

Serveur Académique Lausannois SERVAL [serval.unil.ch](http://serval.unil.ch)

## Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

**Title:** Groupe thérapeutique de Gestion des Émotions : un territoire d'acquisition des compétences chez les patients avec trouble de la personnalité borderline

**Authors:** Dominique Pageet Ueli Kramer

**Journal:** Psychiatrie française

**Year:** 2011

**Volume:** 4

**Pages:** 142-162

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Running Head : GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Groupe thérapeutique de Gestion des Emotions : un territoire d'acquisition des compétences  
chez les patients avec trouble de la personnalité borderline

Dominique Page et Ueli Kramer

Adresse de correspondance : Dominique Page, PhD, Département de Psychiatrie du CHUV,  
Institut Universitaire de Psychothérapie et de Recherche, Responsable de l'Unité  
d'Enseignement en Thérapie Comportementale et Cognitive, Avenue Recordon 40, CH-1004  
Lausanne, courriel : [Dominique.Page@chuv.ch](mailto:Dominique.Page@chuv.ch)

Ueli Kramer, PhD, Département de psychiatrie du CHUV, Institut Universitaire de  
Psychothérapie et Section Jaspers, Université de Lausanne, Suisse

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

### Résumé

Dans cet article, nous présenterons le modèle biopsychosocial du trouble de la personnalité borderline et le mettrons en lien avec les critères développés dans les manuels diagnostiques (DSM-IV-TR, CIM-10). Seront ensuite explicités les principaux cadres de prise en charge de la thérapie comportementale-dialectique (TCD), tels que conçus par Marsha M. Linehan. Le modèle des dimensions de l'ouverture émotionnelle permettra d'enrichir la conceptualisation des émotions de la TCD. Nous insisterons particulièrement sur le groupe thérapeutique de Gestion des Emotions, inspiré des principes constitutifs de la TCD. Les premiers résultats d'une étude pilote et la présentation d'une étude randomisée contrôlée seront discutés, en tenant compte des exigences cliniques et des considérations méthodologiques de l'évaluation des psychothérapies.

Mots-clés : Thérapie Comportementale-Dialectique ; Gestion des émotions ; Dimensions d'Ouverture Emotionnelle ; Groupe Thérapeutique : Trouble de la personnalité borderline.

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Groupe thérapeutique de Gestion des émotions : un territoire d'acquisition des compétences  
chez les patients avec trouble de la personnalité borderline

### **1.1. Modèle biopsychosocial du trouble de la personnalité borderline**

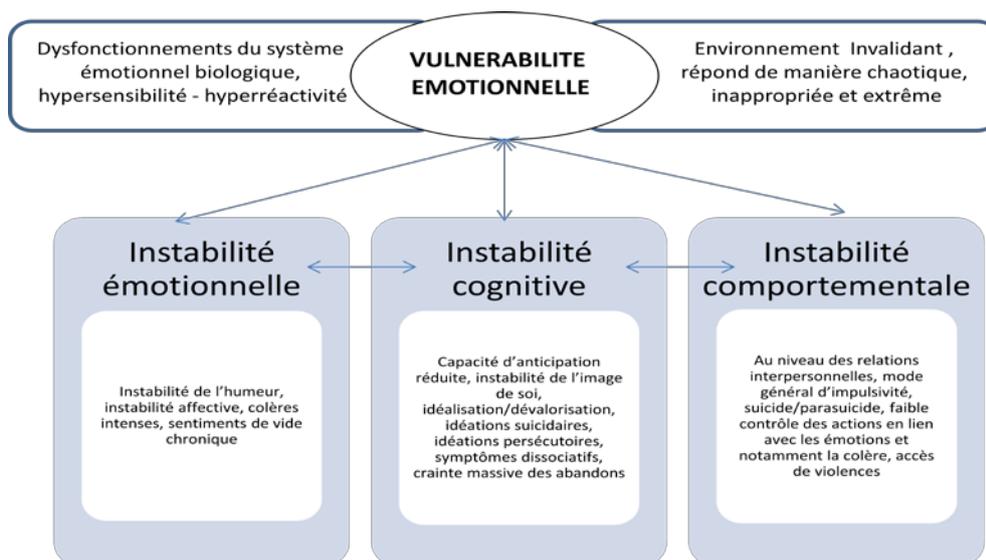
Dans la conception du trouble de personnalité émotionnellement labile (TPEL) et son traitement – la thérapie comportementale dialectique (TCD), Marsha M. Linehan<sup>1,2</sup> considère la dysrégulation émotionnelle comme étant le noyau central de la pathologie borderline. Cette dysrégulation émotionnelle est la conséquence d'une cohabitation malheureuse entre d'une part, une prédisposition biologique et d'autre part, un environnement invalidant –c'est-à-dire en difficultés pour répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant. Cet appariement lacunaire conduit, durant la période de développement, à l'établissement de transactions soutenant peu voire pas du tout l'apprentissage de compétences adaptées pour moduler les émotions. L'invalidation environnementale prend la forme, dans 50% des cas, d'abus physiques et/ou sexuels<sup>2,3</sup>.

Les apprentissages lacunaires contaminent différents secteurs de la gestion émotionnelle : l'identification et l'expérimentation des émotions, l'identification et la réduction des stimuli déclencheurs de l'émotion, la gestion et la tolérance aux émotions difficiles, l'autorégulation des réactions physiologiques, la coordination des comportements constructifs, la gestion des pensées en lien avec l'humeur, et le recentrage de l'attention.

En découle une instabilité sur le plan émotionnel, sur le plan cognitif et sur le plan comportemental, caractérisée par le cortège de symptômes énumérés par le DSM-IV TR et par la CIM-10.

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Le schéma ci-après illustre cette conceptualisation :



### 1.2. Modèle TCD, principe dialectique : clinique et évidence empirique

La TCD affirme l'existence d'une interrelation étroite entre les comportements, les pensées, les émotions, l'environnement dans lequel ils apparaissent et l'influence qu'ils ont les uns sur les autres. Les comportements problématiques, les douleurs émotionnelles et les pensées extrêmes sont autant de manifestations d'erreurs dialectiques, d'incapacités de faire la synthèse entre deux pôles opposés.

L'interdépendance entre l'environnement et ses composants et la tension continue pour créer, à partir de pôles opposés, une synthèse destinée à donner naissance à une nouvelle thèse et à une nouvelle antithèse, posent les bases d'une transformation continue du patient, du thérapeute, de leur relation thérapeutique et de leur environnement.

Dans le respect de ce qui précède, la totalité du programme thérapeutique TCD est construit dans cette perspective dialectique. Il comprend cinq cadres thérapeutiques spécifiques :

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

- 1) Les *groupes d'apprentissage des compétences* se réunissent chaque semaine et permettent aux patients de vivre quatre modules centrés sur la « mindfulness » (prise de conscience totale, pleine conscience), la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle. Leur objectif est d'offrir un territoire d'apprentissage et d'exercice des compétences de gestion des émotions lacunaires ou inexistantes.
- 2) La *thérapie individuelle* –une séance hebdomadaire- se centre sur les conduites suicidaires, automutilatoires, impulsives, celles qui mettent en péril la participation active du patient à sa prise en charge, et les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie. Elle soutient la motivation du patient à se créer une vie qui vaille la peine d'être vécue et supervise l'application des compétences nouvellement acquises, le tout dans un contexte relationnel investi comme outil thérapeutique privilégié.
- 3) Les consultations téléphoniques sont utilisées à l'initiative du patient qui vit un état de crise et souhaite bénéficier d'une supervision de son thérapeute pour dépasser ce moment sans faire usage de comportements mettant en péril sa vie et sa qualité de vie. Thérapeute et patient peuvent également faire usage des consultations téléphoniques pour réparer le sens de la relation thérapeutique. Finalement, en cas d'absence du patient, le contact téléphoniquement initié par le thérapeute permettra de favoriser le retour en thérapie et de contrecarrer les processus d'évitement.
- 4) Les réunions de supervision sont ouvertes à tous les thérapeutes TCD qui s'y auto-appliquent les principes et stratégies qu'ils transmettent aux patients. Elles visent à soutenir la motivation et les compétences du thérapeute, dans un contexte de prise en charge stressant, conduisant possiblement à une usure rapide et/ou à des comportements iatrogènes.

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

- 5) Les traitements auxiliaires regroupent les pharmacothérapies, les suivis en centre de jour, les groupes d'entraide, les prises en charge parallèles.

La TCD a fait l'objet de multiples recherches qui ont toutes mis en évidence la pertinence de cette modalité de prise en charge, qu'elle soit appliquée de manière classique ou adaptée en fonction du cadre d'intervention et/ou de la psychopathologie traitée. Le taux de rétention est significativement amélioré par rapport aux prises en charges habituelles (hospitalisations standards, suivis individuels non spécialisés) y compris auprès de patients présentant des comorbidités d'abus de substances<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>. Il est également à relever que la durée et la fréquence des hospitalisations tend à diminuer pour les patients suivis en TCD<sup>6, 7</sup>. Les comportements suicidaires et autodomageables répondent favorablement au traitement TCD : leur fréquence et leur gravité diminuent significativement<sup>4, 9</sup>. La régulation des affects s'améliore considérablement que l'on prenne en considération la tristesse, la colère, l'anxiété, les épisodes dissociatifs, ou l'impulsivité<sup>10, 9</sup>. Une amélioration de l'ajustement social<sup>11</sup> est également relevée. Finalement, l'étude de McMain et al.<sup>12</sup> tend à confirmer ces résultats : tous les patients ont évolué favorablement ; aucune différence entre le modèle TCD et un groupe de suivi psychiatrique n'a été cependant mise en évidence.

### 1.3 Modèle des dimensions de l'ouverture émotionnelle et TCD

Le modèle des dimensions de l'ouverture émotionnelle (DOE) a été développé par le Pr. Michaël Reicherts<sup>13</sup>. Selon Reicherts et al.<sup>14</sup> (p. 487), ce modèle considère « les émotions comme des phénomènes complexes impliquant des processus à différents niveaux, sous-systèmes ou composantes ». Sont décrites cinq dimensions inter-reliées et interdépendantes formant le terrain d'un fonctionnement émotionnel harmonieux.

- 1) La perception et la conscience des indicateurs internes (PERINT), à savoir la capacité d'identifier la présence et l'importance de manifestations corporelles.

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

- 2) La perception des indicateurs externes (PEREXT), vecteurs de l'expression non verbale de l'émotion et du décodage adéquat de cette dernière lorsqu'elle est émise par un tiers.
- 3) La régulation émotionnelle (REGEMO) qui conduit à l'apaisement, au report et au contrôle des émotions et des états affectifs.
- 4) La communication et l'expression des émotions (EMOCOM) en relation avec un tiers, qui signe la capacité d'ouverture émotionnelle dans un contexte social.
- 5) La représentation cognitive et conceptuelle (REPCON) qui, via concepts et schémas, permet la mentalisation des émotions, des humeurs et des affects, leur distinction et leur différenciation.

Différents instruments de mesure de l'ouverture émotionnelle ont été construits, et notamment un questionnaire visant à mesurer les traits de « Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle » sur la base de 36 items, avec une fiabilité et des propriétés factorielles tout à fait satisfaisantes. Ce questionnaire est disponible en français, italien, allemand, espagnol et anglais.

Si l'on met en parallèle le modèle de l'ouverture émotionnelle, celui des lacunes d'apprentissage dans la gestion des émotions de Linehan, et les techniques et outils proposés dans le contexte des groupes d'entraînement aux compétences, force est de constater la complémentarité et l'enrichissement mutuel de ces approches.

Partant de ce constat, les co-auteurs de cet article ont choisi de se centrer sur les groupes d'apprentissage des compétences pour évaluer leur impact sur les cinq dimensions du modèle de l'ouverture émotionnelle.

Par ailleurs, les groupes TCD en tant que composante (1, cf. sous point 1.2.) du programme TCD font eux-mêmes l'objet d'un intérêt. Plusieurs recherches mettent désormais en

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

perspective une efficacité du groupe TCD –standard ou adapté au contexte de soins et/ou à la population traitée- même s’il est proposé de manière isolée (sans les autres cadres thérapeutiques préconisés par la TCD). Comme par exemple l’étude menée Nathan Pasiieczny et Jason Connor<sup>15</sup> sur 41 patients ayant bénéficié d’un programme de groupe TCD versus un groupe contrôle de 43 patients recevant le traitement habituel qui met en évidence qu’à moindre coût, le nombre de tentative de suicide chute, de même que les actes autodommageables, les admissions en psychiatrie, le nombre de jours d’hospitalisation ou bien encore le sentiment dépressif. D’autres études trouvent des résultats similaires <sup>16, 17, 18</sup>.

Une adaptation du programme de groupe préconisé par Linehan<sup>2</sup> a été nécessaire pour correspondre aux exigences administratives et cliniques des institutions d’appartenance. Par exemple, la tarification des actes médicaux ne permet pas d’animer des séances de groupe de plus de 95 minutes ; nous avons donc choisi de construire un modèle de 20 séances de 1h30 hebdomadaire. Les offres de groupes thérapeutiques ciblant les relations interpersonnelles et l’affirmation de soi étant satisfaisantes, nous avons choisi de ne pas utiliser ce module dans le programme thérapeutique de groupe, laissant ainsi plus de temps pour aborder les autres thèmes. Ou encore, nous avons opté pour des groupes fermés. Nous avons également renoncé à exiger que les thérapeutes individuels soient d’orientation comportementale dialectique ; là encore, le nombre de personnes formées et pratiquant ce modèle reste faible.

C’est ainsi que le groupe « Gestion des Emotions » a vu le jour et a été expérimenté dans le contexte ambulatoire Ouest du Département de Psychiatrie du CHUV <sup>19, 20</sup>. A l’issue de cette phase, des couples d’animateurs travaillant dans deux centres (Secteur Ouest et Section Jaspers –Département de psychiatrie du CHUV) ont été formés à la TCD et supervisés tout au long de leur pratique. Actuellement, une recherche contrôlée et randomisée, est en cours pour évaluer l’efficacité et la pertinence de ce protocole dans différents domaines, tels les compétences en termes des cinq dimensions de l’ouverture émotionnelle, l’intensité de la

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

pathologie borderline, la puissance de la cohésion dans le groupe, la fréquence et la gravité des actes suicidaires et automutilatoires.

### **1.3 Groupe de Gestion des Emotions : descriptif séance après séance**

#### Séance 1

Dès la première séance, la fin du groupe est évoquée et représentée par un répertoire numérique (allant de 1 à 20) dont une feuille numérotée sera ôtée à l'issue de chaque séance. Chaque séance débute également par le rappel du nombre de séances encore à disposition. Est détaillé le cadre de travail (toute absence doit être annoncée 24 heures à l'avance, pour chaque séance manquée le participant s'engage à visionner l'enregistrement et à faire les exercices d'entraînements aux compétences avant la séance suivante, principes du secret professionnel valable pour les thérapeutes et pour les participants, interdiction de faire usage de comportements violents, d'attaques, de critiques ou d'insultes envers les membres du groupe, modalités de financement des séances) et le contrat de participation (distribué avant l'entrée dans le groupe à l'issue des séances d'évaluation) est cosigné du thérapeute et du patient en deux exemplaires (un pour le patient, l'autre pour le thérapeute).

Sur chaque face d'un cube de mousse sont inscrites les 6 valeurs du groupe : 1) nous faisons du mieux que nous pouvons, 2) nous voulons tous nous améliorer, 3) nous ne sommes pas coupables de la situation mais responsables de sa gestion, 4) il n'y a pas d'impasses mais des solutions que l'on n'a pas encore trouvées, 5) s'exercer encore et encore est la clef du succès, 6) ce sont des échecs et des difficultés que naissent les réussites. Le cube est lancé autant de fois que nécessaire durant les séances pour rappeler ces principes.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Si un ou plusieurs participants au groupe sont absents sans annonce préalable, l'un des animateurs contacte chacun par téléphone afin de motiver leur venue, y compris en cours de séance.

Après un jeu favorisant la prise de contact entre les participants, les cognitions, émotions et comportements sont explicités comme autant de portes d'interaction avec le monde.

Le modèle de l'ouverture émotionnelle est présenté et chaque participant est invité à se référer à son profil personnalisé. Des exercices sont proposés pour se familiariser avec les cinq dimensions de l'ouverture émotionnelle.

Des prescriptions d'exercices d'entraînement aux compétences sont faites pour la semaine à venir puis le groupe est fermé, selon une modalité ritualisée, afin de permettre aux participants de faire le point de leur état émotionnel avant de quitter la séance ; les co-thérapeutes rappellent leurs disponibilités téléphoniques pour répondre à toute question en lien avec la séance.

Cette démarche est systématisée pour chaque séance de groupe. A chaque nouvel outil enseigné et pratiqué, la place qu'il occupe dans les 5 dimensions de l'ouverture émotionnelle sera rappelée.

### Séances 2 – 3 – 4 – 5 - 6

Après une revue des exercices d'entraînement aux compétences, la prise de conscience totale est présentée comme l'outil privilégié du développement des capacités en matière de PERINT. Les fondements théoriques (quelles compétences –observer, décrire, participer- et comment les pratiquer –en ne faisant qu'une seule chose à la fois, en se montrant non jugeant, et en se montrant efficace) sont transmis aux participants et des exercices sont réalisés en

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

séance, dont certains empruntés à la MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) comme les trois minutes d'espace de respiration ou le body-scan. Les exercices d'entraînement aux compétences découlent directement des apprentissages réalisés en séance.

### Séance 7

Cette séance est consacrée à réfléchir et discuter de l'utilité des émotions, en tant que moyens de communication, en tant qu'agents motivant et organisant l'action, en tant qu'outils d'adaptation. Les tendances à l'action sont également travaillées par chaque participant <sup>21</sup>. Des exercices de repérage de ces tendances à l'action sont proposés en séance.

### Séance 8 – 9 - 10

Ces séances visent la mise en place des conditions nécessaires à une bonne régulation émotionnelle. Leur objectif est d'apprendre à mettre un nom sur les sensations physiologiques, les émotions et les affects, d'en permettre leur conceptualisation claire et différenciée, en prenant notamment en considération les variations internes et interpersonnelles : aucune émotion n'est juste ni fausse, elle est, à un moment donné, dans un contexte donné, pour une personne donnée. L'identification des émotions premières et des émotions secondaires est enseignée via un apport théorique et des exercices pratiques. Les conséquences des mythes relatifs aux émotions sont également abordées afin de permettre aux participants une remise en question adéquate. L'hygiène de vie émotionnelle y est travaillée comme cible prioritaire

### Séances 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 - 17

La douleur fait partie intégrante de la vie. Si elle est inéluctable, la souffrance l'est par contre. Dans ce contexte, la souffrance est définie comme la douleur additionnée de la non acceptation de la douleur. Différentes stratégies, outils, moyens permettant d'empêcher que la

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

douleur ne devienne souffrance, de la gérer sans faire usage de comportements destructeurs qui viendraient ajouter encore à la douleur initiale, sont passés en revue, exercés en séance et prescrits en exercices d'entraînement aux compétences à domicile. L'ensemble des ces techniques est regroupé en trois grandes catégories sous un sigle mnémotechnique spécifique : a-d-o-u-c-i-r, s-e p-o-s-e-r, c-r-e-m-e<sup>19</sup>. « Agir à l'opposé » de l'émotion, de sa tendance à l'action ou de son expression comportementale est un outil pratiqué en séance et à domicile.

### Séance 19

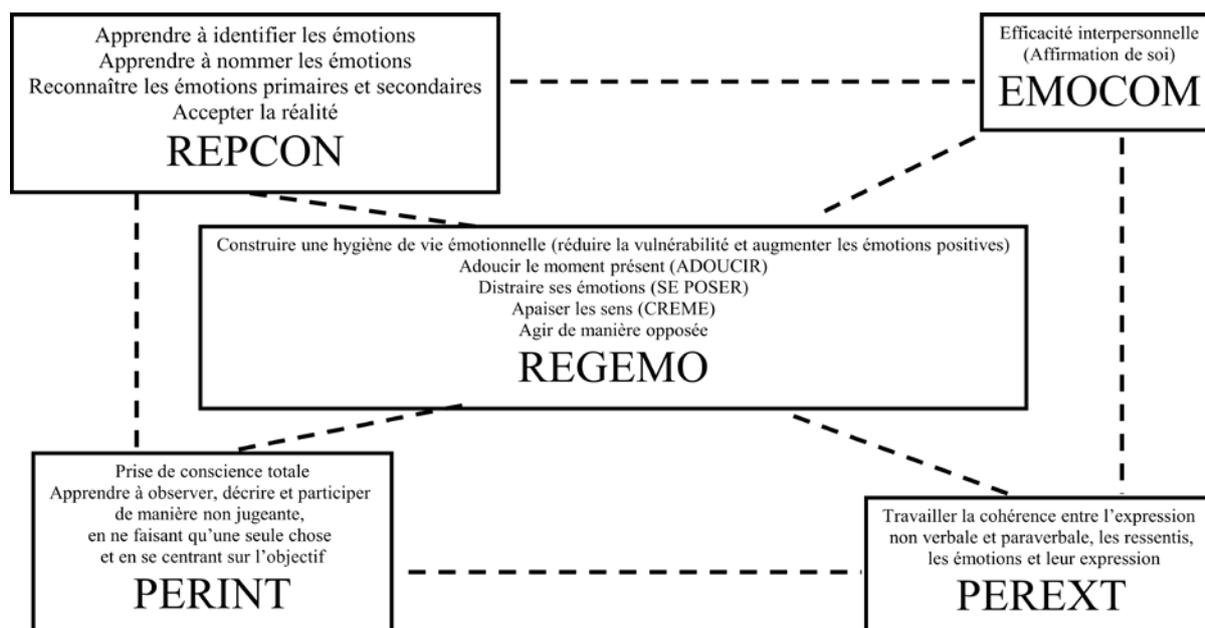
L'entièreté de la séance est dédiée à la pratique de l'acceptation radicale de la réalité, thématique évoquée à plusieurs reprises dans les séances précédentes, et à différents outils en lien : l'observation de la respiration, le demi-sourire, la prise de conscience totale, faire l'état des lieux de la réalité, changer d'état d'esprit, mobiliser sa volonté et non son obstination.

### Séance 20

Cette séance de synthèse permet de rappeler l'ensemble des procédures et concepts développés dans le groupe, sur une modalité très interactive. Toute la deuxième partie est consacrée aux au-revoir, aux émotions qui en découlent, aux moyens de les gérer en respect de soi et des autres.

En conclusion, le schéma ci-dessus illustre la complémentarité entre le modèle de l'ouverture émotionnelle<sup>13</sup> et les techniques usitées dans les groupes d'apprentissage de la Gestion des Emotions, en listant de manière non exhaustive les différentes compétences enseignées dans les groupes d'entraînement aux compétences et les dimensions auxquelles elles correspondent :

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS



### 3. Exemple de protocole : séance 14

Au mur, les animateurs mettent un calendrier composé de feuilles détachables sur lesquelles un numéro de séance est inscrit. A chaque séance, une feuille est ôtée du calendrier de sorte à permettre aux participants d'anticiper la fin du groupe dès son démarrage. En cas d'absence non annoncée d'un des participants, un animateur le contacte par téléphone pour l'inviter à rejoindre le groupe dès que possible.

La séance débute par une revue des exercices d'entraînement aux compétences réalisés depuis la séance 13. L'animateur conduit ensuite les participants à réfléchir à des situations dans lesquelles ils ont constaté que leurs émotions s'amplifiaient au point de les déborder. Le lien entre émotions et production de comportements possiblement problématiques est mis en évidence ainsi que l'intérêt d'un travail d'apaisement des émotions. L'animateur attire l'attention des participants sur le fait qu'apaiser une émotion ne signifie aucunement annuler cette émotion ; bien au contraire. De fait il s'agit d'apprendre à réguler l'émotion de sorte qu'elle soit gérable et non débordante, afin de limiter la production de comportements inefficaces et délétères sur le court, moyen et long terme.

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Distraire nos émotions, c'est réduire le contact avec les éléments de la situation qui les ont déclenché et en accroissent l'intensité. Il existe sept compétences qui sont enseignées, passées en revue et exercées en séance.

Pour mieux mémoriser ces stratégies, elles sont regroupées sous un sigle mnémotechnique :

### SE POSER

<b>S</b>	ensations	Par exemple, tenir un glaçon dans sa main
<b>E</b>	motions	Par exemple, lire un livre émouvant, regarder un film chargé émotionnellement
<b>P</b>	enser	Par exemple, comptez mentalement de 1 à 10
<b>O</b>	ffrir	Par exemple, offrir quelque chose gratuitement à quelqu'un permet de se centrer sur l'action que l'on est en train de réaliser et consécutivement d'apaiser l'émotion en cours
<b>S</b>	'adonner	Par exemple, se plonger dans une activité physique, ou dans une activité ménagère
<b>E</b>	chapper	C'est-à-dire limiter le contact avec les éléments déclencheurs, par exemple en imaginant déposer son émotion douloureuse dans une boîte que l'on ferme scrupuleusement avant de la ranger sur un placard
<b>R</b>	econtextualiser	C'est-à-dire replacer l'émotion dans un contexte dans lequel elle a un début et une fin. Par exemple, comparez cette situation avec d'autres déjà vécues par le passé.

Durant la séance 14, seules les quatre premières lettres S-E-P sont abordées et exercées.

Pour tester les techniques de Sensations, l'animateur propose aux participants de se remémorer la dernière fois qu'ils se sont mis en colère et d'essayer de revivre en séance cette colère, en prenant soin de se connecter aux sensations physiologiques ainsi provoquées ; il distribue à chacun un glaçon et invite les participants à se concentrer sur ce glaçon et les sensations physiologiques qu'il ne manquera pas de procurer. A l'issue de l'exercice, les participants sont invités à observer les modifications qu'ils ont pu ressentir tant sur le plan des sensations physiologiques que des émotions ou des pensées consécutives en réalisant cet exercice. Très souvent, le constat est clair : que l'exercice ait été vécu comme agréable ou désagréable, les sensations physiologiques et émotions qui le précédaient ont toutes évolué.

Quant aux Emotions, même si cela peut paraître a priori paradoxal, une des antidotes au débordement émotionnel, c'est l'émotion ! Un peu comme si notre émotion était un poste de radio et que l'on cherchait à brouiller les ondes en tournant très légèrement le bouton sur la gauche ou la

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

droite... Par exemple, si l'on est triste, on peut brancher une stéréo et écouter à fond une musique particulièrement entraînante. Si l'on s'ennuie, on peut regarder un film dans lequel on se plonge, à fort suspense ou dont le scénario provoque de fortes émotions. Si l'on est angoissé, on peut provoquer des sensations physiologiques de détente au travers de la pratique de la relaxation. Etc. L'animateur invite alors les participants à réfléchir aux moyens qu'ils pourraient mettre en place pour produire des émotions concurrentes de la première.

Penser : Lorsqu'une émotion nous envahit, elle est accompagnée et entretenue par des pensées, des souvenirs, des images, des monologues intérieurs qui sont en résonance avec elle. Par exemple, si l'on est triste, les pensées, images et souvenirs qui vont nous habiter seront volontiers eux-mêmes teintés de tristesse. Et chacun de ces souvenirs, images, ou pensées, viendra amplifier la tristesse éprouvée. Pour éviter cette escalade symétrique entre émotions et cognitions, une des techniques à disposition est de "remplir le cerveau" de pensées concurrentes : compter les moutons, chanter une chanson intérieurement, compter les pas que je fais en marchant, visualiser un métronome qui bat le rythme, de gauche à droite, etc. Un exercice est réalisé en séance.

Chaque technique est pratiquée et discutée en groupe et les participants sont invités à partager leurs impressions et leurs sensations, leur difficultés, leurs doutes.

Quinze minutes avant la fin de la séance, les exercices d'entraînement aux compétences qui devront être réalisés pour la semaine suivante sont prescrits : exercer dans différents contextes et à plusieurs reprises les techniques en lien avec les lettres S-E-P et noter toutes les observations, interrogations, remarques sur cette expérience.

La fin du groupe est ritualisée et un temps suffisant y est consacré. Chaque participant a pour mission de prendre deux minutes de silence et de se remémorer les points clefs de la séance. Il note ensuite sur un papier trois mots-clefs qui seront ensuite lus par un des animateurs. Le feuillet du calendrier sur lequel est écrit 14 est alors déchiré et laisse apparaître le numéro 15.

Les animateurs rappellent leur disponibilité entre les séances pour répondre aux questions en lien avec l'application des techniques apprises ou sur des thématiques spécifiques au groupe.

#### **4. Evaluation des groupes thérapeutiques « Gestion des émotions »**

##### **4.1. Etude pilote**

Les premiers groupes thérapeutiques « Gestion des émotions », basés sur une version préliminaire du manuel cité<sup>20</sup>, ont fait l'objet d'une étude pilote. Quatre animateurs de groupe formés sur deux sites ont implémenté le programme pour cette phase pilote. En tout,  $N = 8$  patientes (*completers*) ont participé à la totalité de la prise en charge sur les deux sites, en plus de quatre patients qui ont souhaité arrêter la prise en charge pour diverses raisons. Pour ce qui suit, seules les données des 8 patientes seront analysées et présentées. Il s'agit de 100% de femmes, toutes présentant un trouble de la personnalité borderline. En co-morbidité se trouvaient des troubles de l'humeur, anxieux et d'autres formes de troubles de la personnalité. L'ensemble des diagnostics sur l'axe II du DSM-IV ont été évalué à l'aide de l'entretien diagnostique SCID-II<sup>22</sup>.

L'objectif de cette étude pilote était de tester la faisabilité sur deux niveaux : (1) faisabilité clinique, en répondant à la question de savoir si le protocole de groupe, tel que conçu, était acceptable pour les animateurs et les patientes, (2) faisabilité de la recherche, en répondant à la question de savoir si les échelles d'évaluation étaient praticables dans ce contexte, ainsi que l'évaluation de leur pertinence. En ce qui concerne la faisabilité clinique, une rencontre d'évaluation a eu lieu en aval de l'expérience entre les quatre animateurs et la superviseure, ce qui a débouché sur un certain nombre de changement dans le manuel d'animation<sup>20</sup> ; en ce qui concerne la faisabilité de la recherche, le taux de retour des questionnaires (100% pour les *completers* dans la présente étude pilote) montre la faisabilité et la pertinence du protocole de recherche.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Nous avons choisi d'évaluer deux concepts-clés à deux reprises (pré-post), afin de documenter le changement clinique intervenu chez ces patients : (1) l'ouverture émotionnelle, et (2) la symptomatologie générale.

L'ouverture émotionnelle a été mesurée par le questionnaire auto-rapporté des Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (DOE<sup>13, 14</sup>). Ce questionnaire auto-rapporté de 36 items mesure les dimensions du modèle de Reicherts explicité plus haut. La symptomatologie générale a été mesurée par le questionnaire auto-rapporté Outcome Questionnaire (OQ-45.2<sup>23</sup>) qui comprend 45 items et mesure le niveau symptomatique, les relations interpersonnelles et le rôle social

Il apparaît que globalement, les symptômes des patientes borderline diminuent à travers la prise en charge groupale « Gestion des émotions », et ce pour les deux groupes indépendants sur deux sites. De plus, nous constatons que la qualité de la représentation cognitive (Repcn), de l'efficacité interpersonnelle (Emocom) et de la perception interne des émotions (Perint) s'améliore à travers le groupe thérapeutique, ce qui est en accord avec notre hypothèse. Par contre, on constate une baisse dans la qualité de la perception externe des émotions (Perext), ce qui comprend la cohérence entre l'émotion ressentie et son expression para- et non-verbale, ce qui nous a surpris et était contraire à notre hypothèse. Finalement, aucun changement significatif n'est intervenu sur la composante de la régulation émotionnelle (Regemo). Ce dernier résultat nous a aussi surpris, car l'hypothèse d'un impact du groupe sur les compétences de régulation émotionnelle nous paraissait plausible. Il est à noter que dans la première version du groupe « Gestion des émotions » utilisée dans cette étude pilote, les outils propres à la régulation des émotions ont été enseignés et entraînés durant le dernier tiers ; dès lors, l'absence d'effets mesurables pourrait être explicitée par la précocité de la seconde passation du questionnaire lors de la séance 20.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Ces résultats sont à prendre avec beaucoup de précaution, car le nombre de patientes est extrêmement petit. Nous devons donc attendre les résultats de l'étude randomisée contrôlée en cours, avant de conclure. En revanche, la faisabilité clinique et de recherche a été clairement démontrée.

### **4.2. Etude randomisée contrôlée en cours**

Suite à ces résultats encourageants, nous avons décidé de mettre sur pied une recherche randomisée contrôlée sur plusieurs années, impliquant les mêmes deux services de psychiatrie publique. Ceci implique qu'après le recrutement des patients, il faut tirer au sort les patients participant au groupe « Gestion des émotions » versus liste d'attente (les personnes sur la liste d'attente reçoivent le même groupe thérapeutique six mois plus tard, hors recherche). Nous avons également amélioré et enrichi le manuel thérapeutique pour les animateurs et avons complété le matériel d'animation. De plus, nous avons complété la batterie de tests d'évaluation par plusieurs échelles et méthodes d'évaluation approfondies, afin d'augmenter la qualité scientifique de l'étude. Notamment, nous nous basons dorénavant sur quatre points de mesure : début du groupe, après 10 séances, fin du groupe, follow-up après trois mois. Par ailleurs, nous avons ajouté les questionnaires auto-rapportés suivants : (1) Borderline Symptom List, version courte (BSL-23<sup>24</sup> ; notre traduction a été approuvée par les auteurs) qui vise à évaluer les symptômes spécifiques du trouble de la personnalité borderline d'un point de vue dimensionnel ; (2) Cohésion de groupe-44<sup>25</sup> qui vise à évaluer la cohésion de groupe telle que perçue par le patient, avec trois aspects : la stimulation (exemple d'item « Je me suis senti affectivement mobilisé par le groupe »), l'engagement (exemple d'item « Je suis d'accord de tout faire pour ne pas éviter des séances ») et la compatibilité (exemple d'item « Le groupe est composé de membres qui vont bien ensemble ») ; et (3) Working Alliance

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

Inventory-12, version courte (WAI-12<sup>26</sup>). Ces deux derniers questionnaires semblent particulièrement prometteurs, car ils évaluent des aspects relationnels de la prise en charge comportementale-dialectique. Cette variable est encore peu investiguée dans cette forme de traitement où le mécanisme d'action est présumé être le changement de compétences spécifiques de régulation des émotions<sup>27</sup>. L'étude de Neacsiu et al. est particulièrement intéressante, car elle montre par quels mécanismes de changement fonctionne la thérapie comportementale dialectique. Malheureusement, les compétences de la régulation émotionnelle ont été évaluées uniquement par questionnaires auto-rapportés, ce qui peut être critiqué sur plusieurs niveaux<sup>28,29</sup>.

### **4.3. Spécificité de notre étude randomisée et contrôlée : évaluation processuelle**

Comme montré par Neacsiu et al.<sup>27</sup>, nous nous posons la question de savoir si les compétences de régulation des émotions peuvent être comprises comme mécanisme d'action, en particulier des traitements TCD de groupe. Nous pensons que l'évaluation processuelle, par juge externe qui code un entretien clinique standardisé, présente une méthodologie qui tient compte des critiques adressées aux questionnaires auto-rapportés. L'évaluation par juge externe évite les biais de désirabilité sociale et d'acquiescement ou des erreurs de compréhension des items<sup>29</sup>. Tous les patients (ceux qui font le groupe et ceux sur la liste d'attente) font un entretien psychodynamique semi-structuré au début du groupe et à la fin du groupe avec un clinicien-chercheur. Cet entretien est enregistré en vidéo, transcrit mot par mot et analysé selon le système de codage par juge externe du CPRS (Coping Patterns Rating Scales<sup>30</sup>). Cette échelle de codage a été validée en français<sup>31</sup> et a été utilisée à de multiples reprises dans le cadre de recherches processuelles en psychothérapie et en psychopathologie<sup>32,33</sup>. Cette échelle mesure les stratégies de coping identifiées dans la revue de la littérature complète de Skinner et al.<sup>34</sup> et permet de calculer un score général de qualité adaptative du coping (Overall Coping Functioning). Nous postulons que le changement sur le score de

## GRUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

qualité adaptative du coping à travers le traitement de groupe comportemental dialectique fonctionne comme mécanisme de changement de cette forme de thérapie<sup>27</sup>.

Actuellement, ce projet est en sa phase du recrutement ; il n'y a pas encore de résultats.

### **5. Conclusions**

En conclusion, à l'heure actuelle, le modèle de la prise en charge comportementale dialectique est parmi les modèles les mieux validés scientifiquement. Pour les professionnels sur le terrain, des adaptations respectueuses des principes comportementaux dialectiques, sont désormais nécessaires, afin de répondre notamment à des exigences contextuelles et cliniques. Le groupe Gestion des Emotions s'inscrit dans ce mouvement. Ce groupe thérapeutique s'ancre également dans le modèle bien validé des dimensions de l'ouverture émotionnelle. Tous les bénéfices cliniques d'ores et déjà observés seront mis à l'épreuve grâce au dispositif de recherche randomisée contrôlée en cours.

### **6. Bibliographie**

<sup>1</sup> Linehan, M. M. (2000a). Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite. Editions Médecine et Hygiène, Genève.

<sup>2</sup> Linehan, M. M. (2000b). Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. Editions Médecine et Hygiène, Genève.

<sup>3</sup> Zanarini, M. C., Ed, D., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J. D. B. Hecih, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 6, 381-387.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

<sup>4</sup> Friedrich, J. A., Gunia, H., & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 3, 289-306.

<sup>5</sup> Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1211-1217.

<sup>6</sup> Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 3, 276-282.

<sup>7</sup> Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, 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 behaviours and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

<sup>8</sup> Van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

<sup>9</sup> Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W., De Ridder, M. A. J., Stijnenn, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. Twelve months, randomised clinical trials in the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

<sup>10</sup> Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. M. (2000). Evaluation of inpatient cognitive-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38, 875-887.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

<sup>11</sup> Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Standard dialectical behavior therapy compared to psychotherapy in the community for chronically parasuicidal borderline patients. Manuscript non publié.

<sup>12</sup> McMain, S., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of Dialectical Behavior Therapy versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.

<sup>13</sup> Reicherts, M., Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2011). *Emotionale Offenheit. Ein neues Modell in Forschung und Praxis*. Verlag Hans Huber, Bern.

<sup>14</sup> Reicherts, M., Casellini, D., Duc, F., & Genoud, P.-A. (2007). L'« Ouverture émotionnelle » dans les troubles de la dépendance et les troubles de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(7), 485-491.

<sup>15</sup> Pasioczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings : an Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49, 4-10.

<sup>16</sup> Denaro, J. (2008). Effectiveness of dialectical behavior therapy in the treatment of adolescents girls with borderline personality features in an outpatient community mental health setting. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 68, 8-B, 5564.

<sup>17</sup> Cwyk, M. F. (2006). A dialectical behavior therapy (DBT) skills training group for learning-disabled adolescents. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 66, 11-B, 6266.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

- <sup>18</sup> Sakladan, J. A., Shaw, J., & Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now : A pilot study on the use of dialectical behavior therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 6, 568-572.
- <sup>19</sup> Page, D. (2006). *Borderline. Retrouver son équilibre*. Editions Odile Jacob, Paris.
- <sup>20</sup> Page, D (2010). *Manuel d'animation du groupe de gestion des émotions, séance après séance*. Document non publié.
- <sup>21</sup> Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Editions Mardaga, Bruxelles.
- <sup>22</sup> First, M. B., Spitzer, R. L., Williams J. B. W., & Gibbons, M. (2004). *Structural Clinical Interview for DSM-IV*. New York: Biometrics Research Dpt.
- <sup>23</sup> Lambert, M., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- <sup>24</sup> Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.
- <sup>25</sup> Piper, W. E., Marrache, M., Lacroix, R., Richardson, A. M., & Jones, B. D. (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*, 36, 93-108.
- <sup>26</sup> Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

## GROUPE THERAPEUTIQUE GESTION DES EMOTIONS

- <sup>27</sup> Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- <sup>28</sup> D'Iuso, E., Blake, E., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2009). Cognitive errors, coping patterns and the therapeutic alliance: A pilot study of in-session process. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 108-114.
- <sup>29</sup> Kramer, U., Vaudroz, C., Ruggeri, O., & Drapeau, M. (in press). Biased Thinking assessed by external observers in borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- <sup>30</sup> Perry, J. C., Drapeau, M., & Dunkley, D. (2005). *The Coping Action Patterns Rating System*. Montréal : McGill University.
- <sup>31</sup> Kramer, U., & Drapeau, M. (2011). Etude de validation de la version française des échelles de codage du coping et des erreurs cognitives (CE-CAP) sur une population non-clinique. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 523-527.
- <sup>32</sup> Kramer, U. (2010). Defense and coping in Bipolar Affective Disorder : Stability and change of adaptational processes. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 291-306.
- <sup>33</sup> Kramer, U., Despland, J.-N., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy of adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1232-1241.
- <sup>34</sup> Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.