



Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas

Pierre Cousineau*

Jeffrey E Young**

Le défi de traiter les troubles de la personnalité a exigé des modifications à l'approche cognitive de base. L'approche centrée sur les schémas de Young propose pour le trouble de personnalité limite un modèle d'intervention qui repose sur les concepts de schémas et de modes. Selon ce modèle, la personnalité limite présente quatre modes de fonctionnement inadaptés : l'enfant abandonné, le protecteur détaché, le parent punitif et l'enfant en colère. Le thérapeute doit identifier la présence de ces modes et utiliser des stratégies thérapeutiques spécifiques à chacun d'eux. Les stratégies thérapeutiques sont de quatre niveaux différents : le relationnel, l'expérientiel, le cognitif et le comportemental.

S'il existait un consensus chez les thérapeutes qui interviennent auprès de patients souffrant d'un trouble de personnalité limite, ce serait celui du défi important que ces patients représentent pour toute forme de psychothérapie.

Plusieurs modèles d'intervention ont été proposés, mais il existe très peu de données empiriques concernant le traitement efficace de ce trouble. En fait, les seules recherches concluantes sont celles de Linehan (1993) portant sur la thérapie dialectique comportementale. Les résultats démontrent qu'après un an, les patientes traitées avec cette approche réduisent leur comportement parasuicidaire, sont moins souvent hospitalisées et sont en général moins impulsives. Par ailleurs, même si ces résultats sont intéressants, ils ne constituent pas la réponse à tous les maux. D'abord l'approche de Linehan s'est surtout montrée efficace avec la dimension comportementale du trouble limite; ses patientes se comportent mieux, mais, par ailleurs, elles ne se sentent pas nécessaire-

* Ph. D., l'auteur est en pratique privée.

** Ph. D., l'auteur est directeur du Cognitive Therapy Centers of New York and Fairfield County.

Le présent article a été écrit par le premier auteur en collaboration avec le deuxième. L'approche présentée est celle du Dr Young.

ment mieux (dimension expérientielle). Ensuite, rien ne prouve pour le moment que d'autres approches n'arriveraient pas à des résultats comparables. Les recherches sur les psychothérapies à long terme sont rares (voir le numéro thématique sur la recherche en psychothérapie de *Clinical Psychology : Science and Practice*, 1995, vol. 2, n° 1).

Faute d'un consensus reposant sur des bases empiriques, les thérapeutes éprouvent le besoin d'avoir un modèle conceptuel qui leur permette de donner une signification tant aux multiples facettes déroutantes présentées par le patient limite qu'aux réactions intenses qu'il provoque chez eux. Ce modèle imprimera aussi une direction à l'intervention. Dans leur volume sur le traitement des troubles de personnalité par l'approche cognitive, Beck et al., (1990, p.21) font la remarque suivante :

Pour le moment, des recommandations de traitement fondées sur des observations cliniques et sur une base empirique limitée sont ce que nous pouvons offrir de mieux aux cliniciens qui doivent intervenir auprès de clients présentant un trouble de personnalité, plutôt que d'attendre le développement de protocoles empiriquement valides. (p.21)

Le choix d'un modèle conceptuel se fait le plus souvent à partir de l'orientation théorique de base du thérapeute. En gros, nous retrouvons deux orientations majeures dans la littérature : l'approche psychodynamique et, plus récemment, l'approche cognitive-comportementale. Par ailleurs, il est intéressant de le constater, quelle que soit l'orientation théorique, les caractéristiques particulières du trouble de personnalité limite ont nécessité des accommodations importantes au modèle de base. Ainsi Kernberg (1984) et Masterson (1972, 1976) ont apporté des modifications importantes à la technique analytique classique afin de favoriser le travail avec les patients limites.

L'approche cognitive, de son côté, était d'abord une intervention à court terme utilisée pour traiter des troubles de l'Axe I : le trouble dépressif (Beck, 1963 ; Beck et al., 1979) et les troubles anxieux (Beck et al., 1985 ; Beck, 1987). Là aussi, le traitement des troubles de la personnalité a exigé des ajustements importants à l'approche de base (Beck et al., 1990 ; Freeman et al., 1990 ; Young, 1994 ; Cousineau, 1995).

Les thérapeutes d'orientation cognitive désireux d'intervenir auprès des patients limites avaient, jusqu'à tout récemment, très peu de modèles d'intervention sur lesquels s'appuyer. Cependant, depuis le début des années 90, plusieurs ouvrages importants ont été publiés sur le traitement de ce trouble par la thérapie cognitive. Pretzer a écrit le

chapitre sur le sujet dans Beck et al. (1990). Le modèle qui y est présenté est celui qui se rapproche le plus du modèle cognitif beckien d'origine. Layden et al. (1993), aussi de l'école beckienne, ont ensuite insisté sur l'importance d'ajouter un modèle du développement de la personnalité (Erikson) et de l'intelligence (Piaget) au modèle cognitif de base dans le traitement de la personnalité limite. Linehan (1993), de son côté, a créé un système thérapeutique sophistiqué (techniques cognitives-comportementales, méditation inspirée du Zen, pensée dialectique, encadrement, groupes...) qui vise le remplacement de stratégies dysfonctionnelles par des stratégies fonctionnelles dans un premier temps. Cottraux et Blackburn (1995) ont fait un résumé en français des principales approches cognitives utilisées avec les troubles de la personnalité, dont celles avec le trouble de personnalité limite.

Young (1983, 1984 ; Young et Swift, 1988) a été parmi les pionniers du traitement du trouble de personnalité limite par l'approche cognitive. De fait, on ne retrouve aucune référence sur le sujet avant le début des années 80. Young a présenté son modèle d'intervention pour les troubles de la personnalité dans un ouvrage d'abord paru en 1990 (et révisé en 1994) ; cet ouvrage ne porte pas spécifiquement sur le trouble de personnalité limite. Young y présente *l'approche centrée sur les schémas*. Une version en a aussi été publiée dans un ouvrage destiné au grand public (Young et Klosko, 1994 ; traduit en français en 1995).

Young a toujours gardé un intérêt particulier pour le traitement des patients limites ; il donne régulièrement des ateliers et des conférences sur le sujet (par ex. Young, 1992). Cependant, il n'a pas publié d'article ni d'ouvrage récent sur la thérapie du trouble de personnalité limite. Le présent article vise cet objectif.

Young est régulièrement cité dans les articles et volumes portant sur l'approche cognitive de troubles de personnalité. Son apport majeur a été celui de l'identification des schémas précoces d'inadaptation et de leurs processus de perpétuation (1990, révisé en 1994 ; Cousineau, 1995). De plus il intègre, au niveau de l'intervention, des techniques provenant des trois courants théoriques majeurs, soit cognitif-comportemental, psycho-dynamique et existentiel-humaniste.

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SELON LE DSM-IV

Les critères retenus pour la définition d'un trouble de personnalité limite sont ceux du DSM-IV (1994). Ils sont ici brièvement rappelés avec, entre parenthèses, une référence aux concepts théoriques exposés dans le présent article.

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- A) Efforts effrénés pour éviter les abandons... (mode de l'*enfant abandonné*);
- B) Instabilité et excès dans le mode de relations interpersonnelles, exprimés avec intensité et caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation... (tous les modes);
- C) Perturbation de l'identité... (mode du *protecteur détaché*);
- D) Impulsivité... (mode de l'*enfant en colère*);
- E) Menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportement automutilatoire... (tous les modes)
- F) Instabilité affective avec réactivité marquée... (facteurs biologiques);
- G) Sentiments chroniques de vide ou d'ennui... (mode du *protecteur détaché*);
- H) Colères intenses et inappropriées... (mode de l'*enfant en colère*);
- I) Idées paranoïdes liées à un stress ou dissociation sévère... (modes du *protecteur détaché* et de l'*enfant abandonné*).

HYPOTHÈSES SUR LA GENÈSE D'UNE PERSONNALITÉ LIMITE

Des interactions entre des facteurs d'environnement et des facteurs biologiques sont considérées comme participant à la genèse d'un trouble de personnalité limite.

Les facteurs d'environnement sont familiaux. 1) La famille d'origine n'offre pas une sécurité de base à l'enfant, le milieu est peu sûr. On y retrouve régulièrement de l'abus physique, sexuel, verbal. La menace d'explosion de colère ou de violence est présente. 2) Il y a carence majeure de maternage (« nurturance »), d'affection, et d'empathie. 3) Le milieu est démesurément punitif. On ne laisse aucune chance à l'enfant; on le critique, on le rejette à la moindre faute ou erreur. Ce dernier en arrivera rapidement à la conclusion qu'il est mauvais, incompetent, peu intéressant. 4) Le milieu familial contraint à l'assujettissement. Les règles sont nombreuses et exigent de l'enfant qu'il ne démontre pas ses sentiments (par ex. ne pas pleurer s'il a mal, ne pas se fâcher s'il est

battu...) et qu'il ne tienne pas compte de ses besoins (être en relation, être validé sur le bien-fondé de ses sentiments, être confirmé comme étant valable...).

Ce type de milieu familial ne produirait cependant pas une personnalité limite sans l'existence d'une prédisposition biologique à l'intensité et à la labilité émotionnelle (notion de tempérament). La personne limite éprouve des difficultés avec la régulation et la modulation de ses émotions : son seuil de réponse aux stimuli émotifs est très bas, l'intensité de la réponse est très élevée, le retour au niveau émotionnel de base est très lent (Linehan, 1993).

Le modèle environnement/tempérament laisse penser que, par exemple, un environnement familial similaire à celui décrit plus haut, combiné à un tempérament plus agressif chez l'enfant, pourrait conduire à la genèse d'une personnalité antisociale.

LES SCHÉMAS ET LES MODES

La théorie initiale de Young insistait sur la présence des schémas précoces d'inadaptation et sur les processus de perpétuation de ces schémas, soit le maintien, l'évitement et la compensation (Young, 1994; Cousineau, 1995). Les schémas¹ sont des thèmes très envahissants pour une personne. Ils déterminent des niveaux précoces et profonds de croyances, d'émotions, de souvenirs. Ainsi une personne présentant un schéma du *sentiment d'abandon* éprouvera une détresse importante quand son conjoint prend de la distance, craignant un abandon dévastateur même si peu d'indices objectifs le laissent supposer.

Le concept de modes est plus récent dans la théorie de Young, mais y prend de plus en plus d'importance. Il tire son origine de l'intervention auprès de patients limites. Tout clinicien intervenant auprès de ces patients observe régulièrement des changements abrupts d'humeur ou d'attitude d'une entrevue à l'autre, si ce n'est au cours de la même entrevue. Du désespoir et des intentions suicidaires (à la suite d'une dispute avec une amie), à la colère intense (parce que le thérapeute n'accepte pas de prolonger une entrevue), à un autodénigrement sévère (après une faute mineure), ou à une distance affective pouvant aller jusqu'à la dissociation (en réponse à une situation rappelant un traumatisme antérieur), le patient limite passera d'un mode de fonctionnement à un autre de façon abrupte et marquée.

Ces différentes facettes du Soi sont donc définies comme étant des modes. Les modes forment des regroupements naturels de schémas et de processus de perpétuation de schémas (styles d'adaptation). Les dif-

férents modes du patient limite ne sont pas complètement intégrés les uns aux autres ; ils donnent l'impression de fonctionner avec un certain degré d'indépendance. C'est comme si, selon les moments, le thérapeute avait à composer avec des personnes différentes. Cependant les modes observés chez le patient limite ne sont pas complètement dissociés les uns des autres comme c'est le cas avec le trouble de personnalité multiple.

Une caractéristique essentielle du fonctionnement des modes, chez la personnalité limite, est leur propension à basculer rapidement (« schema flipping ») de l'un à l'autre. On ne peut jamais prédire dans quel état on retrouvera le patient limite à la prochaine entrevue, ou bien on sera étonné de son brusque changement d'humeur durant le déroulement d'une rencontre. Deux facteurs principaux seraient responsables de ces passages abrupts d'un mode à un autre. Le premier est lié à l'environnement : des événements particuliers réactivent un mode. Ainsi, le départ en vacances du thérapeute soulève l'anxiété du mode de l'*enfant abandonné* ; son retard à retourner un appel téléphonique, le ressenti du mode de l'*enfant en colère*. Le deuxième facteur serait lié à la dimension biologique. On peut observer, par exemple, que la fatigue physique favorise l'irritabilité et le passage au mode de l'*enfant en colère*. Cette dimension biologique demeure difficile à évaluer pour le moment.

On peut observer les cinq modes suivants chez le trouble de personnalité limite : l'*enfant abandonné*, l'*enfant en colère*, le *parent punitif*, le *protecteur détaché* et le *soi sain*.

Le mode de l'*enfant abandonné*

Dans ce mode, la personne exprime son incapacité à trouver réponse à ses besoins psychologiques fondamentaux, tels l'affection, l'empathie, la stabilité relationnelle, le respect, la protection, la supervision. Les émotions y sont intenses ; la personne éprouve des sentiments importants de désarroi, de tristesse, de solitude.

On reconnaît le mode de l'*enfant abandonné* à la présence de certains des signes et symptômes suivants : sentiments dépressifs, sentiments d'impuissance, très mauvaise estime de soi. La personne est carencée, apeurée, est victime d'abus de toutes sortes. Elle se sent facilement perdue, dépassée. Elle ne se sent pas aimée ou pas assez valable pour l'être ; elle fait donc des efforts désespérés pour ne pas être abandonnée. Elle idéalise démesurément toute figure offrant un espoir de « maternage ».

Le mode du *protecteur détaché*

Autant les patients limites démontrent une très grande intensité affective à certains moments, autant à d'autres ils apparaissent distants, froids, vides. Dans ce mode dont la fonction est la protection contre les émotions douloureuses par l'évitement de la réactivation des schémas, la personne se coupe de ses sentiments et de ses besoins. Elle peut aussi s'isoler, garder les gens à distance, ou encore faire preuve de soumission démesurée, pour éviter d'être punie. Dans ce mode, le patient limite peut être moins dérangent pour l'environnement et apparaître adapté en surface. Il le fait cependant au détriment d'une adaptation saine qui s'appuierait sur des sentiments « raisonnables » liés à ses besoins fondamentaux. Dans le mode du *protecteur détaché*, la personne décrit régulièrement la sensation de fonctionner comme un robot. Elle fait les choses pour les faire, mais ne ressent rien. Il lui est impossible dans ce contexte de développer un sentiment d'identité personnelle et la capacité d'avoir des relations proches, intimes avec d'autres personnes.

Le mode du *protecteur détaché* se présente sous certains des signes et symptômes suivants : la dépersonnalisation, les sentiments de vide ou d'ennui. La personne fait abus de substance psycho-active, elle est boulimique. Elle s'automutile dans le but d'anesthésier sa souffrance psychologique. Elle présente des plaintes somatiques. Elle se soumet de façon excessive aux autres.

Le mode du *parent punitif*

Dans le mode du *parent punitif*, la personne limite fait preuve d'une grande sévérité envers elle-même. Le *parent punitif* repose sur l'internalisation d'attitudes du ou des parents réels, particulièrement de leur colère envers l'enfant. On a injustement puni l'enfant alors qu'il exprimait des besoins fondamentaux (besoins d'affection, d'empathie, ...) ou éprouvait des sentiments légitimes (tristesse ou colère face à un comportement abusif...). De plus on ne tolérait pas qu'il fasse des erreurs, aussi mineures pouvaient-elles être ; encore là, on l'en punissait sévèrement. Une fois la colère parentale internalisée, la personne la dirige contre elle-même : « Je suis une mauvaise personne. » Chez la personnalité limite, le degré d'autopunition est extrême, pouvant conduire à des gestes d'automutilation graves.

On reconnaît le mode du *parent punitif* à la présence de certains des signes et symptômes suivants : la haine de soi, l'autocritique, l'abnégation de soi, l'automutilation, la colère contre le fait d'avoir des besoins ou d'éprouver des sentiments.

Le mode de *l'enfant en colère*

Plus que les trois autres modes inadaptés, celui de *l'enfant en colère* est responsable de la mauvaise réputation de la personnalité limite auprès de plusieurs intervenants et sert régulièrement de justification au mépris dont ils sont fréquemment victimes. Dans ce mode, la personne limite exprime une colère historiquement légitime (en référence au milieu familial d'origine), mais elle évalue mal le contexte actuel (déformations cognitives) ou, encore, elle a recours à des stratégies comportementales dysfonctionnelles. La personne agit de façon impulsive dans sa quête de réponses à ses besoins ou elle exprime ses sentiments de façon inadéquate. Le thérapeute est souvent la cible de la colère de la personne limite.

Le mode de *l'enfant en colère* se présente sous certains des signes et symptômes suivants. La personne démontre une colère intense, elle se comporte de façon impulsive. Elle est très exigeante, difficile à satisfaire ; elle dénigre facilement les autres. Elle est manipulatrice, contrôlante, même abusive. Elle présente un comportement de promiscuité sexuelle. Elle exprime des menaces suicidaires.

Tableau 1

Les quatre modes inadaptés du trouble de personnalité limite

LE MODE DE L'ENFANT ABANDONNÉ

États subjectifs : se sent désespéré • impuissant • inadéquat • seul • anxieux • etc.

Schémas : *sentiment d'abandon* • *carence affective* • *méfiance / abus* • *sentiment d'imperfection* • *sentiment d'exclusion* • *dépendance* • etc.

LE MODE DU PROTECTEUR DÉTACHÉ

États subjectifs : se sent vide • dissocié intoxiqué • s'ennuie • etc.

Schémas : *inhibition émotionnelle* • *assujettissement* • etc.

Styles d'adaptation dysfonctionnels :

- *détachement psychologique* : déni, dissociation...
 - *recherche compulsive de stimulation* : hypersexualité, comportement à risque...
 - *Auto-consolation* : toxicomanie, boulimie... etc.
-

LE MODE DU PARENT PUNITIF

États subjectifs : autocritique sévère • haine de soi • etc.

Schémas : *punition / sévérité* (envers soi-même) • etc.

LE MODE DE L'ENFANT EN COLÈRE

États subjectifs : se sent fâché • enragé • insatisfait des autres • etc.

Schémas : *sentiment d'abandon* • *carence affective* • *méfiance / abus* • etc.

Les objectifs de traitement en fonction des différents modes limites

L'objectif général de la thérapie est de réduire l'emprise des quatre modes inadaptés sur le sujet et, en contrepartie, d'accroître l'influence du mode du *soi sain*... Métaphoriquement, le mode du *soi sain* se comporterait comme un adulte équilibré, raisonnable, avec les modes « enfants » qui occupent la plus grande partie de l'espace limite. Ainsi il serait respectueux, disponible, affectueux, compréhensif, protecteur, permettant ainsi une expression adéquate des besoins et sentiments. Ce mode du *soi sain* est quasi inexistant chez plusieurs des patients limites en début de traitement. C'est donc le thérapeute qui jouera, dans un premier temps, ce rôle d'*adulte sain* auprès de son patient. Ce modèle pourra être graduellement incorporé par ce dernier en cours de thérapie.

Les objectifs thérapeutiques varient selon chacun des quatre modes inadaptés. De façon générale, le thérapeute démontre de l'empathie pour l'*enfant abandonné*. Aussi, il lui offre sa protection et le supporte dans son apprentissage à donner de l'affection et à en recevoir. Le thérapeute encourage le patient à lutter contre le *parent punitif* et à l'expulser de son univers intérieur; il le soutient dans cette démarche. Quant à l'*enfant en colère*, le thérapeute lui apprendra à exprimer ses émotions et ses besoins de manière appropriée; il aura auparavant pris soin d'en souligner la légitimité et de réaffirmer les droits fondamentaux de l'enfant. Par ailleurs, le thérapeute doit arriver à réassurer et, éventuellement, à remplacer le *protecteur détaché* dont la fonction a été de protéger la personne contre des affects dysphoriques intenses, ces affects étant associés à des relations dysfonctionnelles antérieures.

PHILOSOPHIE DE TRAITEMENT

L'attitude des thérapeutes a un impact considérable sur leur choix d'interventions. C'est pourquoi il est important de spécifier la philosophie sous-tendant l'approche centrée sur les schémas.

- A) Le thérapeute perçoit le fonctionnement du patient comme celui d'un enfant vulnérable. Cet « enfant » recherche désespérément une figure « maternante » stable à laquelle s'accrocher.
- B) Le patient n'est pas une personne vorace, insatiable; ses besoins sont authentiques. Même s'il peut questionner la manière dont ces besoins sont exprimés ou agis, le thérapeute ne remettra jamais en cause leur légitimité.
- C) Le thérapeute a aussi des droits. Même si les besoins du patient limite sont très grands, le thérapeute doit toujours demeurer conscient de ce qu'il est prêt à donner ou à accepter. Il ne consti-

tuera pas un bon modèle (« adulte sain ») s'il est incapable de faire respecter un encadrement dans lequel chaque personne a des besoins et des droits légitimes.

- D) Le traitement d'un patient limite est long et exigeant. De plus, puisqu'il sera impossible au thérapeute de combler les immenses besoins de son patient, celui-ci éprouvera régulièrement du ressentiment envers lui. Dans ce contexte, la position du thérapeute n'est pas aisée; il éprouvera inévitablement des sentiments de frustration à un moment ou l'autre du processus. Il est très important que cette frustration ne se manifeste pas sous forme de blâme envers le patient. Cela équivaldrait à jouer le rôle du *parent punitif*, rôle très nocif pour ce dernier.
- E) Le processus thérapeutique se compare à celui du développement de l'enfant, le thérapeute assumant ici le rôle de parent substitut (« reparenting »²).
- F) En conclusion, la philosophie de l'approche centrée sur les schémas repose sur une authenticité et un respect réciproques entre le thérapeute et son patient limite.

LE TRAITEMENT

Prendre soin de l'enfant abandonné

Josée a grandi dans un milieu familial dysfonctionnel. Son père alcoolique a régulièrement fait preuve de violence verbale et physique; il a sexuellement abusé d'elle pendant des années. Sa mère, assujettie (peur de la violence du père), ne voulait pas d'enfants; elle était égocentrique, extrêmement critique, et menaçait régulièrement de faire placer les enfants. Josée était sévèrement punie à la moindre erreur, au moindre écart, et souvent sans raison. L'interaction entre ce milieu familial dysfonctionnel et le tempérament (biologique) de Josée a conduit au développement d'un trouble de personnalité limite.

Une patiente³ élevée dans un tel contexte familial ne considère pas ses besoins et ses sentiments comme étant légitimes et valides. Ainsi, elle peut exprimer beaucoup de détresse à travers des symptômes anxieux ou dépressifs, mais n'arrive pas à formuler clairement ses besoins d'être protégée, appréciée, comprise. Le thérapeute va l'aider à identifier ses besoins fondamentaux et ses sentiments, il va confirmer leur validité. Il encourage ensuite la patiente à les exprimer et à les défendre. En début de traitement, Josée se reprochait durement son anxiété (mode du *parent punitif*) ou faisait des explosions de colère ex-

trêmes (mode de l'*enfant en colère*) lors des très fréquentes absences de son ami. Elle a graduellement identifié des besoins importants : une présence stable, de l'affection, de la compréhension... Le thérapeute a confirmé la légitimité de ces besoins. Les besoins fondamentaux se manifestent aussi dans le cours de la relation thérapeutique. Au début, le thérapeute va devoir insister sur leur validité, la patiente minimisant souvent (mode du *protecteur détaché*) leur pertinence ; Josée se sentait mal à l'aise de parler directement de son besoin de se sentir importante aux yeux de quelqu'un. (« je n'en vaud pas la peine », ou : « c'est prétentieux »). Le thérapeute répondra à son besoin en l'investissant.

Dans l'approche centrée sur les schémas, l'attitude du thérapeute n'est pas neutre ; il joue le rôle d'un parent-substitut faisant preuve de chaleur et d'empathie. Il accepte et encourage l'intensité de l'expression des affects en entrevue ; le thérapeute insiste sur le fait qu'il tient à les entendre. L'accès de la patiente à sa vulnérabilité, à l'acceptation de ses sentiments et besoins fondamentaux, à la reconnaissance de leur validité, constitue les fondations sur lesquelles pourront s'appuyer de nouvelles stratégies d'adaptation fonctionnelles.

Le thérapeute devra devenir une base stable pour la patiente qui anticipe d'être à nouveau abandonnée ; cela exige disponibilité, implication et continuité. De plus, particulièrement en début de thérapie, le thérapeute constitue souvent la plus importante, sinon la seule source de « maternage » pour sa patiente. Il répond à ce besoin à l'intérieur du cadre thérapeutique. Le thérapeute dit ouvertement à sa patiente qu'il s'intéresse à elle et qu'il ne l'abandonnera pas.

Tout comme au cours du développement de l'enfant, la patiente limite éprouve le besoin d'être félicitée, d'être complimentée pour ses qualités et ses succès. En début de thérapie, ce rôle est assumé par le thérapeute parce que la patiente n'a pas la capacité de le faire par elle-même, le mode du *soi sain* étant pour ainsi dire inexistant chez elle (elle a été négligée, critiquée).

L'absence d'affection, de protection et d'empathie durant l'enfance a laissé la patiente carencée sur le plan affectif. La thérapie centrée sur les schémas choisit de répondre à ces besoins. Selon cette perspective, la patiente limite a besoin d'une relation authentique avec une personne authentique. C'est pourquoi la réciprocité et la divulgation de soi y sont encouragées.

L'approche centrée sur les schémas intervient aux niveaux relationnel, expérientiel, cognitif et comportemental. Jusqu'ici, il a surtout été question du niveau de la relation. Au niveau cognitif, le thérapeute aide la

patiente à identifier les schémas (*sentiment d'abandon, carence affective, méfiance et abus...*) ainsi que les modes ; elle devient rapidement habile à les reconnaître lorsqu'ils sont réactivés et peut alors adopter des stratégies spécifiques élaborées en entrevue. Le thérapeute éduque aussi sa patiente quant aux besoins et aux divers stades du développement de l'enfant. Au niveau comportemental, le thérapeute servira de guide à la patiente sur sa façon d'établir une relation significative avec une autre personne (par ex. ne pas tolérer la violence, demander adéquatement de l'attention...); il l'aidera aussi à y exprimer sa vulnérabilité.

Une partie importante de l'approche centrée sur les schémas avec la patiente limite repose sur le travail avec l'enfant intérieur (niveau expérientiel). Les schémas et les modes de la patiente ont été établis dans des contextes hautement intenses sur le plan affectif (famille dysfonctionnelle). La modification de ces modes et schémas nécessite donc une intervention impliquant le niveau affectif. Le thérapeute fait appel à « *la petite Josée* » afin de soutenir l'expression du mode de *l'enfant abandonné* : « Qu'est-ce que *la petite Josée* ressent en ce moment?... De quoi *la petite Josée* a-t-elle besoin?... *La petite Josée* me semble triste... » De plus le thérapeute encouragera la patiente à s'occuper de son *enfant abandonné*, à le materner : « Qu'est-ce qui peut être fait pour *la petite Josée* qui est paniquée à l'idée de rencontrer ses parents en fin de semaine ? »

Contourner le *protecteur détaché*

Le mode du *protecteur détaché* a été constitué pour protéger la patiente d'émotions dysphoriques trop intenses et potentiellement destructrices. Il empêche le contact avec ces émotions par l'inhibition ou par l'investissement d'expériences incompatibles (recherche de stimulation, d'excitation...). Dans un premier temps, ce mode résistera avec véhémence à toute tentative de l'écarter. Le thérapeute va donc devoir réassurer ce *protecteur détaché* quant à ses intentions bienveillantes.

Dans la première phase du travail avec ce mode, l'intervention cognitive permet d'expliquer à la patiente les raisons de la présence de ce mode : il a pu, par le recours au détachement, protéger *l'enfant abandonné* à une époque de sa vie où ce dernier ne disposait pas d'autres moyens pour ce faire. De plus, le thérapeute souligne les avantages de l'expression des sentiments liés aux besoins fondamentaux et du fait d'établir des liens avec les gens. C'est dans ce contexte que le thérapeute recommande la lecture de *Je réinvente ma vie* de Young et Klosko (1995), qui servira de support au rationnel de cette démarche.

Ce sont surtout les techniques expérientielles qui permettent le travail avec le mode du *protecteur détaché*. Utilisant la métaphore, le thérapeute s'adresse directement à ce mode et le réassure sur leur objectif commun, soit de protéger *l'enfant abandonné*. Par la suite il va encourager l'accès plus direct aux autres modes : « Contrairement à ce qui lui est arrivé dans le passé, aucun mal ne sera fait à *la petite Josée* lorsqu'elle exprimera son désarroi. » L'expression de plus en plus fréquente des émotions associées aux autres modes, dans un contexte protégé, diminuera la nécessité de recourir au mode du *protecteur détaché*.

Lorsque ce mode se manifeste en entrevue, le thérapeute l'identifie, puis aide la patiente à découvrir de quel autre mode il la protège à ce moment précis. L'imagerie mentale est souvent l'outil privilégié pour ce faire : « Ferme tes yeux et visualise la petite Josée : que ressent-elle actuellement ? ». Une fois la patiente bien en contact avec le mode sous-jacent, l'intervention thérapeutique est celle qui est appropriée au mode en question : « materner » *l'enfant abandonné*, combattre le *parent punitif*, libérer *l'enfant en colère*.

La diminution de l'influence du *protecteur détaché* et le contact avec des émotions pénibles sont une expérience anxiogène pour la patiente limite. Elle sera tentée de retourner à un mode de fonctionnement plus familial, même s'il est dysfonctionnel. C'est pourquoi la relation avec le thérapeute est cruciale en de tels moments. Il assure la patiente de son soutien ; il va l'aider à composer avec ses émotions intenses. Le plus souvent ces émotions sont liées à la relation thérapeutique elle-même ; le thérapeute encourage leur expression. Avec les patientes limites peu fonctionnelles, il est nécessaire d'augmenter la fréquence des rencontres durant ces périodes (deux fois par semaine). Sur le plan biologique, l'utilisation d'une médication pour diminuer l'intensité des affects est envisagée.

Étant donné la quasi-absence ou la très grande fragilité du mode du *soi sain*, c'est le thérapeute qui servira de modèle, dans un premier temps, sur la manière de composer avec les modes sous-jacents au mode du *protecteur détaché*.

La dernière étape de ce travail expérientiel sera l'évocation graduelle des souvenirs traumatiques de l'enfance, particulièrement les souvenirs d'abus.

Combattre le *parent punitif*

La patiente limite se considère fondamentalement mauvaise et méritant d'être punie sévèrement. Cette conviction est profondément ancrée et résiste âprement à la confrontation. Malgré tout, le thérapeute

utilisera des techniques cognitives pour s'attaquer au mode du *parent punitif*. La patiente a régulièrement été punie alors qu'elle exprimait des besoins fondamentaux et des sentiments légitimes. On l'éduque donc sur les droits universels des enfants à cet égard : « Il est normal d'avoir besoin d'amour, de se sentir triste ou en colère... ». Puis commence la difficile tâche de la ré-attribution des responsabilités : la sévérité extrême des parents était liée à leurs propres problèmes plutôt qu'à des défauts de l'enfant. Par exemple, une mère jalouse de l'attention du père pour sa fille la blâme et la dénigre constamment. Toujours au niveau cognitif, on peut utiliser des fiches thérapeutiques sur lesquelles la patiente inscrit toutes les qualités qui ont été relevées en entrevue ou soulevées par l'entourage. Cette fiche sert de contrepoids aux déformations cognitives qui centrent l'attention sur les problèmes et les échecs. On peut par la suite prévoir des expérimentations (niveau comportemental) : la patiente apprend à reconnaître des personnes moins dénigrantes et observe la nature de leurs réactions.

Les techniques cognitives et comportementales permettent d'ouvrir la voie à une nouvelle perception de soi. C'est pourquoi elles constituent une étape cruciale dans le traitement de la patiente limite. Il faut, en effet, qu'elle entretienne un minimum de doute quant à sa conviction d'être une mauvaise personne. Ces techniques n'atteignent cependant qu'en surface l'aspect affectif de cette conviction : « Je comprends avec ma tête que je ne suis pas une mauvaise personne, mais mes sentiments me disent le contraire. » Les techniques expérientielles et la relation thérapeutique vont compléter la modification des convictions.

On reconnaît la présence du mode du *parent punitif* à l'âpreté des blâmes que se fait la patiente : « Je ne vaud rien, je suis méchante, je suis stupide, niaiseuse... » La première étape de l'intervention expérientielle est celle de l'identification spécifique du *parent punitif* : « Qui te parlait de cette manière ? ». Une fois identifié, le *parent punitif* devient mon *père punitif*, ma *mère punitive*, mon *frère punitif*... Puis, à l'aide de l'imagerie mentale ou de jeux de rôles, la patiente est invitée à répondre à son *parent punitif*. Au départ, cela lui est très difficile car elle est convaincue de la justesse des blâmes. Le thérapeute assume donc pour elle, dans un premier temps, le rôle de *l'adulte sain* qui répond au *père punitif*, par exemple. En jeu de rôles, la patiente joue son *père punitif*, le thérapeute lui répond : « J'ai peut-être fait une erreur, mais ce n'est pas en me faisant engueuler que je vais m'améliorer, bien au contraire. Je n'accepterai plus que tu me parles de cette manière... » Dans un deuxième temps, le thérapeute devient le *parent punitif* et encourage la patiente à lui répondre; après avoir repris les arguments du thérapeute, elle développera éventuel-

lement les siens. En troisième étape, on demande à la patiente de jouer successivement les deux rôles, celui de son *père punitif* et celui du *soi sain* qui prend de l'envergure. Ce type d'exercice aide grandement à ré-attribuer le sentiment d'imperfection aux schémas et modes plutôt qu'à une faille chez la personne elle-même. (Le concept du mode du *parent punitif* correspond à celui de l'introjection de l'approche psychodynamique.)

Au niveau de la relation thérapeutique, le thérapeute est très attentif à ne pas blâmer la patiente ; celle-ci fera l'expérience d'exprimer ses besoins et sentiments dans un environnement compréhensif. Le thérapeute félicite la patiente pour ses qualités, ses réussites, il lui pardonne ses erreurs. Il lui permet d'expérimenter une relation basée sur l'acceptation et la compréhension.

Réorienter la colère de l'enfant en colère

La patiente limite éprouve régulièrement des sentiments de colère envers son thérapeute. Il n'est pas rare, non plus, qu'elle soulève des sentiments de frustration ou de colère chez lui. Ainsi ce dernier peut éprouver du ressentiment au manque d'appréciation de ses efforts, avoir l'impulsion de contre-attaquer lorsqu'il est critiqué... Le thérapeute doit ici être très attentif à ses propres réactions et s'assurer qu'elles soient équilibrées ; il doit particulièrement éviter le mode punitif de l'environnement familial d'origine tout en ne tolérant pas un langage ou un comportement abusif à son égard (instauration des limites). De leur côté, les sentiments de colère de la patiente envers le thérapeute servent de base au travail avec le mode de *l'enfant en colère*.

Une fois les limites définies (niveau d'expression approprié), le thérapeute encourage d'abord la patiente à exprimer sa colère envers lui dans son intégralité : elle ne s'est pas sentie comprise par lui, elle n'obtient pas assez de son temps, il s'occupe aussi d'autres patients, il part en vacances, etc. Le thérapeute soutient auprès de sa patiente qu'elle n'a pas à se sentir coupable de tels sentiments et il s'assure qu'elle a bien exhalé toute sa colère (« Y a-t-il autre chose que vous avez à me reprocher ? »). Une fois les sentiments de colère exprimés, le thérapeute va, dans un deuxième temps, chercher à réactiver le mode de *l'enfant abandonné* sous-jacent : le mode de *l'enfant en colère* est une réponse à « *l'enfant vulnérable* » qui a été abandonné, maltraité, négligé, puni injustement... Ainsi le thérapeute peut dire : « Je pense que vous êtes en colère contre moi actuellement, mais je pressens que sous cette colère vous vous sentez blessée. Vous croyez peut-être que je ne devrais pas partir en vacances parce que vous allez vous sentir abandonnée... » Ici

l'expression de la colère se transforme en expression de besoins fondamentaux, accompagnés d'affects dysphoriques. Le thérapeute confirme la légitimité de ces besoins : « Puisque vous ne vous êtes jamais sentie appréciée ou protégée par personne, je peux comprendre que notre rencontre hebdomadaire vous apparaisse insuffisante. » Finalement, dans la dernière étape du processus, le thérapeute va aider sa patiente à mieux évaluer la réalité : ainsi cette colère est-elle justifiée dans le contexte actuel, y a-t-il concordance entre l'intensité de cette colère et la situation thérapeutique présente ? Souvent, la patiente va par elle-même arriver à une perception plus juste de la réalité suite aux deux premières étapes du processus, soit après avoir exhalé sa colère et identifié les besoins fondamentaux sous-jacents : « Je sais très bien, quelque part, que de me voir 50 minutes par entrevue ne signifie pas que vous ne vous préoccupez pas de moi. » Si la patiente maintient la position de *l'enfant en colère*, le thérapeute présente sa propre réalité : son besoin de récupérer entre les entrevues, son souci d'offrir une attention soutenue à chacun de ses patients... Par ailleurs, le thérapeute reconnaît la légitimité des plaintes qui sont réalistes, il n'est pas indûment défensif. Lorsque ces trois étapes sont complétées, il est possible de revenir sur les plaintes originelles de la patiente pour élaborer une façon plus fonctionnelle d'exprimer son mécontentement (affirmation de soi), puis d'en souligner les avantages (être plus facilement entendue par le thérapeute, ne pas être évitée par ses connaissances...).

Comme avec les autres modes, l'intervention avec *l'enfant en colère* se fait à plusieurs niveaux. Au plan cognitif-comportemental, on peut enseigner des techniques d'évaluation des pensées et de contrôle de la colère, faire expérimenter des façons plus adéquates d'exprimer son mécontentement, utiliser des fiches thérapeutiques... Le niveau expérientiel permet de pratiquer des façons plus saines d'exprimer sa colère : imagerie mentale avec les parents, exutoires physiques...

Conclusion

Le traitement de la personnalité limite demeure une entreprise complexe et difficile. Le présent article a présenté le modèle d'intervention élaboré par Young. Il comporte plusieurs volets, certains n'ayant pu faire l'objet du présent article : l'établissement des limites, la gestion des crises suicidaires, l'évolution du traitement dans le temps...

Comme la très grande majorité des modèles d'intervention auprès des patients limites, le modèle de Young n'est pas actuellement appuyé sur des résultats de recherches. Ce n'est pas faute de préoccupation pour

cette dimension, car Young insiste sur l'importance du lien entre recherche et pratique clinique (Stein et Young, 1993). De plus, il a toujours encouragé les chercheurs à vérifier la validité et l'efficacité de son modèle : une étude factorielle a été faite de son questionnaire relatif aux schémas (Schmidt et al., 1995) ; une étude préliminaire est actuellement en cours à l'Université de Yale sur l'utilisation de l'approche centrée sur les schémas avec des patients présentant des problèmes d'abus de substances ; un groupe hollandais entraîné par Young a soumis un projet de recherche sur l'utilisation de son modèle avec le trouble de personnalité limite. Par ailleurs, en pratique, il est très difficile de trouver des fonds de recherche pour des projets portant sur des thérapies à long terme.

En attendant des données empiriques bien établies, les cliniciens doivent continuer à répondre aux demandes d'aide. Lorsque les patients limites se présentent aux urgences des hôpitaux, aux centres de crise ou aux bureaux des thérapeutes, on finit inévitablement par leur donner une réponse. Trop souvent cette réponse repose sur la réaction émotive des intervenants (les « borderlines » provoquent rarement l'indifférence) plutôt que sur un modèle conceptuel qui aide à donner une signification à cette grande intensité affective et à ces symptômes polymorphes souvent spectaculaires. Parmi les modèles disponibles pour ce faire, l'approche centrée sur les schémas mérite sûrement d'être considérée. 1) Elle permet de simplifier la grande complexité limite en la ramenant à quatre modes fondamentaux ; il devient alors possible d'éduquer le patient sur ses modalités de fonctionnement et d'en faire un partenaire actif du changement. 2) Elle suggère des liens dynamiques entre chacun de ces modes. 3) Elle propose des stratégies thérapeutiques diversifiées (niveaux relationnel, expérientiel, cognitif, behavioriste) pour intervenir sur chacun des modes.

L'approche centrée sur les schémas ne constitue pas la réponse à tous les maux (comme aucune autre d'ailleurs), mais elle a été jugée utile par plusieurs thérapeutes intervenant auprès de patients limites. De plus, elle se situe dans cette voie prometteuse de l'intégration de stratégies thérapeutiques provenant des grands courants de la psychologie.

Notes

1. À moins d'indication contraire, le terme schéma réfèrera aux schémas précoces d'inadaptation.
2. Young utilise l'expression « reparenting » pour souligner le fait que le thérapeute reprend, de façon circonscrite, le rôle d'un parent auprès de son patient. L'expression « parent-substitut » ne décrit pas parfaitement cette intervention.

3. Nous utiliserons le féminin dans la section « Traitement ». Nous avons choisi l'exemple du traitement d'une patiente parce que la majorité des personnes présentant un trouble de personnalité limite sont des femmes. L'approche thérapeutique s'applique autant aux hommes qu'aux femmes.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, American Psychiatric Press, Washington.
- BECK, A. T., 1963, Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions, *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- BECK, A. T., 1987, Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy, in Rachman, S., Maser, J., éd., *Panic: Psychological Perspectives*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- BECK, A. T., EMERY, G., GREENBERG, R. L., 1985, *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Books, New York.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.
- BECK, A. T., FREEMAN, A., 1990, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- COUSINEAU, P., 1995, L'approche cognitive et les troubles de la personnalité, *Revue québécoise de psychologie*, 16, 2, 131-152.
- COTTRAUX, J., BLACKBURN, I. M., 1995, *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*, Masson, Paris.
- FREEMAN, A., PRETZER, J., FLEMING, B., SIMON, F. M., 1990, *Clinical Applications of Cognitive Therapy*, Plenum Press, New York.
- KERNBERG, O. F., 1984, *Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies*, Yale University Press, New Haven, CT.
- LAYDEN, M. A., NEWMAN, C. F., FREEMAN, A., BYERS MORSE, S., 1993, *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorders*, Allyn and Bacon, Boston.
- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- MASTERSON, J., 1972, *Treatment of the Borderline Adolescent*, John Wiley and Sons, New York.
- MASTERSON, J., 1976, *Psychotherapy of the Borderline Adult*, Brunner/Mazel, New York.
- SCHMIDT, N. B., JOINER, T. E., YOUNG, J. E., TELCH, M. J., 1995, The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas, *Cognitive Therapy and Research*, 19, 3, 295-321.

- STEIN, D. J., YOUNG, J. E., 1993, *Cognitive Science and Clinical Disorders*, Academic Press, San Diego.
- YOUNG, J. E., 1983, *Borderline Personality: Cognitive Theory and Treatment*, Communication présentée au congrès de l'American Psychological Association, Anaheim, CA.
- YOUNG, J. E., 1984, *Cognitive Therapy with Difficult Patients*, Atelier présenté à la rencontre de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- YOUNG, J. E., 1992, *Cognitive Therapy for Personality Disorders*, Enregistrement sur cassettes d'un symposium donné au Cape Cod Summer Symposia, New England Educational Institute, Pittsfield, MA.
- YOUNG, J. E., 1994, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*, Professional Resource Exchange, Sarasota, FL.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., 1994, *Reinventing your Life*, Dutton Book, New York.
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., 1995, *Je réinvente ma vie*, Les éditions de l'Homme, Montréal.
- YOUNG, J. E., SWIFT, W., 1988, Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I, *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 5, 13-14.

ABSTRACT

The treatment of Borderline Personality Disorder with the schema-focused approach

The treatment of Borderline Personality Disorder has been a challenge for Cognitive Therapy (CT): some modifications to the CT basic model had to be implemented in order to intervene with BPD patients. Young's schema-focused approach offers an intervention model which relies on early maladaptive schemas and modes concepts. According to this model, the BDP presents four dysfunctional modes: the Abandoned Child mode, the Detached Protector mode, the Punitive Parent mode, the Angry Child mode. The therapist must identify the presence of these modes and implement therapeutic strategies specific to each of them. There are four different kinds of therapeutic strategies: interpersonal (therapy relationship), experiential, cognitive and behavioral.