Enjeux éthiques en santé mentale – Un temps de réflexion, Montréal, Québec.
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F. et Turecki, G. (2008). DAPP-BQ: Factor structure in French Canadians. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 538-545. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.538>
- Cailhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L. et David, P. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec.
- Cantor, N., Smith, E. E., French, R. D. et Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 181-193. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.89.2.181>
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S. et Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: Progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 810-814. <https://doi.org/10.1038/nrn3621>
- Clark, L. A. (1993). *Schedule for nonadaptive and adaptive personality (SNAP)*. Manual for administration, scoring, and interpretation. University of Minnesota Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Clark, L. A., Watson, D. et Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.46.020195.001005>
- Clements, C. D., Bonacci, D., Yerevanian, B., Privitera, M. et Kiehne, L. (1985). Assessment of suicide risk in patients with personality disorder and major affective diagnosis. *QRB - Quality Review Bulletin*, 11(5), 150-154.
- Crocq, M.-A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147-153. <https://doi.org/10.31887%2FDCNS.2013.15.2%2Fmacrocq>
- Cuthbert, B. N. (2022). Research domain criteria (RDoC): Progress and potential. *Current Directions in Psychological Science*, 31(2), 107-114. <https://doi.org/10.1177/09637214211051363>
- Davis, R. T., Blashfield, R. K. et McElroy, R. A., Jr. (1993). Weighting criteria in the diagnosis of a personality disorder: A demonstration. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 319-322. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.2.319>
- Derksen, J. J., Hummelen, J. W. et Bouwens, P. J. (1994). Interrater reliability of the structural interview. *Journal of Personality Disorders*, 8(2), 131-139. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.2.131>
- Dreessen, L. et Arntz, A. (1998). Short-interval test-retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 138-148. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.2.138>
- Ekselius, L. (2018). Personality disorder: A disease in disguise. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 123(4), 194-204. <https://doi.org/10.1080%2F03009734.2018.1526235>
- First, M. B. et Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Dans M. J. Hilsenroth et D. L. Segal (dir.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Personality assessment* (vol. 2, p. 134-143). John Wiley & Sons.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. et Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Fok, M. L.-Y., Hayes, R. D., Chang, C.-K., Stewart, R., Callard, F. J. et Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 104-107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. et Campbell, C. (2019). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2), 94-103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Frances, A. et Clarkin, J. F. (1981). No treatment as the prescription of choice. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 542-545. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780300054006>
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R. et de Fruyt, F. (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology*, 5(14), 1646-1686. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175>
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S. et Villeneuve, E. (2017). Development and validation of the Treatment Attrition-Retention Scale for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 753-773. https://doi.org/10.1521/pedi.2017.31_279
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. et Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>
- Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T. et Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1049-1056. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0804>
- Howard, R. (2015). Personality disorders and violence: What is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, article 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0033-x>
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B. L., de Panfilis, C. et Clarkin, J. F. (2018). Clinician-guided assessment of personality using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of Personality Assessment*, 100(1), 30-42. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1298115>
- Huprich, S. K. (2018). Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 685-689. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.149>
- Ingenhoven, T. J. M., Duivenvoorden, H. J., Brogtrop, J., Lindenborn, A., van den Brink, W. et Passchier, J. (2009). Brief communications: Interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 528-534. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.528>
- Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 110-115. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.110>
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169-195. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30944-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30944-4)
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques* (traduit par J. Adamov). Presses universitaires de France.
- Kim, N. S. et Ahn, W.-K. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451-476. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.131.4.451>
- Kinscherr, R. (2010). Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38(4), 745-759. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2010.00528.x>
- Lange, J., Geiser, C., Wiedl, K. H. et Schöttke, H. (2012). Screening for personality disorders: A new questionnaire and its validation using Latent Class Analysis. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 54(4), 323-342. <https://psycnet.apa.org/record/2013-10658-001>
- Langton, C. M., Hogue, T. E., Daffern, M., Mannion, A. et Howells, K. (2011). Personality traits as predictors of inpatient aggression in a high-security forensic psychiatric setting: Prospective evaluation of the PCL-R and IPDE dimension ratings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(3), 392-415. <https://doi.org/10.1177/0306624x10370828>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Livesley, W. J., Jang, K. L. et Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 941-948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Lohan, T., Leesawat, T., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Karawekpanyawong, N., Oon-Arom, A. et Kuntawong, P. (2020). Development and validation of a screening instrument for borderline personality disorder (SI-Bord) for use among university students. *BMC Psychiatry*, 20(1), 479-488. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02807-6>
- Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Psychological Assessment Resources.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G. et Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 434-440. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.5.434>
- McDermut, W. et Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. Dans J. M. Oldham, A. E. Skodol et D. S. Bender (dir.), *Textbook of personality disorders* (p. 89-101). American Psychiatric Publishing.
- McWilliams, N. (2020). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2^e éd.). Guilford Press.
- Millon, T., Grossman, S. et Millon, C. (2015). *MCM-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory manual* (1^e éd.). NCS Pearson.
- Moran, P., Rendu, A., Jenkins, R., Tylee, A. et Mann, A. (2001). The impact of personality disorder in UK primary care: A 1-year follow-up of attenders. *Psychological Medicine*, 31(8), 1447-1454. <https://doi.org/10.1017/s0033291701054502>
- Morey, L. C. et Benson, K. T. (2016). Relating DSM-5 section II and section III personality disorder diagnostic classification systems to treatment planning. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.010>

- Morey, L. C. et Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(3), 180-192. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.3.180>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. et Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0084-7>
- Oltmanns, T. F., Friedman, J. N. W., Fiedler, E. R. et Turkheimer, E. (2004). Perceptions of people with personality disorders based on thin slices of behavior. *Journal of Research in Personality*, 38(3), 216-229. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00066-7](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00066-7)
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11^e éd.)*. <https://icd.who.int/>
- Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*, 55(6), 223-229. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pfohl, B., Blum, N. et Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality*. American Psychiatric Press.
- Pickard, H. (2015). Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.008>
- Pickersgill, M. (2013). How personality became treatable: The mutual constitution of clinical knowledge and mental health law. *Social Studies of Science*, 43(1), 30-53. <https://doi.org/10.1177%2F0306312712457722>
- Reich, J. H. (2003). The effect of axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 387-405. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.5.387.22972>
- Sansone, R. A. et Sansone, L. A. (2012). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(3), 23-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342993/>
- Schwartz, M. A., Wiggins, O. P. et Norko, M. A. (1989). Prototypes, ideal types, and personality disorders: The return to classical psychiatry. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.1>
- Sellbom, M., Waugh, M. H. et Hopwood, C. J. (2018). Development and validation of personality disorder spectra scales for the MMP1-2-RF. *Journal of Personality Assessment*, 100(4), 406-420. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1407327>
- Simms, L. J., Williams, T. F. et Evans, C. M. (2019). Assessment of personality disorder. Dans M. Sellbom et J. A. Suhr (dir.), *The Cambridge handbook of clinical assessment and diagnosis* (p. 398-415). Cambridge University Press.
- Skodol, A. E. (2021). Dimensional model of personality disorder incorporated into ICD-11. *Psychiatric News*, 56(10). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2021.10.33>
- Sperry, L. et Sperry, J. (2016). *Cognitive behavior therapy of DSM-5 personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment* (3^e éd.). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Stone, M. H. (2006). *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*. American Psychiatric Publishing.
- Timäus, C., Meiser, M., Bandelow, B., Engel, K. E., Paschke, A. P., Wiltfang, J. et Wedekind, D. (2019). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: What has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. *BMC Psychiatry*, 19(1), 393-404. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2377-z>
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. Dans T. A. Widiger (dir.), *The Oxford handbook of personality disorders* (p. 186-205). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0009>
- Triebwasser, J. et Siever, L. J. (2007). Pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of Mental Health*, 16(1), 5-50. <https://doi.org/10.1080/09638230601182078>
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)
- Walter, M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Yen, S., Stout, R. L. et Skodol, A. E. (2009). New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*, 104(1), 97-103. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02413.x>
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 895-903. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.895>
- Westen, D. et Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1767-1771. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1767>
- Westen, D., DeFife, J. A., Bradley, B. et Hilsenroth, M. J. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 482-487. <https://doi.org/10.1037/a0021555>
- Westen, D. et Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273-285. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.273>
- Westen, D., Shedler, J. et Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 846-856. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.846>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A. et Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4(2), 75-90. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402_1
- Widiger, T. A. et Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>
- Widiger, T. A. et Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E. et Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)*. McLean Hospital.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H. et Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.291>
- Zimmerman, M. et Mattia, J. I. (1999). Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1570-1574. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1570>

Chapitre 02

- Boritz, T., Zeifman, R. J. et McMain, S. F. (2018). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 515-532). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.42>
- Chapman, A. L. et Dixon-Gordon, K. L. (2020a). Evaluation: Research on DBT. Dans A. L. Chapman et K. L. Dixon-Gordon (dir.), *Dialectical behavior therapy* (p. 105-135). American Psychological Association. <https://dx.doi.org/10.1037/0000188-005>
- Chapman, A. L. et Dixon-Gordon, K. L. (2020b). Functions, structure, and core interventions. Dans A. L. Chapman et K. L. Dixon-Gordon (dir.), *Dialectical behavior therapy* (p. 65-103). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000188-004>
- Chapman, A. L. et Dixon-Gordon, K. L. (2020c). Theory. Dans A. L. Chapman et K. L. Dixon-Gordon (dir.), *Dialectical behavior therapy* (p. 35-63). American Psychological Association. <https://dx.doi.org/10.1037/0000188-003>
- Dunkley, C. (2018). Conceptual and practical issues in the application of emotion regulation in dialectical behaviour therapy. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 283-306). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.31>
- Edward, E. R., Kober, H., Rinne, G. R., Griffin, S. A., Axelrod, S. et Cooney, E. B. (2021). Skills-homework completion and phone coaching as predictors of therapeutic change and outcomes in completers of a DBT intensive outpatient programme. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 94(3), 504-522. <https://doi.org/10.1111/papt.12325>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. et Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences - Therapist guide* (2^e éd.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
- Fruzzeti, A. E. et Ruork, A. K. (2018). Validation principles and practices in dialectical behaviour therapy. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 325-344). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.50>
- Grove, J. L. et Crowell, S. E. (2018). Invalidating environments and the development of borderline personality disorder. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 47-68). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.47>
- Harned, M. S. (2014). The combined treatment of PTSD with borderline personality disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(4), 335-344. <https://doi.org/10.1007/s40501-014-0025-2>
- Harned, M. S. (2021, 20-23 septembre). *DBT PE Intensive Training* [formation virtuelle]. Harned Consulting. <https://dbtpe.org/training>
- Harned, M. S. (2022). *Treating trauma in dialectical behavior therapy: The DBT prolonged exposure protocol (DBT PE)*. Guilford Press.
- Harned, M. S. et Korslund, K. E. (2015). Treating PTSD and borderline personality disorder. Dans U. Schnyder et M. Cloitre (dir.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (p. 331-346). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_17
- Harned, M. S., Korslund, K. E. et Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Harned, M. S. et Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.006>
- Harned, M. S. et Schmidt, S. C. (2018). Integrating post-traumatic stress disorder treatment into dialectical behaviour therapy: Clinical application and implementation of the DBT prolonged exposure protocol. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 797-814). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.17>

- Harned, M. S., Schmidt, S. C., Korslund, K. E. et Gallop, R. J. (2021). Does adding the dialectical behavior therapy prolonged exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking. *Behavior Therapy*, 52(3), 639-655. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.003>
- Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C. et Coyle, T. N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.002>
- Koerner, K. et Linehan, M. M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Dans T. D. Eells (dir.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (p. 340-367). Guilford Press.
- Landes, S. J. (2018). Conducting effective behavioural and solution analyses. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 259-282). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.49>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014a). *DBT skills training: Handouts and worksheets* (2^e éd.). Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014b). *DBT skills training manual* (2^e éd.). Guilford Press.
- Linehan, M. M., Cochran, B. N. et Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Dans D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3^e éd., p. 470-522). Guilford Press.
- Mehlum, L. (2018). DBT as a suicide and self-harm treatment: Assessing and treating suicidal behaviours. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 307-324). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.44>
- Miga, E. M., Neacsiu, A. D., Lungu, A., Heard, H. L. et Dimeff, L. A. (2018). Dialectical behaviour therapy from 1991-2015: What do we know about clinical efficacy and research quality? Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 415-466). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.7>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009/2018). *Borderline personality disorder: Recognition and management. Clinical guideline*. <http://nice.org.uk/guidance/cg78>
- Niedtfield, I. et Bohus, M. (2018). Understanding the bio in the biosocial theory of BPD: Recent developments and implications for treatment. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 23-46). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.46>
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Hembree, E. A. et Rauch, S. A. M. (2019). *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program - Workbook* (2^e éd.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190926892.001.0001>
- Schmidt, H. III et Russo, J. C. (2018). The structure of DBT programmes. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 121-146). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.30>
- Swales, M. A. (2018). Dialectical behaviour therapy: Development and distinctive features. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 3-22). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.45>
- Walton, C. et Comtois, K. A. (2018). Dialectical behaviour therapy in routine clinical settings. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 467-496). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.52>
- Wolbert, R. (2018). Modifying behaviour therapy to meet the challenge of treating borderline personality disorder: Incorporating Zen and mindfulness. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 91-106). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.5>
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliere, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoossian, D., de Mey Guillard, C., Culem, A. et Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 307-316. <https://doi.org/10.1159/000229769>
- Crockier, S. F. (1999). *A well-lived life. Essays in Gestalt therapy*. GIC Press.
- Desseilles, M., Grosjean, B. et Perroud, N. (2014). *Manuel du borderline*. Eyrolles.
- Ehrenberg, A. et Lovell, A. (2001). *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Odile Jacob.
- Elkaim, M. (2007). *Comprendre et traiter la souffrance psychique*. Seuil.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. et Lietzer, G. (2004). Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd., p. 493-539). Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L. et Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 493-539). Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L. et Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic experiential psychotherapies: Updated review. Dans M. Barkham, W. Lutz et L. G. Castonguay (dir.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7^e éd., p. 421-468). Wiley.
- Estellon, V. (2019). *Les états limites* (coll. Que sais-je?). Presses universitaires de France.
- Gillie, M. (2003). Daniel Stern : une théorie du développement pour la Gestalt ? (traduit par J. Corbeil). *Revue québécoise de Gestalt*, 6, 153-174.
- Goldfried, M. R. (dir.). (2001). *How therapists change*. American Psychological Press.
- Goldman, R. N. et Greenberg, L. S. (2019). Enduring themes and future developments in emotion-focused therapy. Dans L. S. Greenberg et R. N. Goldman (dir.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p. 513-520). American Psychological Association.
- Goldstein, K. (1939). *The Organism*. American Book Company.
- Greenberg, L. S. (2002). Working with emotions. *International Gestalt Journal*, 25(2), 31-58.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. et Lietzer, G. (1994). Research on humanistic and experiential psychotherapies. Dans A. E. Bergin et S. L. Garfield (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd., p. 509-539). Wiley.
- Greenberg, L. S., Seeman, J. et Cassius, J. (1978). Personality changes in marathon therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(1), 61-67.
- Greenberg, L. S. et Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression. Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Guelfi, J. D., Cailhol, M., Robin, M. et Lamas, C. (2011). États limites et personnalité borderline. *EMC Psychiatrie*, 27(1), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(11\)53355-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(11)53355-3)
- Gunderson, J. G. et Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Hillman, J. (1996). *The soul's code. In search of character and calling*. Warner Books.
- Jacob, L. (1992). Insights from psychoanalytic self-psychology and intersubjectivity theory for Gestalt therapists. *Gestalt Journal*, 15(2), 25-60.
- Jacob, L. (2005). The intersubjectivity of selfhood. *International Gestalt Journal*, 28(1), 43-70.
- Kahn, M. (1991). *Between therapist and client. The new relationship*. W. H. & Company.
- Kepner, J. I. (1987). *Body process. A Gestalt approach to working with the body in psychotherapy*. The Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Kofka, K. (1935). *Principles of Gestalt psychology*. Harcourt, Brace & World.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International University Press.
- Kolly, S., Charbon, P. et Kramer, U. (2019). *Trouble de la personnalité borderline. Pratiques thérapeutiques*. Elsevier Masson SAS.
- Lebourgeois, C. (1999). Survol historique de la psychologie et de la psychothérapie existentielle-humaniste au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 20(2), 11-36.
- Lecomte, C. et Richard, A. (1999). Prologue. *Revue québécoise de psychologie*, 20(2), 5-11.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts & field theory in social sciences*. American Psychological Association.
- Maslow, A. (1971). *The farther reaches of human nature*. The Viking Press.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders. An integrated developmental approach*. Brunner/Mazel Inc.
- May, R. (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. Basic Books.
- Orange, D. M., Atwood, G. E. et Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectivity: Contextualism in psychoanalytic practice*. The Analytic Press.
- Orlinsky, D. E. et Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of their therapeutic work and professional growth*. Oxford University Press.
- Perls, F. S. (1969). *Ego, hunger and aggression. The Gestalt therapy of sensory awakening through spontaneous personal encounter, fantasy and contemplation*. Vintage Book.
- Perls, F. S. (1978). *Le moi, la faim et l'agressivité*. Tchou Éditeurs.
- Perls, F. S., Hefferline, R. et Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy. Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
- Perls, L. (1993). *Vivre à la frontière* (traduit par J. Corbeil). Les Éditions du Reflet.
- Polster, E. et Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated. Contours of theory and practice*. Brunner/Mazel.
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S. et Perroud, N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de la personnalité borderline. *Revue médicale suisse*, 11(486), 1686-1690.

Chapitre 03

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atwood, G. et Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. The Analytic Press.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2015). *Mentalisation et trouble de la personnalité limitée : guide pratique*. De Boeck.
- Beavers, W. (1982). Healthy, mid-range, and severely dysfunctional families. Dans F. Walsh (dir.), *Normal Family Processes* (1^{re} éd.). The Guilford Press.
- Boulanger, S. et Gagnon Corbeil, J. (2014). *L'évolution du psychothérapeute et de son modèle d'intervention. De la théorie à la personnalisation du parcours*. Éditions Carte Blanche.
- Clarkson, P. et Mackewn, J. (1993). *Fritz Perls*. Sage Publications.
- Corbeil, J. (1979). Les paramètres d'une théorie féministe de la psychothérapie. *Santé mentale au Québec*, 4(2), 63-86.
- Corbeil, J. (1981). *Se créer par la Gestalt* (préface). Éditions de l'Homme.
- Corbeil, J. (2004). A letter from Quebec. *International Gestalt Journal*, 27(2), 109-117.
- Corbeil, J. (2013). Gestalt therapy in the province of Quebec, Canada: From its flourishing days to its phase of questioning and its perspective of challenges for the future. Dans E. O'Leary (dir.), *Gestalt therapy around the world* (p. 267-288). Wiley-Blackwell.
- Corbeil, J. et Denis, M.-C. (2006). La Gestalt et les autres thérapies humanistes. Dans D. Wildlöcher, M. Marie-Cardine, A. Braconnier et B. Hanin (dir.), *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*. Odile Jacob.

- Quinn, A. (2011). A person-centered approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(4), 465-491. <https://doi.org/10.1177/0022167811399764>
- Rogers, C. R. (1942). *Counselling and psychotherapy*. The Riverside Press.
- Rogers, C. R., Stevens, B., Gendlin, E. T., Shlien, J. M. et Van Dusen, W. (1967). *Person to Person. The problem of being human: A new trend in psychology*. Real People Press.
- Salzman, N. et Norcross, J. C. (dir.). (1990). *Therapy wars. Contention and convergence in differing clinical approaches*. Jossey-Bass Publishers.
- Sartre, J.-P. (1996). *L'existentialisme est un humanisme* (présentation et notes d'A. Elkaim Sartre). Gallimard.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Presses universitaires de France.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. W.W. Norton & Co. Inc.
- Strümpfel, U. (2004). Research on Gestalt therapy (traduit par M. Courtney). *International Gestalt Journal*, 27(1), 9-54.
- Strümpfel, U. (2007). Recherches en Gestalt-thérapie (traduit par C. Allard et J. Corbeil). *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 139-176.
- Teusch, L., Hiuldegard, B., Finke, J. et Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and combination with psychopharmacological treatment. An empirical study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 328-336.
- Timulak, L., Iwakabe, S. et Elliot, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy. Dans L. S. Greenberg et R. N. Goldman (dir.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>
- Tunstall, W. W. (2017). *On the origin of dignity. Its creation and enhancement*. Archway Publishing/Simon & Schuster.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80052-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80052-8)
- Walsh, F. (2012). *Normal family processes. Growing diversity and complexity*. The Guilford Press.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness dialogue & process. Essays on Gestalt therapy*. The Gestalt Journal Press.
- Zeign, J. (1985, 1992). *The evolution of psychotherapy* (vol. I et II). Brunner/Mazel.
- Zinker, J. (1981). *Se créer par la Gestalt* (traduit par A. Dolbec et G. Goulet). Les Éditions de l'Homme.

Chapitre 04

- Allen, J. G. (2018). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Routledge.
- Allen, J. G. et Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Bateman, A., Constantinou, M. P., Fonagy, P. et Holzer, S. (2021). Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 291-299. <https://doi.org/10.1037/per0000422>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570905.001.0001>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.
- Bateman, A., Fonagy, P. et Allen, J. G. (2009). Theory and practice of mentalization-based therapy. Dans G. O. Gabbard (dir.), *Textbook of psychotherapeutic treatments* (p. 757-780). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585623648.gg28>
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P. et Ensink, K. (2019). Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 10, article 1062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062>
- Caligor, E., Kernberg, O. F. et Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. et Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Association Publishing.

- Carlyle, D., Green, R., Inder, M., Porter, R., Crowe, M., Mulder, R. et Frampton, C. (2020). A randomized-controlled trial of mentalization-based treatment compared with structured case management for borderline personality disorder in a mainstream public health service. *Frontiers in Psychiatry*, 11, article 561916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561916>
- Clarkin, J. F., Caligor, E. et Sowlis, J. (2021). TFP extended: Development and recent advances. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 188-214. <https://doi.org/10.1521/pdps.2021.49.2.188>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. et Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.922>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbu, C. et Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Daubney, M. et Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): An overview. *Australasian Psychiatry*, 23(2), 132-135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L. et Kernberg, O. F. (2021). *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. Guilford Press.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. et Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Folmo, E. J., Langjord, T., Myhrvold, N. C. S., Stänicke, E., Lind, M. et Kvarstein, E. H. (2022). Pedagogical stance in mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*. Prépublication. <https://doi.org/10.1002/jclp.23335>
- Fonagy, P. et Bateman, A. (2018). Introduction. Dans A. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in clinical practice* (2^e éd., p. 3-20). American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P. et Campbell, C. (2021). Future directions in personality pathology. *Current Opinion in Psychology*, 37, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.001>
- Fonagy, P., Campbell, C. et Bateman, A. (2017). Mentalizing, attachment, and epistemic trust in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(2), 176-201. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1263156>
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. Dans D. Cicchetti (dir.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3^e éd., p. 726-792). John Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
- Fonagy, P., Luyten, P. et Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. et Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, article 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. et Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, article 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonagy, P. et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Freeman, C. (2016). What is mentalizing? An overview. *British Journal of Psychotherapy*, 32(2), 189-201. <https://doi.org/10.1111/bjp.12220>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. et Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. et Caligor, E. (2004). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger et J. F. Clarkin (dir.), *Major theories of personality disorder* (2^e éd., p. 114-156). Guilford Press.
- Kivity, Y., Levy, K. N., Kelly, K. M. et Clarkin, J. F. (2021). In-session reflective functioning in psychotherapies for borderline personality disorder: The emotion regulatory role of reflective functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(9), 751-761. <https://doi.org/10.1037/ccp0000674>
- Laurensen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B. J., van Dam, A.-M., van Broekhuizen, A.-J., Blankers, M., Busschbach, J. V. et Dekker, J. J. M. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000132>
- Levy, K. N., Draijer, N., Kivity, Y., Yeomans, F. E. et Rosenstein, L. K. (2019). Transference-focused psychotherapy (TFP). *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, 312-324. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00193-9>

- Levy, K. N., Johnson, B. N. et Notsu, H. (2022). Crossing the alphabet divide: Navigating the evidence for DBT, GPM, MBT, ST, and TFP for BPD. Dans R. E. Feinstein (dir.), *Primer on personality disorders* (p. 111-136). Oxford University Press.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynolds, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Lillengren, P. (2021). *Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions*. https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. et Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., Campbell, C. et Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Luyten, P., Campbell, C. et Fonagy, P. (2021). Rethinking the relationship between attachment and personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.11.003>
- Luyten, P. et Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. Dans A. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd., p. 79-99). American Psychiatric Association Publishing.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. et Muller, N. (2017). *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach*. American Psychological Association.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L. M., Verhoef, R. et Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P. et Franck, J. (2018). Mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: A randomized controlled feasibility study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000485564>
- Radcliffe, J. et Yeomans, F. (2019). Transference-focused psychotherapy for patients with personality disorders: Overview and case example with a focus on the use of contracting. *British Journal of Psychotherapy*, 35(1), 4-23. <https://doi.org/10.1111/bjpp.12421>
- Rossouw, T. I. et Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Taubner, S., Wilberg, T. et Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: Past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, article 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 762-782). Guilford Press.
- Society of Clinical Psychology. (2016). *Treatment target: Borderline personality disorder*. Division 12 of the American Psychological Association. <https://div12.org/diagnosis/borderline-personality-disorder/>
- Storeba, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltsinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K. et Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), article CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Taubner, S. et Volkert, J. (2019). Evidence-based psychodynamic therapies for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology in Europe*, 1(2), 1-20. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.30639>
- Verheugt-Pleiter, A. et Deben-Mager, M. (2006). Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: Brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), 297-315. <https://doi.org/10.1080/02668730601020374>
- Volkert, J., Hauschild, S. et Taubner, S. (2019). Mentalization-based treatment for personality disorders: Efficacy, effectiveness, and new developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), article 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1012-5>
- Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, 128, article 104940. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104940>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(1), 25-34. <https://doi.org/10.1037/h0079949>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. et Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 400-412. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D. et Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M. et Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444-454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bleiberg, E. et Safier, E. (2019). Couples therapy. Dans A. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L. et Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bouchard, S., Daspe, M.-E., Savard, C., Verreault, M., Blais-Bergeron, M.-H. et Sabourin, S. (2017). Personnalité et relations de couple. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Fondements de la psychologie du couple* (p. 87-129). Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y. et Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 446-455. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (dir.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). Guilford Press.
- Cardona, B., Breseke, S., Nelson, N., Johns, D. R. et Mack, J. (2013). A couple in crisis: A case study with implications for counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(2), 217-222. <https://doi.org/10.1177/1066480712465820>
- Chambers, A. L. (2012). A systemically infused integrative model for conceptualizing couples' problems: The four-session evaluation. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 31-47. <https://doi.org/10.1037/a0027505>
- Chambers, A. L., Solomon, A. H. et Gurman, A. S. (2016). Couple therapy. Dans J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim et R. Krishnamurthy (dir.), *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods* (p. 307-326). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14861-016>
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., Sneed, J. R. et Crawford, T. N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 507-525. <https://doi.org/10.1521/pe.18.6.507.54794>
- Critchfield, K. L. et Benjamin, L. S. (2006). Principles for psychosocial treatment of personality disorder: Summary of the APA Division 12 Task Force/NASPR Review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 661-674. <https://doi.org/10.1002/jclp.20255>
- Davis, S. D., Lebow, J. L. et Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36-48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.009>
- Desrosiers, J., Larivière, N., Desrosiers, J., Boyer, R., David, P., Bérubé, F.-A. et Pérusse, F. (2017). Conception d'un outil d'évaluation du fonctionnement quotidien pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, le Fonctionnement au quotidien avec un trouble de la personnalité borderline (FAB). *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(2), 17-38. <https://doi.org/10.13096/rfr.v3n2.77>
- Diguer, L., Turmel, V., Brin, J., Lapointe, T., Chrétien, S., Marcoux, L.-A., Mathieu, V. et Da Silva Luis, R. (2020). Traduction et validation en français du Pathological Narcissism Inventory. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(2), 115-120. <https://doi.org/10.1037/cbs0000140>
- DiLillo, D., Jaffe, A. E., Watkins, L. E., Peugh, J., Kras, A. et Campbell, C. (2016). The occurrence and traumatic impact of sexual revictimization in newlywed couples. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(4), 212-225. <https://doi.org/10.1037/cfp0000067>
- Donnellan, M. B., Larsen-Rife, D. et Conger, R. D. (2005). Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 562-576. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.562>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M. et Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner Abuse*, 9(1). <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Epstein, N. B., Baucom, D. H. et Wright, J. (2008). L'évaluation et la modification des cognitions en psychothérapie de couple : une approche cognitive-comportementale contextuelle. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 316-358). Presses de l'Université du Québec.
- Finn, C., Mitte, K. et Neyer, F. J. (2015). Recent decreases in specific interpretation biases predict decreases in neuroticism: Evidence from a longitudinal study with young adult couples. *Journal of Personality*, 83(3), 274-286. <https://doi.org/10.1111/jopy.12102>
- Fonagy, P. et Bateman, A. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd., ch. 1). American Psychiatric Association Publishing.
- Foran, H. M., Whisman, M. A. et Beach, S. R. H. (2015). Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Family Process*, 54(1), 48-63. <https://doi.org/10.1111/famp.12122>

Chapitre 05

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Anderson, S. R., Tambling, R., Yorgason, J. B. et Rackham, E. (2019). The mediating role of the therapeutic alliance in understanding early discontinuance. *Psychotherapy Research*, 29, 882-893. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1506949>

- Fruzzetti, A. E. et Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder. Dans D. K. Snyder et M. A. Whisman (dir.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (p. 235-260). The Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. et Iverson, K. M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. Dans D. K. Snyder, J. Simpson et J. N. Hughes (dir.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (p. 249-267). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-012>
- Fruzzetti, A. E., Stantisteban, D. A. et Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. Dans L. A. Dimeff et K. Koerner (dir.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (p. 222-244). Guilford Press.
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P. et Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM-5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438-447. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000335>
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S. et Villeneuve, E. (2017). Development and validation of the treatment attrition-retention scale for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31, 753-773. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_279
- Gottman, J. M. et Gottman, J. S. (2015). Gottman couple therapy. Dans A. S. Gurman, J. L. Lebow et D. K. Snyder (dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (p. 129-157). The Guilford Press.
- Greenberg, L. S. et Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.
- Gunderson, J. G. et Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E. et Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469-478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>
- Holtzworth-Munroe, A. et Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.476>
- Jacobson, N. S. et Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. Norton.
- Johnson, M. P. (2011). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322-349. <https://doi.org/10.1177/0192513X04270345>
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Jonason, P. K. et Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432. <https://doi.org/10.1037/a0019265>
- Karan, E., Niesten, I. J. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M. C. (2016). Prevalence and course of sexual relationship difficulties in recovered and non-recovered patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Personality and Mental Health*, 10(3), 232-243. <https://doi.org/10.1002/pmh.1327>
- Kernberg, O. F. (2011). Limitations to the capacity to love. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(6), 1501-1515. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00456.x>
- Kernberg, O. F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. et Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Lachkar, J. (2004). *The narcissistic/borderline couple: New approaches to marital therapy* (2^e éd.). Brunner-Routledge.
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R. et Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. <http://dx.doi.org/10.1037/t51913-000>
- Lafontaine, M.-F. et Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(1), 56-60. <https://doi.org/10.1037/h0087187>
- Landucci, J. et Foley, G. N. (2014). Couples therapy: Treating selected personality-disordered couples within a dynamic therapy framework. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(3-4), 29-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24800131>
- Lebow, J. L. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. John Wiley & Sons.
- Lebow, J. L. (2016). Editorial: Empirically supported treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 55(3). <https://doi.org/10.1111/famp.12240>
- Lebow, J. L. et Diamond, R. M. (2019). Brief history of couple and family therapy. Dans B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles et M. A. Whisman (dir.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (p. 3-18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000101-001>
- Lebow, J. L. et Uliaszek, A. A. (2010). Couples and family therapy for personality disorders. Dans J. J. Magnavita (dir.), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes* (p. 193-221). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12130-007>
- Le Corff, Y. et Busque-Carrier, M. (2016). Structural validity of the NEO Personality Inventory 3. *International Journal of Arts & Sciences*, 9(3), 461-472. <http://www.universitypublications.net/ijas/0903/pdf/V6Z154.pdf>
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959-986. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050455>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Links, P. S. et Heslegrave, R. J. (2000). Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70148-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70148-9)
- Lussier, Y. (1997). *Adaptation francophone du Revised conflict tactics scales (CTS2)* [document inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Magnavita, J. J. (2010). Methods, components, and strategies of unified treatment: Using evidence and personality systematics to enhance outcome. Dans J. J. Magnavita (dir.), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes* (p. 253-285). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12130-009>
- Magnavita, J. J. (2019). Personality in couple and family therapy. Dans J. L. Lebow, A. L. Chambers et D. C. Breunlin (dir.), *Encyclopedia of couple and family therapy*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_545
- McCrae, R. R. et Costa, P. T. (2010). *NEO-Personality Inventory-3*. PAR.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. et Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Mondor, J., Wright, J. et Eid, P. (2017). Psychothérapie de couple. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p. 735-764). Presses de l'Université du Québec.
- Morizot, J. (2014). Construct validity of adolescents' self-reported Big Five personality traits: Importance of conceptual breadth and initial validation of a short measure. *Assessment*, 21, 580-606. <https://doi.org/10.1177/1073191114524015>
- Mund, M., Finn, C., Hagemeyer, B. et Neyer, F. J. (2016). Understanding dynamic transactions between personality traits and partner relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 25(6), 411-416. <https://doi.org/10.1177/0963721416659458>
- Neyer, F. J., Mund, M., Zimmermann, J. et Wrzus, C. (2014). Personality-relationship transactions revisited. *Journal of Personality*, 82(6), 539-550. <https://doi.org/10.1111/jopy.12063>
- Nicastro, R., Prada, P., Kunk, A.-L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J.-M., Guenot, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual Review of Psychology*, 17, 439-464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- Ogrodniczuk, J. S., Uliaszek, A. A., Lebow, J. L. et Piper, W. E. (2014). Group, family, and couples therapies. Dans J. M. Oldham, A. E. Skodol et D. S. Bender (dir.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (2^e éd., p. 281-302). American Psychiatric Publishing.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M. et Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220. <http://dx.doi.org/10.7202/008831ar>
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach & eye witness to therapy*. Science & Behavior Books.
- Pinosof, W. M., Breunlin, D. C., Russell, W. P., Lebow, J. L., Rampage, C. et Chambers, A. L. (2018). The integrative systemic therapy approach to working with couples. Dans W. M. Pinosof, D. C. Breunlin, W. P. Russell, J. L. Lebow, C. Rampage et A. L. Chambers (dir.), *Integrative systemic therapy: Metaframeworks for problem solving with individuals, couples, and families* (p. 279-313). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000055-010>
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R. et Danese, A. (2016). Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103-1112.
- Roberts, B. W., Wood, D. et Smith, J. L. (2005). Evaluating Five Factor Theory and social investment perspectives on personality trait development. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 166-184. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.08.002>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J.-P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS ONE*, 10(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>
- Sabourin, S. et Lefebvre, D. (2008). Conception intégrée des processus psychopathologiques des problèmes conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 15-98). Presses de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., Lefebvre, D. et Poitras-Wright, H. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 99-196). Presses de l'Université du Québec.
- Savard, C., Maheux-Caron, V., Vachon, D., Héту, S. et Gamache, D. (2022). A French adaptation of the Affective and Cognitive Measure of Empathy (ACME-F). *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/pas0001105>
- Savard, C., Paquin, S. et Maranda, J. (2017). *Trouble de la personnalité, conflits amoureux et crise suicidaire: construits fondamentaux et intervention de groupe novatrice*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/trouble-de-la-personnalite-conflits-amoureux-et-crise-suicidaire-construits-fondamentaux-et-intervention-de-groupe-novatrice>
- Savard, C., Simard, C. et Jonason, P. K. (2017). Psychometric properties of the French-Canadian version of the Dark Triad Dirty Dozen. *Personality and Individual Differences*, 119, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.044>

- Schoenleber, M., Roche, M. J., Wetzel, E., Pincus, A. L. et Roberts, B. W. (2015). Development of a brief version of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 27(4), 1520-1526. <https://doi.org/10.1037/pas0000158>
- Sexton, T. L., Datchi, C., Evans, L., Lafollette, J. et Wright, L. (2013). The effectiveness of couple and family-based clinical intervention. Dans M. J. Lambert (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 587-639). Wiley.
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E. et Stevens, B. A. (2015). *Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships*. Wiley-Blackwell.
- Snyder, D. K. et Mitchell, A. E. (2008). Affective-reconstructive couple therapy: A pluralistic, developmental approach. Dans A. S. Gurman (dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (4^e éd., p. 353-382). The Guilford Press.
- Snyder, D. K., Wills, R. M. et Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 138-141. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.138>
- South, S. C., Turkeimer, E. et Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 769-780. <https://doi.org/10.1037/a0013346>
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00385.x>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Vachon, D. D. et Lynam, D. R. (2016). Fixing the problem with empathy: Development and validation of the Affective and Cognitive Measure of Empathy. *Assessment*, 23(2), 135-149. <https://doi.org/10.1177/1073191114567941>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Dugal, C., Poirier Stewart, R., Godbout, N., Sabourin, S., Lussier, Y. et Briere, J. (2016). Extradynamic sexual involvement and sexual compulsivity in male and female sexual abuse survivors. *Journal of Sex Research*, 53(4-5), 614-625. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1061633>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveer, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. et Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Whisman, M. A., Tolejko, N. et Chataov, Y. (2007). Social consequences of personality disorders: Probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 690-695. <https://doi.org/10.1521/pep.2007.21.6.690>
- Whitehurst, T., Ridolfi, M. E. et Gunderson, J. (2002). Multiple family group treatment for borderline personality disorder. Dans S. G. Hofmann et M. C. Tompson (dir.), *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions* (p. 343-363). Guilford Press.
- Widom, S. J., Czaja, S. et Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 650-663. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.004>
- Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A. et Guimon, J. (2006). Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'Encéphale*, 32(1), 45-59. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76136-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76136-X)

Chapitre 06

- Cozolino, L. (2008). *The neuroscience of psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie* (traduit par M.-P. Martorell et S. Merkel). Les Éditions du CIG.
- Cyr, J. et Mercier, A. (2012). Applications en milieu psychiatrique. Dans L. Girard et G. Delisle (dir.), *La psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Les Éditions du CIG.
- Delisle, G. (1996). *Une révision de la théorie du Self de Perls, Hefferline et Goodman, et de ses prolongements cliniques* [thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie*. Les Éditions du CIG.
- Delisle, G. (2008). *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales*. Les Éditions du CIG.
- Delisle, G. et Girard, L. (2018). *Les troubles de la personnalité : perspective gestaltiste* (4^e édition). Les Éditions du CIG.
- Drouin, M.-S. (2008). La psychothérapie gestaltiste des relations d'objet et les données probantes. *Revue québécoise de Gestalt*, 11, 157-173.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline personality. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12(2), 91-115.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. et Jurist, E. (2005). *Affect regulation, mentalization, and the development of the Self*. Other Press.
- Girard, L. et Delisle, G. (dir.). (2012). *La psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Les Éditions du CIG.
- Girard, L. et Delisle, G. (2017). Les troubles de la personnalité : traiter le lien par le lien. *Psychologie Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/les-troubles-de-la-personnalite-traiter-le-lien-par-le-lien>

- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Norcross, J. C. (dir.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2^e éd.). Oxford University Press.
- Panksepp, J. et Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*. Routledge.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the Self*. W. W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi* (traduit par le groupe NeuROgestalt). Les Éditions du CIG.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

Chapitre 07

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Rinehart and Winston.
- Allport, G. W. (1970). *Structure et développement de la personnalité*. Delachaux et Niestlé.
- Barbier, J.-M. (2020, 14 mai). Peut-on parler de dynamique identitaire? *Innovation pédagogique*. <https://www.innovation-pedagogique.fr/article7042.html>
- Baubet, T., Taïeb, O. et Moro, M. R. (2012). Schizophrénie, cultures et migrations. Dans J. Daléry, T. d'Amato et M. Saoud (dir.), *Pathologies schizoïques* (p. 206-211). Médecine Sciences Publications.
- Baugnet, L. (2001). *Métamorphoses identitaires*. P. I. E.-Peter Lang S. A.
- Berry, J. W. (2019). *Acculturation: A personal journey across cultures*. Cambridge University Press.
- Camilleri, C. (1997). *Stratégies identitaires*. Presses universitaires de France.
- Dasen, P. R. et Ogay, T. (2000). Pertinence d'une approche comparative pour la théorie des stratégies identitaires. Dans J. Costa-Lacoux, M.-A. Hily et G. Vermès (dir.), *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires. Hommage à Carmel Camilleri* (p. 55-80). L'Harmattan-Paris.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Flammarion.
- Lipiansky, E. M. (1992). *Identité et communication : l'expérience groupale*. Presses universitaires de France.
- Maalouf, A. (1998). *Les identités meurtrières*. Grasset.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7(4), 177-182. <https://doi.org/10.1177/00918296600700405>

Chapitre 08

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Gueffi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bonneville-Baruchel, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces : clinique de l'enfant placé*. Érès.
- Britton, R. (1998). *Belief and imagination: Explorations in psychoanalysis*. Routledge.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Cohen de Lara, A., de Kernier, N., Emmanuelli, M., Vibert, S., De Gheest, F., Hurvy, C., Drieu, D., Van den Bulke, D. et Azoulay, C. (2013). Apports des méthodes projectives à la compréhension du fonctionnement psychique d'adolescents borderline. Dans M. Corcos, A. Pham-Scottez et M. Speranza (dir.), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (p. 331-354). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.corco.2013.02.0331>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. et van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Crick, N. R., Murray-Close, D. et Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1051-1070. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050492>
- Delisle, G. (2018). *Object relations in Gestalt therapy*. Routledge.
- Didier, O. (s. d.). Au-delà des événements traumatiques : les expériences relationnelles précoces associées à l'avènement du trouble de la personnalité limite [document inédit]. *Filigrane*.
- Didier, O., Dugas, P., Houvenaghel, I. et Terradas, M. M. (s. d.). L'enfant borderline en devenir : contribution de la notion de structure de personnalité et du TAT à la compréhension du trouble de personnalité limite en émergence [document soumis pour publication]. *La psychiatrie de l'enfant*.

- Dubé, G., Terradas, M. M., Arsenault, S., Lallier Beaudoin, M.-C. et Pesant, S. (2013). L'enfant borderline en devenir : pourquoi s'y intéresser ? *Enfance en difficulté*, 2, 31-59. <https://doi.org/10.7202/1016246ar>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: selected papers*. International Universities Press.
- Ferenczi, S. (1926). The problem of acceptance of unpleasant ideas—Advances in knowledge of the sense of reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 312-323.
- Figueiredo, L. C. (2006). Sense of reality, reality testing and reality processing in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 769-787. <https://doi.org/10.1516/8Q72-R1Q6-N144-H0G6>
- Fonagy, P. et Target, M. (2000). Playing with reality: The persistence of dual psychic reality in borderline patients (3^e partie). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques* (traduit par J. Adamov). Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (2016). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Affirmative. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 478-482.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. et Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2^e éd.). Guilford Press.
- Lingardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^e éd.). Guilford Press.
- Pine, F. (1986). On the development of the "borderline-child-to-be". *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.
- Target, M. et Fonagy, P. (1996). Playing with reality: The development of psychic reality from a theoretical perspective (2^e partie). *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479.
- Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64, 1-276.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104. <https://doi.org/10.1521/pepi.1997.11.1.93>

Chapitre 09

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4^e éd., révisée). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 4^e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Christie, R. et Gels, F. (1970). *Studies in Machiavellism*. Academic Press.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. Mosby.
- Cleckley, H. (1955). *The mask of sanity* (3^e éd.). Mosby.
- Furnham, A., Richards, S. C. et Paulus, D. L. (2013). The Dark Triad of personality: A 10 year review. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(3), 199-216. <https://doi.org/10.1111/spc3.12018>
- Glen, A. et Kaine, A. (2014). *Psychopathy: An introduction to biological findings and their implications*. New York University Press.
- Grandin, T. et Deesing, M. (2014). *Genetics and the behaviour of the domestic animal*. Academic Press.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. et Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.361>
- Hare, R. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13(2), 39-40.
- Hare, R. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopath among us*. Guilford Press.
- Hare, R. (2003). *Hare psychopathy checklist-Revised (PCL-R)* (2^e éd.). Multi-Health Systems.
- Hare, R. et Neumann, C. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>
- Harris, G. et Rice, M. (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. Dans P. Christopher (dir.), *Handbook of psychopathy* (p. 555-572). Guilford Press.

- Hochmann, J. (1976). Les dents de la mère. *Évolution psychiatrique*, 41, 619-661.
- Institut national de santé publique du Québec. (2018, 6 avril). *Définition de la violence*. <https://www.inspq.gc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>
- Mason, D. et Frick, P. (1994). The heritability of antisocial behaviour: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 16, 301-323.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond* (2^e éd.). Wiley.
- Ogloff, J. R. P., Campbell, R. E. et Shepherd, S. M. (2016). Disentangling psychopathy from antisocial personality disorder: An Australian analysis. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(3), 198-215. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1177281>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé : synthèse*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf
- Paulhus, D. L. et Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, machiavellism and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556-563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
- Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature. Why violence has declined*. Viking Books.
- Pinker, S. (2018). *Enlightenment now: The case for reason, science, humanism, and progress*. Viking Press.
- Van Gijsegem, H. (2017). Narcissisme, machiavélisme et psychopathie : la triade sombre. *Psychologie Québec*, 34(2), 37-39.

Chapitre 10

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Behary, W. T. (2013). *Disarming the narcissist: Surviving & thriving with the self-absorbed* (2^e éd.). New Harbinger Publications.
- Bessette, M. et Gran, M.-C. (2019). *Les personnalités particulières au travail*. Les Éditions de l'Homme.
- Boostalab. (2022, 12 avril). Les personnalités narcissiques en milieu de travail : comment les gérer ? *Le journal de Boostalab*. <https://boostalab.com/cohesion-dequipe/les-personnalites-narcissiques-en-milieu-de-travail-comment-les-gerer/>
- Buchholz, F., Lopatta, K. et Maas, K. (2019). The deliberate engagement of narcissistic CEOs in earnings management. *Journal of Business Ethics*, 167, 663-686. <https://doi.org/10.1007/s10551-019-04176-x>
- Cortina, L. M., Kabat-Farr, D., Magley, V. J. et Nelson, K. (2017). Researching rudeness: The past, present, and future of the science of incivility. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 299-313. <https://doi.org/10.1037/ocp0000089>
- Google. (s. d.). Guide: Understand team effectiveness. *Re:Work*. <https://rework.withgoogle.com/print/guides/5721312655835136/>
- Learner, R. (2008). *The object of my affection is in my reflection: Coping with narcissists*. Health Communications.
- Malkin, C. (2016). *Rethinking narcissism: The secret to recognizing and coping with narcissists*. Harper Perennial.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders: An update on the developmental self and object relations approach to diagnosis and treatment*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Netflix. (s. d.). *Netflix culture—Seeking excellence*. <https://jobs.netflix.com/culture/#introduction>
- Noguez, S. N. (2022, 18 janvier). Chercher l'unité dans la diversité. *GERME*. <https://www.germe.com/emag/article/1290-chercher-lunite-dans-la-diversite>
- Van Scotter, J. R. et Roglio, K. D. D. (2020). CEO bright and dark personality: Effects on ethical misconduct. *Journal of Business Ethics*, 164, 451-475. <https://doi.org/10.1007/s10551-018-4061-5>
- Wheatley, M. (1992). *Leadership and the new science: Discovering order in a chaotic world*. Berrett-Koehler.
- Wheatley, M. (2017). *Who do we choose to be? Facing reality, claiming leadership, restoring sanity*. Berrett-Koehler.
- Zeigler-Hill, V. et Jordan, C. H. (2011). Behind the mask: Narcissism and implicit self-esteem. Dans W. K. Campbell et J. D. Miller (dir.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (p. 101-115). John Wiley & Sons.

Chapitre 11

- Adler, G. (2000). The alliance and the more disturbed patient. Dans S. T. Levy (dir.), *The therapeutic alliance* (p. 75-91). International Universities Press.
- Barnett, J. E. (2008). The ethical practice of psychotherapy: Easily within our reach. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 569-575. <https://doi.org/10.1002/jclp.20473>
- Bateman, A. W. (1995). The treatment of borderline patients in a day hospital setting. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/02668739500700021>
- Bateman, A. W. (2002). Thick- and thin-skinned organizations and enactment in borderline and narcissistic disorders. Dans P. Williams et G. O. Gabbard (dir.), *Key papers on borderline disorders* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429476426-2>

- Bessette, M. (2012). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognition. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4413/1/030309481.pdf>
- Betan, E. J. et Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy et J. S. Ablon (dir.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (p. 179-198). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_8
- Book, H. E. (1996). Countertransference and the difficult personality-disordered patient. Dans M. Rosenbluth (dir.), *Treating difficult personality disorders* (p. 173-203). Jossey-Bass.
- Brody, E. M. et Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Cassorla, R. M. S. (2008). The analyst's implicit alpha-function, trauma and enactment in the analysis of borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(1), 161-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2007.00018.x>
- Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Gueffi, J. D. et Rouillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales médico-psychologiques*, 167(5), 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.09.006>
- Clarke, J. J., Rees, C. S., Breen, L. J. et Heritage, B. (2021). The perceived effects of emotional labor in psychologists providing individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(3), 414-424. <https://doi.org/10.1037/pst0000351>
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Davidtz, J. (2007). *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference* (publication n° AAI3275802) [thèse de doctorat, University of Massachusetts Amherst]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Elliott, D. M. et Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83-90. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.1.83>
- Farber, B. A. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(2), 174-182. <https://doi.org/10.1037/h0088488>
- Finell, J. (1985). Narcissistic problems in analysts. *International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 433-445.
- Floyd, M. R., Myszk, M. T. et Orr, P. (1998). Licensed psychologists' knowledge and utilization of a state association colleague assistance committee. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 594-598.
- Fonagy, P., Target, M., et Bateman, A. (2010). The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder. Dans P. Williams et I. Wise (dir.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (1^{re} éd., p. 35-80). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482885>
- Fredericksen, J. (1990). Hate in the countertransference as an empathic position. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(3), 479-496. <https://doi.org/10.1080/00107530.1990.10746673>
- Gabbard, G. O. (2010). The therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. Dans P. Williams et I. Wise (dir.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (1^{re} éd., p. 1-19). <https://doi.org/10.4324/9780429482885>
- Galloway, V. A. et Brodsky, S. L. (2003). Caring less, doing more: The role of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients. *American Journal of Psychotherapy*, 57(1), 32-38. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2003.57.1.32>
- Groesbeck, C. J. et Taylor, B. (1977). The psychiatrist as wounded physician. *The American Journal of Psychoanalysis*, 37(2), 131-139. <https://doi.org/10.1007/bf01254641>
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist: The impact of clinical practice on the therapist's intimate relationships and emotional well-being*. John Wiley and Sons.
- Hansen, K. (1994). On leaving the scene: Processing projective identification and the schizoid experience. *Clinical Social Work Journal*, 22, 277-289. <https://doi.org/10.1007/BF02190358>
- Hobaica, S., Szkody, E., Owens, S. A., Boland, J. K., Washburn, J. J. et Bell, D. J. (2021). Mental health concerns and barriers to care among future clinical psychologists. *Clinical Journal of Psychology*, 77(11), 2473-2490. <https://doi.org/10.1002/jclp.23198>
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 104-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330636/>
- Jeffrey, E. B. (2008). The ethical practice of psychotherapy: Easily within our reach. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 569-575. <https://doi.org/10.1002/jclp.20473>
- Kernberg, O. F. (1994). Réactions contre-transférentielles aiguës et chroniques. *Revue française de psychanalyse*, 5(58), 1563-1580.
- Kernberg, O. F. (2003). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 517-545. <https://doi.org/10.1177/00030651030510021101>
- Kulick, E. M. (1985). On countertransference boredom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49(2), 95-112.
- Maslach, C. et Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique: Teaching seminars*. Routledge.
- Masterson, J. F. (2015). *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiological development of the self: A clinical integration*. Zeig, Tucker & Theisen.
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P. et Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- McIntyre, S. M. et Schwartz, R. C. (1998). Therapist's differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F)
- Meyers, H. C. (1986). *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference* (1^{re} éd.). Routledge.
- Miller, A. (1996). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self*. Basic Books.
- Nikčević, A. V., Kramolisova-Advani, J. et Spada, M. M. (2007). Early childhood experiences and current emotional distress: What do they tell us about aspiring psychologists? *The Journal of Psychology*, 141(1), 25-34. <https://doi.org/10.3200/JRPL.141.1.25-34>
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.8.840>
- O'Connell Higgins, G. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past* (1^{re} éd.). Jossey-Bass.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345-350. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.345>
- Pirelli, G., Formon, D. L. et Maloney, K. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health: Forensic psychology as exemplar. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 454-466. <https://doi.org/10.1037/pro0000293>
- Robbins, S. B. et Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 276-282. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.3.276>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. et Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Sampson, M. J. (2006). The challenges community mental health teams face in their work with patients with personality disorders. Dans M. Sampson, R. McCubbin et P. Tyrer (dir.), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (p. 221-240). John Wiley and Sons.
- Schamess, G. (1981). Boundary issues in countertransference: A developmental perspective. *Clinical Social Work Journal*, 9, 244-257. <https://doi.org/10.1007/BF00758207>
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. W. W. Norton & Company.
- Searles, H. F. (1994). *My work with borderline patients*. Jason Aronson.
- Segal, H. (2011). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Presses universitaires de France.
- Shachner, S. E. et Farber, B. A. (1997). Effect of diagnosis on countertransference responses to child psychotherapy patients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 377-384. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2604_6
- Sherman, M. D. et Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 281-285. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.79>
- Simonato, G., Simpson, S. et Reid, C. (2019). Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(4), 470-482. <https://doi.org/10.1037/pst0000261>
- Simpson, A. V., Farr-Wharton, B. et Reddy, P. (2020). Cultivating organizational compassion in healthcare. *Journal of Management and Organization*, 26(3), 340-354. <https://doi.org/10.1017/jmo.2019.54>
- Simpson, S., Simonato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C. et Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(1), 35-46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>
- Stadler, H. A., Willing, K. L., Eberhage, M. G. et Ward, W. H. (1988). Impairment: Implications for the counseling profession. *Journal of Counseling & Development*, 66(6), 258-260. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1988.tb00863.x>
- Stream, H. S. (2001). *Controversies on countertransference*. Jason Aronson.
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Jason Aronson.
- Tansey, M. J. et Burke, W. F. (1995). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Routledge.
- Turnbull, M. G. et Rhodes, P. (2021). Burnout and growth: Narratives of Australian psychologists. *Qualitative Psychology*, 8(1), 51-61. <https://doi.org/10.1037/qual0000146>
- Waska, R. T. (2000). Hate, projective identification, and the psychotherapist's struggle. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 33-38.
- Wheelis, J. et Gunderson, J. G. (1998). A little cream and sugar: Psychotherapy with a borderline patient. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 114-122. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.114>
- Whitney, H. J. (1995). *A comparative study of the emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients* (publication n° 9809520) [thèse de doctorat, New York University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Yegdic, T. (1998). Paradox as symptom in the borderline patient's struggle for self-differentiation. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(1), 15-27. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1998.tb00996.x>

Chapitre 12

- Adolphs, R. (2002). Neural systems for recognizing emotion. *Current Opinion in Neurobiology*, 12(2), 169-177. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(02\)00301-X](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(02)00301-X)
- Aldebert, J. et Gagnon, J. (sous presse). Does identity disturbance contribute to inhibition in borderline personality? *L'Encéphale*.
- Arntz, A., Appels, C. et Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: A test with emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 366-373. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.366>
- Arntz, A., Meeren, M. et Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 1063-1068. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00121-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00121-8)
- Aycicegi-Dinn, A., Dinn, W. M. et Caldwell-Harris, C. L. (2009). Obsessive-compulsive personality traits: Compensatory response to executive function deficit? *International Journal of Neuroscience*, 119(4), 600-608. <https://doi.org/10.1080/00207450802543783>
- Ayduk, O., Zayas, V., Downey, G., Cole, A. B., Shoda, Y. et Mischel, W. (2008). Rejection sensitivity and executive control: Joint predictors of borderline personality features. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 151-168. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.002>
- Baliouis, M., Duggan, C., McCarthy, L., Huband, N. et Völlm, B. (2019). Executive function, attention, and memory deficits in antisocial personality disorder and psychopathy. *Psychiatry Research*, 278, 151-161. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.046>
- Bari, A. et Robbins, T. W. (2013). Inhibition and impulsivity: Behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108, 44-79. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.06.005>
- Bazanis, E., Rogers, R. D., Dowson, J. H., Taylor, P., Meux, C., Staley, C., Nevinson-Andrews, D., Taylor, C., Robbins, T. W. et Sahakian, B. J. (2002). Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 32(8), 1395-1405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006657>
- Bechara, A., Tranel, D. et Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial frontal cortex lesions. *Brain*, 123, 2189-2202. <https://doi.org/10.1093/brain/123.11.2189>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W. et Flor, H. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 799-805. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.799>
- Blair, K. S., Newman, C., Mitchell, D. G. V., Richell, R. A., Leonard, A., Morton, J. et Blair, R. J. R. (2006). Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychology*, 20(2), 153-165. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.2.153>
- Blair, R. J. R. (2007). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(9), 387-392. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.07.003>
- Blair, R. J. R. et White, S. F. (2013). Social cognition in individuals with psychopathic tendencies. Dans S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg et M. V. Lombardo (dir.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199692972.003.0020>
- Bornoalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z. et Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 790-812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.005>
- Brendel, G. R., Stern, E. et Silbersweig, D. A. (2005). Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: Functional neuroimaging approaches. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1197-1206. <https://doi.org/10.1017/S095457940505056x>
- Buchsbaum, M. S., Trestman, R. L., Hazlett, E., Siegel Jr., B. V., Schaefer, C. H., Luu-Hsia, C., Tang, C., Herrera, S., Solimando, A. C., Losonczy, M., Serby, M., Silverman, J. et Siever, L. J. (1997). Regional cerebral blood flow during the Wisconsin Card Sort Test in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 27(1), 21-28. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00081-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00081-9)
- Bush, G., Luu, P. et Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), 215-222. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01483-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01483-2)
- Clark, L., Cools, R. et Robbins, T. W. (2004). The neuropsychology of ventral prefrontal cortex: Decision-making and reversal learning. *Brain and Cognition*, 55(1), 41-53. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00284-7](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00284-7)
- Cloitre, M., Caciennne, J., Brodsky, B., Dulit, R. et Perry, S. W. (1996). Memory performance among women with parental abuse histories: Enhanced directed forgetting or directed remembering? *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 204-211. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.2.204>
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W. et Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 128-141. <https://doi.org/10.1037/a0020574>
- Cunningham, W. A. et Brosch, T. (2012). Motivational salience: Amygdala tuning from traits, needs, values, and goals. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 54-59. <https://doi.org/10.1177/0963721411430832>
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K. et Ruocco, A. C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 43(9). <https://doi.org/10.1017/S0033291712002607>
- Deming, P. et Koenigs, M. (2020). Functional neural correlates of psychopathy: A meta-analysis of MRI data. *Translational Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0816-8>
- Di Sarno, M., Di Piero, R. et Madeddu, F. (2018). The relevance of neuroscience for the investigation of narcissism: A review of current studies. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(4), 242-250.
- Dolan, M. (2012). The neuropsychology of prefrontal function in antisocial personality disorder: Disordered offenders with varying degrees of psychopathy. *Psychological Medicine*, 42(8), 1715-1725. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002686>
- Dolan, M. et Park, I. (2002). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 32(3), 417-427. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005378>
- Edelstein, R. S., Yim, I. S. et Quas, J. A. (2010). Narcissism predicts heightened cortisol reactivity to a psychosocial stressor in men. *Journal of Research in Personality*, 44(5), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.06.008>
- Friedman, N. P. et Miyake, A. (2004). The relations among inhibition and interference control functions: A latent-variable analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133(1), 101-135. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.133.1.101>
- Gagnon, J. (2015). Déficits neuropsychologiques en lien avec l'impulsivité dans le trouble de la personnalité limite [Neuropsychological deficits associated with impulsivity in borderline personality disorder]. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 81-109.
- Gagnon, J. (2017). Defining borderline personality disorder impulsivity: Review of neuropsychological data and challenges that face researchers. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1, 154-176. <https://www.fortunejournals.com/articles/defining-borderline-personality-disorder-impulsivity-review-of-neuropsychological-data-and-challenges-that-face-researchers.html>
- Gagnon, J., Aldebert, J., Saleh, G. et Kim, W. S. (2019). The modulating role of self-referential stimuli and processes in the effect of stress and negative emotion on inhibition processes in borderline personality disorder: Proposition of a model to integrate the self-concept and inhibition processes. *Brain Sciences*, 9(4), 77. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040077>
- Gagnon, J., Quansah, J. E. et McNicoll, P. (2022). Cognitive control processes and defense mechanisms that influence aggressive reactions: Toward an integration of socio-cognitive and psychodynamic models of aggression. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.751336>
- Gagnon, J., Quansah, J. E., Saleh, G. et Levin, C. (2022). Is splitting related to resistance to proactive interference? A process-oriented study of Kernberg's conceptualization of splitting. *Psychopathology*, 10, 1-17. <https://doi.org/10.1159/000525006>
- Gordon, H. L., Baird, A. A. et End, A. (2004). Functional differences among those high and low on a trait measure of psychopathy. *Biological Psychiatry*, 56(7), 516-521. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.030>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gutz, L., Renneberg, B., Roepke, S. et Niedeggen, M. (2015). Neural processing of social participation in borderline personality disorder and social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 421-431. <https://doi.org/10.1037/a0038614>
- Hare, R. D. (2003). *Hare psychopathy checklist-Revised (PCL-R)* (2^e éd.). Multi-Health Systems.
- Harenski, C. L., Harenski, K. A., Shane, M. S. et Kiehl, K. A. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 863-874. <https://doi.org/10.1037/a0020979>
- Harvey, P. D., Reichenberg, A., Romero, M., Granholm, E. et Siever, L. J. (2006). Dual-task information processing in schizotypal personality disorder: Evidence of impaired processing capacity. *Neuropsychology*, 20(4), 453-460. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.4.453>
- Hochhausen, N. M., Lorenz, A. R. et Newman, J. P. (2002). Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 495-501. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.111.3.495>
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W. et Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38(2), 82-86. <https://doi.org/10.1159/000084815>
- Jacob, G. A., Gutz, L., Bader, K., Lieb, K., Tüscher, O. et Stahl, C. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: Impairment in self-report measures, but not behavioral inhibition. *Psychopathology*, 43(3), 180-188. <https://doi.org/10.1159/000304174>
- Janak, P. H. et Tye, K. M. (2015). From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*, 517, 284-292. <https://doi.org/10.1038/nature14188>
- Jauk, E. et Kanske, P. (2021). Can neuroscience help to understand narcissism? A systematic review of an emerging field. *Personality Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.1017/pen.2021.1>
- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G. et Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 29(6), 1397-1404. <https://doi.org/10.1017/S0033291799001208>
- Kelsey, R. M., Ornduff, S. R., McCann, C. M. et Reiff, S. (2001). Psychophysiological characteristics of narcissism during active and passive coping. *Psychophysiology*, 38(2), 292-303. <https://doi.org/10.1111/1469-8986.3820292>
- Kelsey, R. M., Ornduff, S. R., Reiff, S. et Arthur, C. M. (2002). Psychophysiological correlates of narcissistic traits in women during active coping. *Psychophysiology*, 39(3), 322-332. <https://doi.org/10.1017/S004857720139306X>

- Korfine, L. et Hooley, J. M. (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 214-221. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.109.2.214>
- Kowalski, J. (2014). *Narcissistic brain: Attempt of neuropsychological description* [présentation]. International Psychological Applications Conference and Trends, Porto, Portugal. http://www.inpact-psychologyconference.org/2014/Conference%20Program_InPACT2014.pdf
- Krause-Utz, A., Sobanski, E., Alm, B., Valerius, G., Kleindienst, N., Bohus, M. et Schmahl, C. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: An exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(2), 116-123. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6462>
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. et Chanan, A. M. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: Reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. *Journal of Personality Disorders, 24*(6), 785-799. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.785>
- Legris, J., Links, P. S., van Reekum, R., Tannock, R. et Toplak, M. (2012). Executive function and suicidal risk in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 196*(1), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.008>
- Leyton, M., Okazawa, H., Diksic, M., Paris, J., Rosa, P., Mzengeza, S., Young, S. N., Blier, P. et Benkelfat, C. (2001). Brain regional α - ^{14}C Methyl-L-Tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 158*(5), 775-782. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.775>
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. et Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion, 6*(4), 647-655. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.647>
- Madden, G. J. et Bickel, W. K. (dir.). (2010). *Impulsivity: The behavioral and neurological science of discounting*. American Psychological Association.
- Mancke, F., Schmitt, R., Winter, D., Niedfeld, I., Herpertz, S. C. et Schmahl, C. (2018). Assessing the marks of change: How psychotherapy alters the brain structure in women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 43*(3), 171-181. <https://doi.org/10.1503/jpn.170132>
- Marek, S., Tervo-Clemmens, B., Calabro, F. J., Montez, D. F., Kay, B. P., Hatoum, A. S., Donohue, M. R., Foran, W., Miller, R. L., Hendrickson, T. J., Malone, S. M., Kandal, S., Feczko, E., Miranda-Dominguez, O., Graham, A. M., Earl, E. A., Perrone, A. J., Cordova, M., Doyle, O., ... Dosenbach, N. U. F. (2022). Reproducible brain-wide associations studies require thousands of individuals. *Nature, 603*, 654-660. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04492-9>
- Marincowitz, C., Lochner, C. et Stein, D. J. (2021). The neurobiology of obsessive-compulsive personality disorder: A systematic review. *CNS Spectrums, 1*-12. <https://doi.org/10.1017/S10928529211000754>
- Marsh, A. A. et Cardinale, E. M. (2014). When psychopathy impairs moral judgments: Neural responses during judgments about causing fear. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/scan/nss097>
- McClure, M. M., Romero, M. J., Bowie, C. R., Reichenberg, A., Harvey, P. D. et Siever, L. J. (2007). Visual-spatial learning and memory in schizotypal personality disorder: Continued evidence for the importance of working memory in the schizophrenia spectrum. *Archives of Clinical Neuropsychology, 22*(1), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.11.004>
- Mitropoulou, V., Harvey, P. D., Zegarelli, G., New, A. S., Silverman, J. M. et Siever, L. J. (2005). Neuropsychological performance in schizotypal personality disorder: Importance of working memory. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1896-1903. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1896>
- Phillips, R. G. et LeDoux, J. E. (1992). Differential contribution of amygdala and hippocampus to cued and contextual fear conditioning. *Behavioral Neuroscience, 106*(2), 274-285. <https://doi.org/10.1037//0735-7044.106.2.274>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimental, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. et Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21*(3), 365-379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E., Thomas, K. M. et Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 99*(25), 16366-16370. <https://doi.org/10.1073/pnas.252644699>
- Putnam, K. M. et Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*(4), 899-925. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050431>
- Rentrop, M., Backenstrass, M., Jaentsch, B., Kaiser, S., Roth, A., Unger, J., Weisbrod, M. et Renneberg, B. (2008). Response inhibition in borderline personality disorder: Performance in a Go/Nogo task. *Psychopathology, 41*(1), 50-57. <https://doi.org/10.1159/000110626>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. et Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 75-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Ruchsnow, M., Groen, G., Buchheim, A., Walter, H., Martius, P., Reiter, M., Hermle, L., Spitzer, M., Ebert, D. et Falkenstein, M. (2008). Response inhibition in borderline personality disorder: Event-related potentials in a Go/Nogo task. *Journal of Neural Transmission, 115*, 127-133. <https://doi.org/10.1007/s00702-007-0819-0>
- Ruocco, A. C. et Carcone, D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry, 24*(5), 311-329. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000123>
- Ruocco, A. C., Lam, J. et McCain, S. F. (2014). Subjective cognitive complaints and functional disability in patients with borderline personality disorder and their nonaffected first-degree relatives. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(6), 335-344. <https://doi.org/10.1177/070674371405900607>
- Ruocco, A. C., Laporte, L., Russell, J., Guttman, H. et Paris, J. (2012). Response inhibition deficits in unaffected first-degree relatives of patients with borderline personality disorder. *Neuropsychology, 26*(4), 473-482. <https://doi.org/10.1037/a0028715>
- Sander, D., Grafman, J. et Zalla, T. (2003). The human amygdala: An evolved system for relevance detection. *Reviews in the Neurosciences, 14*(4), 303-316. <https://doi.org/10.1515/revneuro.2003.14.4.303>
- Savard, C., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2014). Échelle auto-rapportée de psychopathie de Levenson : adaptation française et validation. *Criminologie, 47*(2), 263-293. <https://doi.org/10.7202/1026736ar>
- Schuermann, B., Kathmann, N., Stiglmayr, C., Renneberg, B. et Endrass, T. (2011). Impaired decision making and feedback evaluation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 41*(9), 1917-1927. <https://doi.org/10.1017/s003329171000262x>
- Selby, E. A. et Joiner Jr., T. E. (2008). Ethnic variations in the structure of borderline personality disorder symptomatology. *Journal of Psychiatric Research, 43*(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.005>
- Siddi, S., Petretto, D. R. et Preti, A. (2017). Neuropsychological correlates of schizotypy: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Cognitive Neuropsychiatry, 22*(3), 186-212. <https://doi.org/10.1080/13546805.2017.1299702>
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. et Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy, 45*(5), 1011-1024. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.012>
- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tiescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., Pan, H., Beutel, M., Pavony, M. T., Epstein, J., Lenzenweger, M. F., Thomas, K. M., Posner, M. I. et Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*(12), 1832-1841. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06010126>
- Smith, E. E. et Jonides, J. (1999). Storage and executive processes in the frontal lobes. *Science, 283*(5408), 1657-1661. <https://doi.org/10.1126/science.283.5408.1657>
- Sommer, K. L., Kirkland, K. L., Newman, S. R., Estrella, P. et Andreassi, J. L. (2009). Narcissism and cardiovascular reactivity to rejection imagery. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(5), 1083-1115. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00473.x>
- Startup, M., Heard, J. H., Swales, M., Jones, B., Williams, J. M. G. et Jones, R. S. P. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(2), 113-120. <https://doi.org/10.1348/014466501163535>
- Stuss, D. T. (1992). Biological and psychological development of executive functions. *Brain and Cognition, 20*(1), 8-23. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(92\)90059-U](https://doi.org/10.1016/0278-2626(92)90059-U)
- Suhr, J. A. et Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. II: relation to neuropsychological impairment. *Schizophrenia Research, 52*(3), 241-250. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00185-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00185-7)
- Svaldi, J., Philipsen, A. et Matthies, S. (2012). Risky decision-making in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 197*(1-2), 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.014>
- Trestman, R. L., Keefe, R. S., Mitropoulou, V., Harvey, P. D., deVegvar, M. L., Lees-Roitman, S., Davidson, M., Aronson, A., Silverman, J. et Siever, L. J. (1995). Cognitive function and biological correlates of cognitive performance in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research, 59*(1-2), 127-136. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02709-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02709-2)
- Unoka, Z., Seres, I., Áspán, N., Bódi, N. et Kéri, S. (2009). Trust game reveals restricted interpersonal transactions in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*(4), 399-409. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.399>
- Vita, A., Deste, G., Barlati, S., Poli, R., Cacciani, P., De Peri, L. et Sacchetti, E. (2018). Feasibility and effectiveness of cognitive remediation in the treatment of borderline personality disorder. *Neuropsychological Rehabilitation, 28*(3), 416-428. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1148054>
- Völlm, B., Richardson, P., Stirling, J., Elliott, R., Dolan, M., Chaudhry, I., Del Ben, C., McKie, S. et Deakin, B. (2004). Neurobiological substrates of antisocial and borderline personality disorder: Preliminary results of a functional fMRI study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*(1), 39-54. <https://doi.org/10.1002/cbm.559>
- Wang, Y., Yang, T. X., Su, L., Yan, C., Wang, Y., Huang, J., Fan, M.-X., Yin, D.-Z., Jin, Z., Zeng, Y.-W., Shum, D. H. K., Gur, R. C. et Chan, R. C. K. (2014). Neural correlates of prospective memory in individuals with schizotypal personality features. *Neuropsychology, 28*(3), 373-381. <https://doi.org/10.1037/neu0000035>
- Yang, Y. et Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 174*(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.012>



La principale mission de l'Ordre des psychologues du Québec est la protection du public.

Pour ce faire, l'Ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

CRÉDITS

Rédactrice en chef

D^{re} Isabelle Marleau, psychologue

Comité scientifique

M^{me} Lynda Brisson, D^r Frédérick Dionne, psychologues; D^r Gilles Dupuis; D^r Conrad Lecomte et D^{re} Isabelle Rouleau, psychologues.

Comité de révision interne

D^r William Aubé, D^r Yves Martineau et D^{re} Marie-Ève Rouleau, psychologues

Conception graphique

Isabelle Toussaint

Révision linguistique

Tradèm et Véronique Desjardins

Photos

Page couverture (à gauche)
et page 91 : iStock / Travel Trend

Page couverture (à droite) :
Isabelle Toussaint

Page 1 :
Christine Grou : Martin Girard pour Shoot
Isabelle Marleau : Louis-Étienne Doré

Pages 87 et 103 :
Isabelle Toussaint

Impression

Numérix

Ce document a été réalisé par la direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec.

