



## Alain Janelle

Étudiant au doctorat en psychologie

Il effectue des recherches sur les thérapies d'approche comportementale et cognitive visant à aider les adolescents suicidaires aux prises avec une dépression complexe.



## Dr Réal Labelle / Psychologue

Clinicien-chercheur dans le domaine de la psychologie clinique d'approche comportementale et cognitive, Réal Labelle est spécialisé dans le traitement psychologique des troubles dépressifs et des conduites suicidaires chez les jeunes.

# La thérapie comportementale dialectique, une voie d'espoir pour traiter les troubles mentaux complexes

*« Je suis une écorchée vive... Je suis tellement transparente qu'il faut que je crie pour qu'on me voie... Je suis tordue comme un vieux bout de bois, et pleine d'échardes, quand on m'approche de trop près, je laisse des marques... Ma vie, c'est l'été meurtrier, je suis en croisade contre ceux qui pensent m'aimer. »*

La romancière montréalaise Marie-Sissi Labrèche, avec les romans *Borderline* (2000) et *La brèche* (2002), nous expose les douleurs et les paradoxes d'une personne touchée par un trouble mental complexe. La TCD est un traitement ciblant précisément ce type de trouble, notamment le trouble de personnalité limite (TPL) avec des comportements autodommageables ou suicidaires. Le terme dialectique fait référence à cette thérapie qui cherche essentiellement à développer chez le patient une capacité de synthèse d'éléments contradictoires. Pour y arriver, la TCD utilise des stratégies de changement chères à l'approche comportementale et cognitive (TCC) et emploie des stratégies d'acceptation propres à l'approche comportementale dialectique.

## \_HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT

Au début des années 1980, Marsha M. Linehan observe auprès d'une clientèle suicidaire que la dysrégulation émotionnelle interfère sérieusement avec le processus thérapeutique visant la modification du comportement et des cognitions. Elle constate aussi que cette dysrégulation rend difficiles l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique et aboutit souvent à l'abandon thérapeutique. Que faire? En 1987, elle élabore une psychothérapie qu'elle nomme la « thérapie comportementale dialectique » et qui vise précisément la diminution des comportements autodommageables ou suicidaires et les comportements interférant avec la thérapie ou la qualité de vie du patient. La TCD partage plusieurs similarités avec les TCC de troisième vague, comme l'utilisation de stratégies d'acceptation, l'accent mis sur les émotions, l'enseignement de la présence attentive<sup>1</sup> (*mindfulness*) et l'importance des variables du thérapeute (Hayes, 2004).

## \_BASE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE

La TCD pose l'hypothèse que les personnes atteintes de troubles mentaux complexes, comme le TPL, souffrent d'une dysrégulation

émotionnelle résultant de l'interaction entre une vulnérabilité émotionnelle de base et un environnement invalidant. En fait, dans un environnement qui adopte des caractéristiques dysfonctionnelles, un enfant manifestant une grande réactivité émotionnelle aux stimuli externes et internes s'expose au cours de son développement à des expériences qui exacerbent ses déficits en matière de compétences à réguler ses émotions. Dans ce contexte, le manque de concordance entre les besoins de l'enfant et les réponses de l'environnement a pour conséquence de limiter et d'entraver certains apprentissages indispensables à une gestion émotionnelle adéquate (Linehan, 1993a).

## \_APERÇU D'UN PROTOCOLE STANDARD

La TCD emploie cinq modalités d'intervention. Les paragraphes qui suivent présentent brièvement l'essentiel d'un protocole standard de la TCD (Linehan, 1993a, 1993b).

**Thérapie individuelle.** Le thérapeute individuel est considéré comme l'intervenant principal. Il gère les crises avec le patient et le supervise dans l'application des compétences acquises en groupe afin de trouver des solutions dialectiques aux problèmes. Il rencontre le patient à raison d'un entretien hebdomadaire d'environ une heure. Cet entretien est structuré selon une hiérarchie des cibles de traitements, soit la diminution des comportements autodommageables ou suicidaires ainsi que la diminution des conduites interférant avec la thérapie ou la qualité de vie du patient.

**Groupe de compétences.** Le groupe a pour objectif d'enseigner aux patients des stratégies nécessaires à une gestion des émotions, des pensées et des comportements. Soulignons que le groupe de compétences se réunit hebdomadairement pour des séances de deux heures trente. Les compétences enseignées sont les suivantes :

- a) *La présence attentive<sup>1</sup> (mindfulness).* Ce module vise l'augmentation des capacités attentionnelles du patient. Ce développement attentionnel permet une meilleure reconnaissance et une meilleure capacité de description de ses pensées et de ses émotions. Ces capacités attentionnelles permettent ensuite le développement d'une meilleure capacité de participation aux différentes situations de la vie. Enfin, ces compétences sont toutes pratiquées en respectant les principes de non-jugement, de parcimonie et d'efficacité contextuelle.

- b) *La régulation émotionnelle.* Ce module concerne l'apprentissage de compétences susceptibles de diminuer la labilité émotionnelle. Cette labilité qui se manifeste généralement par une colère intense est une réaction secondaire maintenue par de la détresse provenant d'une émotion primaire de honte, de culpabilité ou de peur. L'individu perçoit cette émotion primaire comme inacceptable et tente de l'éviter pour réguler la détresse qui est engendrée. Les compétences de régulation émotionnelle visent la réduction de la détresse émotionnelle par une exposition progressive à l'émotion primaire et par l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes.
- c) *La tolérance à la détresse.* Ce module examine comment composer avec les situations de la vie qui ne peuvent pas être changées. La non-acceptation de cette réalité peut engendrer davantage de souffrance. Il est important de souligner que l'acceptation de la réalité ne signifie pas approuver cette même réalité, mais plutôt accepter la présence d'une réalité qui ne peut pas être immédiatement changée. La tolérance à la détresse devient alors à court terme la première étape d'une stratégie adéquate de résolution de problèmes.
- d) *L'efficacité interpersonnelle.* Ce module porte sur les compétences d'affirmation de soi pour permettre aux personnes d'atteindre leurs buts dans un contexte interpersonnel. La notion d'efficacité fait référence à la capacité d'obtenir les changements que l'on désire tout en maintenant ses relations et le respect de soi. Cette efficacité est directement liée à la capacité d'analyser une situation et à la capacité d'identifier clairement ses buts personnels dans cette même situation.

**Consultations téléphoniques.** Les consultations téléphoniques ont pour objectif d'offrir de l'assistance *in vivo* dans l'application des compétences enseignées durant les séances et en lien avec les situations douloureuses. Cette assistance est offerte par le thérapeute individuel et dure environ 15 minutes.

**Supervision d'équipe.** Une autre modalité d'intervention importante de la TCD est la prise en charge des thérapeutes. Traiter une clientèle avec un trouble mental complexe est stressant et les thérapeutes peuvent s'épuiser ou adopter des comportements iatrogènes envers leurs patients. Pour ces raisons, tous les thérapeutes qui participent au traitement de la TCD doivent assister à des séances de supervision de cas en équipe à raison de deux heures toutes les semaines.

**Interventions auxiliaires.** Toute intervention autre que celles décrites ci-dessus est considérée comme auxiliaire. Les thérapeutes TCD ont alors comme objectif de permettre au patient de devenir un utilisateur efficace et compétent de divers services en santé mentale.

## \_ÉVALUATION SCIENTIFIQUE

L'évaluation scientifique de la TCD démontre que ce traitement est associé à une diminution des comportements autodommageables ou suicidaires, à une diminution de l'abandon thérapeutique et à une diminution des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires (Linehan *et al.*, 1991; Turner, 2000; Koons *et al.*, 2001; Bohus *et al.*, 2004). De plus, les patients recevant une TCD sont moins souvent hospitalisés et ont un meilleur fonctionnement psychosocial. Enfin, des études démontrent que les gains liés à la diminution des comportements autodommageables sont conservés à long terme suite à une TCD (Van den Bosch *et al.*, 2005; Linehan *et al.*, 2006).

Par ailleurs, certaines adaptations de la TCD ont été réalisées pour répondre aux besoins spécifiques de certaines clientèles. L'une d'entre elles a été réalisée pour traiter des adolescents suicidaires. En fait, Rathus et Miller (2002) observent une diminution des idéations suicidaires, des symptômes dépressifs et du TPL chez les adolescents bénéficiant de ce traitement. De plus, ces jeunes ont été plus nombreux à compléter le traitement et ont été moins nombreux à être hospitalisés durant le traitement. Un autre programme a été réalisé pour venir en aide à des toxicomanes. L'analyse de ce programme révèle que les participants à une TCD sont plus nombreux à devenir abstinents et complètent davantage leur programme thérapeutique (Linehan *et al.*, 1999). À la relance, les participants toxicomanes conservent leur diminution de consommation (Linehan *et al.*, 2002). Une adaptation a aussi été faite pour des personnes âgées dépressives. L'analyse démontre une diminution cliniquement significative des symptômes dépressifs et un meilleur maintien des gains thérapeutiques après six mois (Lynch *et al.*, 2003). Un programme a aussi été réalisé pour venir en aide à une clientèle avec troubles alimentaires. Une étude révèle que la TCD est associée à une réduction significative des comportements boulimiques (Safer, Telch & Agras, 2001). Finalement, la TCD a été adaptée pour traiter une clientèle en milieu carcéral. L'équipe d'Evershed (2003) observe une diminution significative de la colère et des comportements hostiles chez des détenus ayant suivi ce traitement.

## \_CONCLUSION

Malgré ces résultats prometteurs, il existe peu de recherches visant à mieux comprendre les mécanismes thérapeutiques actifs. Les prochaines recherches de la TCD devraient reposer sur une analyse rigoureuse de la théorie du programme qui identifie et opérationnalise les variables sous-jacentes responsables des changements thérapeutiques (Lynch *et al.*, 2006). Pour le lecteur désireux d'aller plus loin, il est recommandé de consulter les manuels de base de cette approche destinée à l'adulte (voir Linehan, 1993a, Linehan, 1993b) et à l'adolescent (voir Miller *et al.*, 2007). De plus, une traduction française des manuels de base est aussi disponible (Linehan, 2000). Pour ceux qui souhaitent

suivre une formation en TCD, Linehan a fondé le *Behavioral Tech*, organisme officiel offrant un programme menant à l'accréditation d'équipe et de thérapeute. Les bureaux sont situés à Seattle dans l'état de Washington aux États-Unis. Au Québec, quelques centres hospitaliers, CSSS et CLSC s'inspirent d'un programme de TCD pour venir en aide à des personnes atteintes de troubles mentaux complexes.

## \_Bibliographie

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.
- Labrèche M. S. (2000). *Borderline*. Montréal, QC, CA: Les Éditions du Boréal.
- Labrèche M. S. (2002). *La brèche*. Montréal, QC, CA: Les Éditions du Boréal.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M. (2000). Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite. Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Turek, D. A., Reynolds, S. K., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy*. The New York: Guilford Press.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.

Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.

## \_Note

Les auteurs tiennent à remercier Monique Létourneau et les membres de l'équipe de la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour la richesse de leurs réflexions.

- 1 Les auteurs préfèrent l'utilisation de présence attentive pour la traduction de *mindfulness*. Cette traduction rend plus explicite l'entraînement des compétences ciblées par la TCD.

**Portail du Nord** Sans frais : 1 877 893-7646

[www.portaildunord.ca](http://www.portaildunord.ca)

**Besoin d'une pause?**

GRAND NORD PASSEPORT

**Durée du travail**

✓ Occasionnel ✓ Temporaire ✓ Permanent