

Thomas R. Lynch

Traduction et adaptation française de Sylvia Martin

Préface de Grégoire Billon

Postface de Dominique Page

La thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte

Traiter les troubles de l'excès de contrôle



- ▷ Toutes les bases
- ▷ 100 exemples cliniques
- ▷ 50 conseils pratiques

+ EN LIGNE

Fiches-outils, feuilles d'évaluation
et protocoles de traitement



La thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

- Des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
- Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
- Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

Dans la même collection

Vitry G., *La thérapie brève systémique stratégique*, 2024

Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K., *Le soi hanté*, 3^e éd., 2024

Antoni M., Ironson G., Schneiderman N., *Gérer le stress grâce aux TCC*, 2024

Fisher J., *Dépasser la dissociation d'origine traumatique*, 2^e éd., 2024

Segal Z., Teasdale J., Williams J., *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, 4^e éd., 2024

Young J., Klosko J., Weishaar M., *La thérapie des schémas*, 3^e éd., 2024

Thomas R. Lynch

Traduit et adapté par Sylvia Martin

La thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte

Traiter les troubles de l'excès
de contrôle

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2024

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve
Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : novembre 2024
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2024/13647/161

ISSN : 1780-9517
ISBN 978-2-8073-5795-2

Sommaire

Compléments numériques.....	7
Manuel pratique.....	7
Préface.....	9
Avant-propos de la traductrice	13
Introduction	17
CHAPITRE 1 L'ouverture radicale et les troubles de l'excès de contrôle.....	23
CHAPITRE 2 Une théorie neurobiosociale des troubles de l'EC.....	51
CHAPITRE 3 Stratégies d'évaluation.....	89
CHAPITRE 4 Hypothèses, structure et objectifs de traitement.....	105
CHAPITRE 5 Maximiser l'engagement du patient.....	117
CHAPITRE 6 Le signal social.....	157
CHAPITRE 7 Ouverture radicale, exploration de soi et dévoilement de soi.....	193
CHAPITRE 8 L'alliance thérapeutique	225
CHAPITRE 9 Ciblage du traitement et intervention.....	241
CHAPITRE 10 Stratégies comportementales et dialectiques.....	305
CHAPITRE 11 Dernières remarques, questions pratiques et adhésion au traitement.....	377

Postface	383
Liste des acronymes.....	385
Notes.....	387
Glossaire	395
À propos des auteurs.....	405
Bibliographie.....	407
Table des matières	435

Compléments numériques

Cet ouvrage offre de nombreuses ressources complémentaires : fiches-outils, feuilles d'évaluation, protocoles de traitement, exemples cliniques... Elles sont signalées, au fil du texte, par le pictogramme suivant : 

Pour y accéder, rendez-vous sur le site de l'éditeur à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/357952

Manuel pratique

En complément à la lecture du présent ouvrage théorique, nous recommandons de découvrir le manuel pratique de la TCD RO, conçu en parallèle. Celui-ci approfondit le contenu des séances du programme complet et présente en détail les outils qui sont ici mentionnés.

Ce manuel paraît en traduction française chez De Boeck Supérieur en 2025.

Au fil du texte, des renvois vers le manuel pratique sont mis en évidence par la présence du pictogramme suivant : 

Préface

Aux carrefours de la pensée, comment nous trouvons-nous à prendre tel ou tel chemin ? Ouvrant ce livre, sois bienvenu, d'où que tu viennes : tu pourrais te surprendre à ouvrir une porte, sur soi comme sur le monde. Et ce n'est pas une chose si aisée... « Car encore faut-il quelque degré d'intelligence pour pouvoir remarquer qu'on ignore, et il faut pousser à une porte pour savoir qu'elle nous est close. » (Montaigne, *De l'expérience*, *Essais III*, 13).

J'ai croisé le chemin de la Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte (TCD RO) comme souvent il arrive, au détour des rencontres : j'ai eu la joie de travailler auprès de Mima Simic, extraordinaire clinicienne du Maudsley en charge du service où des adolescents, sous l'emprise des troubles du comportement alimentaire, devaient retrouver le difficile chemin de la santé. J'ai pu y voir les effets d'une approche thérapeutique éclairée et entendre parler pour la première fois de la TCD RO et de ses bénéfices. Mon souhait d'en adapter l'usage à mon activité en France m'a conduit sur la route de Sylvia Martin, psychologue clinicienne aguerrie à la mise en œuvre des psychothérapies visant les troubles de la personnalité, et engagée dans la traduction française de la TCD RO. J'ai un grand plaisir à introduire ici cette traduction qui la met à la disposition du lectorat francophone. En abaissant la barrière de la langue, elle ouvre la possibilité d'une diffusion qui enrichisse et fertilise notre tradition thérapeutique.

La TCD RO est en effet un modèle original à plusieurs titres. Il se présente, par son nom, comme un rejeton de la Thérapie Comportementale Dialectique, dont il emprunte effectivement certains principes. Il présente des aspects souvent rattachés à la tradition dite anglo-saxonne, d'être un modèle structuré, opérationnalisé et fermement ancré dans une exigence de validation empirique. La notion d'« ouverture radicale » puise aussi à des traditions philosophiques plus anciennes, notamment le soufisme malâmati (comme détaillé dans le chapitre 7). Et cette approche présente

des caractéristiques qui la distinguent en de nombreux points de bien des approches thérapeutiques courantes.

L'histoire de l'élaboration de la TCD RO par Thomas Lynch, son principal créateur, est en elle-même intéressante. Elle prend acte des limitations documentées des modèles thérapeutiques existants. Elle va dans le sens d'une tendance importante de notre discipline, à savoir la place prise par les approches dimensionnelles et un abord transdiagnostique des troubles mentaux. Elle témoigne d'une intense curiosité pour son sujet, alliée à une grande humilité quant à la portée de sa mise en œuvre pratique. Le modèle est à la fois robuste sur le plan théorique, et très fortement orienté vers la pratique clinique, jusqu'à une attention aux détails rarement rencontrée : l'espace thérapeutique, la température de la pièce, et peut-être surtout, la posture du clinicien et son style de communication.

La population cible de la TCD RO reçoit généralement peu d'attention, car elle fuit la lumière. Ce sont les personnalités dont la souffrance est par nature furtive, à l'opposé de la dérégulation émotionnelle et de la désinhibition qui caractérisent le profil borderline. Ce sont ces personnalités dont le bio-tempérament est marqué au contraire par un contrôle excessif et rigide, avec des conséquences néfastes, que le modèle interprète au prisme d'une théorie neurobiosociale originale. Un profil associé à de nombreux troubles résistants ou notoirement difficiles à traiter. L'hyperadaptation, la tendance à l'inhibition des émotions et de leur expression, et l'isolement social aboutissent à une discrétion intrinsèque qui justifie le développement d'une approche thérapeutique dont les stratégies sont finement accordées au fonctionnement de cette population.

Il faut souligner l'importance accordée par la TCD RO à l'alliance thérapeutique, dont les ruptures sont aussi inévitables que sont utiles les efforts mis en œuvre pour la rétablir. Le modèle invite aussi le clinicien à pratiquer pour soi et établir avec les patients un lien thérapeutique qui fait la part belle à l'expérience, et où les objectifs thérapeutiques sont démontrés en pratique pour pouvoir être acceptés. Il donne au clinicien un rôle d'*ambassadeur tribal*, avec pour mission de restaurer pour des sujets ostracisés les possibilités de connexion sociale. Ceci notamment en se focalisant sur les processus intersubjectifs – avec un primat du signal social – plutôt que l'introspection et la régulation interne, comme cibles thérapeutiques privilégiées. Ainsi, la TCD RO s'attache à rendre visible une configuration humaine source de souffrance tout en développant les moyens d'y apporter une réponse efficace : intéressante leçon d'optimisme thérapeutique.

On rencontre aussi dans la TCD RO une invitation à intégrer des compétences proprement humaines, mais rarement mobilisées aussi explicitement dans l'arsenal thérapeutique : éloge de l'oisiveté, humour et ironie amicale au service de la connaissance de soi, adoption délibérée et systématique d'une posture de non-dominance, et encouragement – malgré la forte structuration du modèle – à mettre sa propre expressivité au service du soins. Le modèle invite ainsi à pratiquer une forme de théâtralité thérapeutique bienveillante, à rebours de la posture de prestance qu'on accuse

d'entretenir, dans une certaine tradition médicale paternaliste, un pouvoir stérile quant à l'efficacité thérapeutique.

On pourrait dire que la TCD RO ravive, pour notre conscience contemporaine, la fameuse injonction qui traverse notre tradition depuis ses origines : « Connais-toi toi-même ». En mettant l'*inconnu personnel* au centre de sa visée, en développant des techniques d'exploration de soi visant à maintenir une ouverture au monde malgré, et grâce à, l'inconfort qui se manifeste à la rencontre de nos propres limites, la TCD RO offre une perspective de croissance qui dépasse celle d'un simple outil de remédiation, pour les patients comme pour les thérapeutes.

« Il n'est rien si beau et si légitime que de faire bien l'homme et dûment ; ni science si ardue que de bien savoir vivre cette vie » (ibid.). Sur ce chemin, l'éthique de l'ouverture radicale n'enfonce pas les portes du bonheur, mais nous épaula pour frayer une voie.

Grégoire BILLON

*Psychiatre et psychothérapeute,
il soutient l'importance de la validation empirique
comme des développements créatifs dans les pratiques cliniques,
et défend comme formateur l'usage de la simulation
au service de l'apprentissage expérientiel.*

Avant-propos de la traductrice

Quand j'ai découvert la Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte (TCD RO) en 2018 à Nottingham, ce fut comme ouvrir la porte d'un nouvel univers. Formée aux thérapies cognitivo comportementales (TCC) en France, je n'avais jamais été directement en contact avec l'approche anglosaxonne. Rencontrer les fondateurs de ce protocole, Thomas Lynch et son équipe, échanger et pratiquer à leurs côtés, tester pendant plusieurs semaines leurs outils innovants (quoique parfois déroutants) fut une expérience à la fois marquante et enthousiasmante. Grâce à celle-ci, j'ai pu me rendre compte que je n'étais pas seule, que je faisais partie d'une tribu de gens curieux, des praticiens du monde entier : Français, Suisses, Australiens, Suédois, Irlandais, Polonais, Allemands... Des professionnels motivés, de tous horizons, tous venus chercher la réponse à une question : pourquoi les TCC et la TCD standard n'aident-elles pas certains de nos patients ?

De mon côté, en travaillant avec de jeunes adultes et des populations souffrant de troubles de personnalité depuis plusieurs années, je m'étais rendu compte des limites des TCC de 3^e vague. J'étais régulièrement confrontée à des patients très anxieux, perfectionnistes, ultra-informés sur les techniques thérapeutiques, qui malgré tous leurs efforts et leurs raisonnements restaient accablés par la souffrance psychologique, complètement déconnectés des autres, en tension avec leur entourage ou tout simplement cruellement isolés. Le problème ne résidait pas dans leur compréhension de leurs difficultés (ils avaient parfois vu plus de vidéos YouTube, tentés plus de thérapies, lu plus de livres sur le sujet que je n'aurais jamais pu le faire), mais bien dans leur (in)capacité à accepter l'aide et à s'engager dans la thérapie. Cet obstacle donnait lieu à des frustrations au sein de nos échanges et de la prise en charge thérapeutique, tant pour eux que pour moi.

Mes recherches approfondies confirmèrent mon idée que le perfectionnisme et la rigidité était bien au cœur des difficultés de ces patients. Des études récentes

indiquent d'ailleurs que le perfectionnisme est en hausse, notamment chez les jeunes (Curran et Hill, 2019), avec des répercussions comportementales alarmantes. En effet, perfectionnisme et contrôle ne signifient pas forcément maîtrise absolue. Ainsi, de nombreux patients présentant un comportement suicidaire, destructeur ou impulsif sont aussi piégés dans les hyper-exigences de leur perfectionnisme (Christian *et al.*, 2021). L'excès de contrôle est, par ailleurs, un facteur-clé des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ainsi que des troubles alimentaires (King *et al.*, 2019; Soidla & Akkermann, 2020; Isaksson *et al.*, 2021).

Face à ces constats, quelle méthode privilégier pour une prise en charge adaptée de ces patients ? Les TCC ont montré leur efficacité pour réduire l'anxiété, la dépression et le stress, notamment chez les étudiants (Li *et al.*, 2017; Ezegebe *et al.*, 2019), mais ne permettaient pas d'atteindre un résultat satisfaisant auprès de personnes présentant un excès de contrôle. De même, si la méditation et les thérapies basées sur la pleine conscience se révèlent extrêmement utiles auprès de public en souffrance tant physique que mentale (González-Valero *et al.*, 2019; Huang *et al.*, 2018), le discours sur les émotions et l'acceptation ne résonnait pas auprès de patients dépressifs résistants ou présentant un trouble de spectre de l'autisme, souffrant d'afantaisie.

Ayant éprouvé les limites de ces thérapies face aux difficultés spécifiques liées à l'excès de contrôle, je fis alors la découverte de la TCD RO, une approche résolument dynamique et transdiagnostique, qui m'a permis de considérer le continuum des difficultés de contrôle, de rigidité et de perfectionnisme comme un angle d'appréhension pertinent pour m'aider à mieux comprendre et prendre en charge mes patients.

Avez-vous déjà été confronté à des patients qui semblent plus « compliqués » à comprendre, qui sont davantage sur la réserve, avec qui l'alliance thérapeutique est fragile ou difficile à établir, et que vous ne saviez comment aborder ? La TCD RO est là pour ces moments-là, pour ces patients-là, pour vous donner des pistes, élargir votre champ d'action et, dans le même temps, vous faire évoluer en tant que thérapeute en vous incitant à questionner plus qu'à affirmer.

La TCD RO est une approche qui casse les codes. Elle propose un protocole thérapeutique novateur, structuré autour de 3 composantes majeures : la thérapie individuelle hebdomadaire, la formation de groupe aux compétences et les réunions d'équipe (Lynch *et al.*, 2015). Contrairement aux thérapies focalisées sur la régulation des émotions, la TCD RO cherche avant tout à restaurer la connectivité relationnelle grâce à des pratiques spécifiques comme l'exploration de soi et le dévoilement de soi, au travers d'outils originaux. En outre, la TCD RO préconise une attitude thérapeutique nouvelle qui va vous éveiller à une toute nouvelle flexibilité.

Le présent ouvrage constitue le socle théorique de TCD RO ; il vous permettra d'en cerner l'ensemble des concepts spécifiques et le cadre formel de la thérapie. Un manuel pratique, détaillant le contenu des séances du programme de thérapie et les outils techniques utilisés sortira en 2025. Aborder cette thérapie dans toute son originalité peut paraître ardu, de prime abord, au vu des concepts novateurs et des exercices parfois surprenants, mais ne vous découragez pas. Le programme nécessite

un réel engagement, non seulement du patient mais aussi du thérapeute. La TCD RO est une thérapie expérientielle et il est nécessaire d'y plonger entièrement pour en saisir toute la richesse.

Enfin, je voulais vous témoigner d'un effet secondaire de la TCD RO : la tribu. En mettant en œuvre cette thérapie avec mes collègues Grégoire Billon, Clara la Monica, Oumaima Bourekba, Laura Soto et quelques autres, nous avons non seulement pu renforcer nos pratiques d'ouverture radicale, mais aussi faire fleurir une expérience humaine et professionnelle stimulante, nous sentir évoluer et travailler au sein d'une équipe détendue et soutenante... En bref, créer notre petite tribu et vivre cette expérience de connectivité relationnelle chaleureuse avec nos patients depuis maintenant trois ans. Cette traduction française de l'ouvrage de Thomas Lynch est le fruit de nos explorations, nos échanges et nos expériences conjugués. Merci à tous pour vos conseils et feed-back, grâce auxquels ce travail de longue haleine a pu aboutir.

Lancez-vous au défi de cette nouvelle manière d'aborder les problématiques d'excès de contrôle, qui s'appuie sur des preuves scientifiques solides tout en préconisant l'ouverture et la curiosité. Bienvenue dans l'univers de la TCD RO !

Sylvia MARTIN

Octobre 2024

Introduction

Ce livre présente un nouveau traitement transdiagnostique, la « thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte » (TCD RO)¹, qui cible les troubles caractérisés par un contrôle inhibiteur excessif, ou « excès de contrôle » (EC). Ce traitement est destiné aux cliniciens s'occupant de patients qui souffrent de problèmes chroniques tels que la dépression résistante, l'anorexie mentale et le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive. Ce livre sera utilement complété par le *Manuel pratique de la thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte* (à paraître en 2025) qui présente vingt compétences d'ouverture radicale, des exercices, des documents et des feuilles de travail ainsi que des notes détaillées.

L'ouverture radicale est le concept central de la TCD RO.



DÉFINITION : OUVERTURE RADICALE ET CONNECTIVITÉ RELATIONNELLE²

- L'**ouverture radicale** (OR) décrit une façon de se comporter mais également un état d'esprit fondé sur l'hypothèse que le bien-être émotionnel découle de trois caractéristiques conjointes : l'ouverture d'esprit ; la flexibilité et la connectivité relationnelle.
- La **connectivité relationnelle** est la capacité à se sentir à l'aise avec les autres, à nouer et entretenir des relations interpersonnelles, le fait de se sentir relié à l'autre dans un espace sans tensions, appréhension ou agression.

Un état d'esprit « radicalement ouvert » implique de rechercher activement ce que l'on appelle en TCD RO « l'inconnu personnel ». Cette recherche se nomme l'« exploration de soi ».

1. NdT : En anglais, RO DBT pour *Radically Open Dialectical Behavior Therapy*.

2. NdT : Dans le cadre de cette traduction française, nous avons pris le parti d'ajouter des encadrés « Définition », « Focus », « Conseil pratique » et « Exemple ». Ces ajouts, quand il ne s'agit pas d'une récupération de contenu issu du texte original, sont signalés par une *.



DÉFINITIONS : INCONNU PERSONNEL ET EXPLORATION DE SOI*

- L'**inconnu personnel** est un aspect de notre personnalité dont nous n'avons pas connaissance. Il se manifeste par un sentiment de gêne, d'inconfort, un désir d'évitement ou des pensées et des images dont nous avons honte, que nous considérons nous-même comme une faille de notre personnalité et que nous préférerions ne pas nourrir. Pour découvrir ce qui se cache derrière ces émotions négatives ou ces pensées honteuses ou gênantes, la TCD RO encourage le patient (tout comme le thérapeute) à se questionner afin d'en apprendre davantage sur soi-même et de développer des compétences pour accepter ses émotions et pensées, mais aussi découvrir de nouvelles possibilités, l'ouverture qui peut naître de cet espace nouvellement exploré.
- L'**exploration de soi** est l'appellation que donne la TCD RO à cette recherche de l'inconnu personnel par le biais de ce questionnement. Elle permet une croissance personnelle bénéfique.

L'OR améliore également les relations, car elle forge l'humilité et la volonté d'apprendre de ce que le monde peut nous offrir. Cet état d'esprit implique dès lors souvent une certaine flexibilité dans nos convictions et nos valeurs personnelles les plus ancrées (qui peuvent être rigides), raison pour laquelle la pratique de l'OR peut s'avérer ardue et inconfortable.

1. Principes fondamentaux de la TCD RO

La TCD RO se base sur plus de vingt ans d'expérience clinique et de recherche translationnelle au cours desquels les grandes lignes des principaux courants de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont été établies (Rounsaville *et al.*, 2001). Elle s'appuie sur certaines des thérapies qui l'ont précédée et s'en différencie par d'autres aspects.

La présence des termes « comportemental » et « dialectique » dans le nom de ce nouveau traitement témoigne de deux de ses racines fondamentales : les TCC et la thérapie comportementale dialectique (TCD). Le développement de la TCD RO s'est également appuyé sur de nombreux modèles et approches philosophiques, étiologiques et thérapeutiques, notamment la pleine conscience, la Gestalt-thérapie, l'entretien motivationnel, la théorie des émotions, les neurosciences affectives, les théories de la personnalité et du développement, la théorie de l'évolution et le soufisme malâmâti.



FOCUS

Les principes fondamentaux de la TCD RO

Les principes de la TCD RO seront explicités et développés tout au long de l'ouvrage. Ce résumé fournit au thérapeute un avant-goût des concepts qui seront abordés en détail par la suite :

- Nous sommes tribaux par nature. La survie de notre espèce a exigé que nous développions nos capacités à tisser des liens sociaux durables, à partager les ressources les plus précieuses et à collaborer au sein de tribus ou de groupes.
- Le bien-être psychologique implique la convergence de trois facteurs : l'ouverture (réceptivité), la flexibilité et la connectivité relationnelle. L'« ouverture radicale » exprime la convergence de

ces trois facteurs. La notion recouvre le principe philosophique et la compétence sur lesquels la TCD RO s'appuie.

- Le signal social, c'est-à-dire tout comportement effectué en présence d'autrui, est important. Chez les personnes souffrant d'excès de contrôle, c'est le déficit (et non l'excès) en matière de signal social qui semble être la source principale de la solitude.
- Les différences génotypiques et phénotypiques fondamentales entre les troubles de l'excès ou du manque de contrôle nécessitent des approches thérapeutiques différentes.^{①3}
- L'excès de contrôle est un fonctionnement aux multiples facettes, au carrefour entre la biologie, l'environnement et les stratégies de coping.
- Chez les personnes souffrant d'excès de contrôle, les déficits et les excès liés à des prédispositions biologiques et génétiques (biotempérament) rendent les réponses comportementales plus rigides et donc moins susceptibles de s'adapter aux conditions environnementales changeantes.
- Il faut de la volonté pour désactiver (c'est-à-dire réguler à la baisse) la volonté.
- Nous ne voyons pas les choses telles qu'elles sont, mais telles que nous sommes.
- L'un des secrets d'une vie saine consiste à cultiver un doute de soi sain, à se remettre en question.
- L'ouverture radicale et l'exploration de soi sont des expériences ; elles ne peuvent être appréhendées sur une seule base intellectuelle. Les thérapeutes doivent donc pratiquer eux-mêmes l'ouverture radicale.

2. Aperçu du contenu du livre

Dans le chapitre 1, nous nous interrogerons sur les caractéristiques de l'excès de contrôle et décrirons ses caractéristiques ainsi que son association avec les psychopathologies chroniques et dites résistantes au traitement. Nous établirons ensuite des liens entre la TCD RO et les théories de psychologie évolutionniste, développées au XIX^e siècle, et la recherche fondamentale actuelle sur le cerveau et le comportement. Nous finirons par un résumé des essais cliniques réalisés ou en cours qui testent l'efficacité de la TCD RO.

Dans le chapitre 2, nous détaillerons le raisonnement et la science fondamentale qui soutiennent la théorie neurobiologique des troubles de l'EC.

Dans le chapitre 3, nous présenterons, étape par étape, le processus diagnostique de l'EC, y compris les échelles diagnostiques adaptées.

Dans le chapitre 4, nous aborderons la structure du traitement, l'attitude thérapeutique ainsi que les objectifs de la TCD RO. Nous nous intéresserons également à l'évaluation et à la gestion du comportement suicidaire chez les patients présentant un trouble de l'excès de contrôle.

Dans le chapitre 5, nous verrons comment maximiser l'engagement du patient présentant un trouble de l'excès de contrôle, et notamment les facteurs physiques et

3. Les appels à note encadrés vous renvoient vers la section de notes de l'auteur en fin d'ouvrage.

environnementaux, les stratégies et protocoles permettant d'orienter le patient vers le traitement et d'obtenir son engagement. Il sera également question de l'organisation de la thérapie.

Dans le chapitre 6, nous reviendrons sur les principes fondamentaux de la TCD RO, notamment concernant le signal social, et détaillerons la façon dont le thérapeute peut utiliser le signal social non verbal pendant les séances afin de maximiser l'engagement du patient et d'améliorer l'efficacité de la thérapie.

Dans le chapitre 7, après avoir revu les principes et stratégies thérapeutiques de base de l'OR et de l'exploration de soi, nous discuterons des protocoles permettant d'intégrer les principes d'OR dans la supervision ou la consultation. Nous verrons enfin des illustrations concrètes de la pratique d'une exploration de soi continue.

Dans le chapitre 8, nous fournirons une description détaillée des protocoles de la TCD RO à mettre en place quand l'alliance thérapeutique est rompue. Nous aborderons également les stratégies visant à prévenir l'abandon de la thérapie.

Dans le chapitre 9, nous présenterons un protocole, étape par étape, afin d'ajuster précisément les cibles thérapeutiques individualisées grâce à l'identification des objectifs valorisés des patients.^④ Nous verrons un exemple clinique de ciblage thérapeutique pour illustrer l'importance de l'utilisation du signal social pendant une séance et pour montrer comment le thérapeute peut utiliser son propre signal social non verbal pour bloquer le comportement inadapté du patient et renforcer son engagement.

Dans le chapitre 10, nous détaillerons la façon dont la TCD RO utilise la pensée dialectique pour guider l'attitude du thérapeute et lui permettre de se comporter autrement avec ses patients. Plus précisément, nous traiterons de la dialectique centrale de la TCD RO : entre le « sérieux bienveillant » et l'« irrévérence ludique ». Nous aurons également un aperçu des stratégies comportementales de base dans la TCD RO, et notamment l'utilisation des principes d'exposition comportementale et de l'analyse en chaîne.

Dans le chapitre 11, nous verrons quelques orientations et implications futures de l'ouverture radicale, à la fois comme concept thérapeutique et comme façon d'être. Nous donnerons également des réponses aux questions fréquemment posées que les thérapeutes pourront utiliser pour évaluer s'ils délivrent un traitement conforme aux principes de la TCD RO.

3. On ne badine pas avec la plaisanterie

Dans la TCD RO, nous prenons la plaisanterie très au sérieux, parce que c'est souvent la vie dans tous ses aspects que les patients EC⁴ prennent trop au sérieux. La décon-

4. NdT : Par souci de simplicité, cette traduction utilise les termes « personne EC » et « patient EC » pour signifier « personne présentant un trouble de l'excès de contrôle ».

traction et le jeu ne font pas partie de leur quotidien. Pour eux, le rire et la frivolité ne sont que des mises en scène...

Les patients EC travaillent de façon compulsive et s'efforcent d'atteindre des objectifs à long terme, mais ils ne savent pas comment se détendre, jouer ou être en lien avec les autres. Pour eux, socialiser, c'est-à-dire entrer en relation avec autrui, peut sembler extrêmement difficile.

Mais en quoi faire l'idiot serait thérapeutique ? La plupart des adultes s'efforcent pourtant d'éviter de paraître ridicules ! En réalité, cet évitement découle de notre peur profonde d'être humilié ou rejeté socialement. Mais si le ridicule est tant redouté, pourquoi est-il si courant ? Et pourquoi tant de gens aiment-ils se comporter de manière ridicule, en particulier lorsqu'ils sont en compagnie d'amis ? Lorsque nous interagissons avec de jeunes enfants, nous faisons des grimaces, prenons une voix enfantine et exagérons nos gestes, non pas parce que nous nous sentons nous-mêmes en sécurité, mais parce que nous reconnaissons intuitivement que faire l'idiot avec les enfants les aide à se sentir en sécurité, ce qui leur permet d'apprendre, d'explorer et de grandir plus facilement.

Ainsi, quel que soit notre âge, un comportement « ridicule » en présence d'autrui, en particulier lorsqu'on entretient une relation de pouvoir avec lui – avec un patient en thérapie, par exemple – est un acte de bienveillance et un puissant signal de non-domination, d'égalité et d'amitié. Le meilleur de ces comportements, comme chaque parent le sait, est celui qui vient du cœur et qui est aussi amusant pour l'émetteur que pour le récepteur. Le problème, pour ceux qui ont dépassé l'enfance, c'est qu'il est parfois difficile de s'amuser tout en faisant l'idiot. Mais la bonne nouvelle, c'est que même les adultes les plus grincheux peuvent apprendre y parvenir : il suffit de s'en donner la permission, de se jeter à l'eau, puis de s'entraîner sans relâche.

C'est la même chose pour les patients EC. À moins que leur thérapeute donne l'exemple, ils ne pourront pas admettre qu'il est socialement acceptable de jouer, de se détendre ou d'exprimer ouvertement des émotions. C'est pourquoi l'on découvrira de temps à autres dans les chapitres qui suivent un langage inhabituel recommandé par la fameuse *Association des écrivains diffusant des dictons ridicules attribués à des poètes inconnus*, afin de rappeler à quel point la vie peut être drôle et que cela vaut la peine de faire l'idiot de temps en temps !



Exemple*

Devenons poètes ! Comme disait Oscar Wilde, « la vie est trop importante pour être prise au sérieux ». Vous verrez qu'en TCD RO, on s'entraîne à l'autodérision à la Charlie Chaplin. Celui-ci ne disait-il pas que « l'autodérision est le meilleur moyen de ne jamais se prendre trop au sérieux » ? Ah les citations ! Encore une phrase utile à coller sur le frigo !

CHAPITRE 1

L'ouverture radicale et les troubles de l'excès de contrôle

1. Le contrôle de soi : peut-on vraiment en avoir trop ?



DÉFINITION : CONTRÔLE DE SOI

La **maîtrise** ou le **contrôle de soi** est la capacité qu'a un individu d'inhiber ses pulsions, impulsions, comportements et désirs conflictuels et de différer la satisfaction qu'apporte la récompense afin de poursuivre des objectifs à long terme.

Cette maîtrise est souvent associée au succès et au bonheur. À l'inverse, on considère le manque de contrôle (MC) de soi comme étant à l'origine d'un grand nombre de problèmes personnels et sociaux. Il est notamment associé à la toxicomanie, à la criminalité, à la violence domestique, aux difficultés financières, aux grossesses précoces, au tabagisme et à l'obésité (Baumeister *et al.*, 1994 ; Moffitt *et al.*, 2011). Des subsides importants sont d'ailleurs alloués à la recherche scientifique consacrée à la compréhension, à la prévention et au traitement des problématiques liées au manque de contrôle de soi.

Pourtant, un excès de contrôle (EC) peut être aussi problématique qu'un manque de contrôle (MC). Il est associé à l'isolement social, à un mauvais fonctionnement interpersonnel et à des problèmes de santé mentale graves et dont certains sont parmi les plus difficiles à traiter, comme l'anorexie mentale, la dépression chronique et les

troubles obsessionnels compulsifs (Lynch & Cheavens, 2008; Zucker *et al.*, 2007). Malgré la sévérité des troubles liés à un excès de contrôle, ce sujet de recherche a soit reçu peu d'attention, soit été mal compris, et il est difficile, même pour les cliniciens aguerris, de l'identifier.

L'excès de contrôle, inadapté, s'exprime de manière discrète. Même si les individus EC ressentent une forte activation défensive (anxiété, dépression et ressentiment, par exemple), ils sont susceptibles de minimiser leur détresse lorsqu'on les interroge à ce sujet (leur réponse typique sera un simple « Je vais bien »). Par conséquent, il est peu probable qu'ils demandent de l'aide ou cherchent un soutien psychothérapeutique. Souvent, seuls leurs proches sont conscients de leur détresse psychologique intériorisée.

Ainsi, les personnes EC peuvent en arriver à se convaincre et à convaincre les autres que leur comportement stéréotypé, rigide, régi par des règles et leur communication interpersonnelle distante sont normaux, voire idéaux. Ils ont tendance à prendre la vie très au sérieux, à se fixer des normes personnelles élevées, à travailler dur et à se comporter de manière ultra conformiste. Ils sacrifient souvent leurs besoins personnels pour atteindre leurs objectifs ou aider les autres. Intérieurement, cependant, ils se sentent souvent désemparés quant à la manière de se rapprocher des autres ou de nouer des relations intimes.



DÉFINITION : EXCÈS DE CONTRÔLE

Le **contrôle de soi excessif** inadapté ou « **excès de contrôle** » (EC) se caractérise par quatre déficits fondamentaux :

1. **Faibles réceptivité et ouverture d'esprit** se manifestant par une difficulté à l'intégration d'informations nouvelles, dérangeantes ou discordantes, par l'évitement de l'incertitude ou de tout risque potentiel émanant de situations ou d'interactions non planifiées, par la méfiance, par l'hypervigilance à l'égard de toute menace et par une tendance marquée à ignorer ou à rejeter tout feedback.
2. **Faible flexibilité psychologique** se manifestant par un besoin compulsif de structure et d'ordre, un hyper-perfectionnisme, un sens excessif des obligations sociales et du devoir, une mise en place de systèmes de répétition, une préparation et une planification compulsives, des obsessions et des stratégies de coping d'approche compulsives, un comportement rigide régi par des règles et une grande certitude morale (la conviction qu'il n'y a qu'une seule « bonne » façon de faire les choses).
3. **Expression émotionnelle inhibée omniprésente et faible conscience émotionnelle** se manifestant par une expression émotionnelle inadaptée au contexte (la présentation d'un visage impassible en réponse à un compliment, par exemple) ou paradoxale/incongrue (un sourire en réponse à la détresse, une manifestation d'inquiétude alors qu'aucune inquiétude n'est réellement ressentie), un manque d'expressivité constant de la détresse et une faible conscience des sensations corporelles.
4. **Faible réseau de relations sociales et faible intimité avec autrui** se manifestant par des relations réservées et distantes, un sentiment d'être différent des autres, des comparaisons sociales fréquentes, beaucoup d'envie et de rancœur ainsi qu'une faible empathie.

2. L'excès de contrôle associé à un dysfonctionnement de la personnalité

Un examen rapide des dix troubles de la personnalité (TP) répertoriés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022) révèle qu'ils s'accompagnent tous d'une forme de difficulté envahissante, présente de longue date, en matière de gestion des émotions, de contrôle des impulsions et de relations interpersonnelles. Ces troubles se divisent en deux classes qui peuvent se chevaucher, celle des troubles dits « internalisés » et celle des troubles dits « externalisés » (Achenbach, 1966; Crijnen *et al.*, 1997). Cette présomption est fondée sur la remarquable cohérence des résultats rapportés par les études à grande échelle effectuées sur la comorbidité, qui révèlent que les deux grands styles d'adaptation (l'excès et le manque de contrôle) sont respectivement associés au développement de formes chroniques de troubles internalisés et externalisés.

Selon le DSM :

- **Les TP associés au manque de contrôle**, dites personnalités erratiques et dramatiques (troubles de la personnalité borderline, histrionique, antisociale et narcissique; ancien cluster B [DSM-IV]¹), sont caractérisés par un faible contrôle inhibiteur et des relations chaotiques;
- **Les TP associés à l'excès de contrôle**, dites personnalités distantes (excentrique, bizarre; ancien cluster A) et personnalités anxieuses et peureuses (troubles de la personnalité obsessionnelle compulsive, évitante, paranoïaque et schizoïde; ancien cluster C), sont caractérisés par un contrôle inhibiteur excessif et un style interpersonnel distant (Lynch *et al.*, 2015).

La majorité des recherches publiées sur les troubles de la personnalité se sont concentrées sur les troubles caractérisés par un comportement dramatique, émotionnel ou erratique, et en particulier le trouble de la personnalité borderline et le trouble de la personnalité antisociale (Clark, 2005b). Nous manquons donc d'études sur l'EC associé aux troubles de la personnalité dite bizarre et excentrique et aux troubles de la personnalité obsessionnelle et anxieuse, malgré la grande prévalence de ces troubles (Coid *et al.* 2006) et leur association à une altération du fonctionnement ainsi qu'à un recours particulièrement important aux services de santé (Maclean *et al.*, 2014). En effet, le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive (TPOC), typique parmi les personnes EC, est le TP le plus répandu dans les échantillons de population générale et de population clinique (Lenzenweger, 2008; Zimmerman *et al.*, 2005).

La recherche montre que les TP associés au manque de contrôle diminuent avec l'âge (Zanarini *et al.* 2010; Abrams & Horowitz, 1996), alors que ceux associés à

1. NdT : La nomenclature a évolué au fil des versions du DSM. Ainsi, le DSM-IV utilisait le terme « cluster », alors que le DSM-5-TR a recours aux noms des grandes familles de troubles.

l'excès de contrôle semblent rester stables ou s'intensifier (Abrams & Horowitz, 1996). Un TP associé au manque de contrôle est plus susceptible de s'atténuer avec le temps parce que les manifestations dramatiques et les comportements explosifs attirent l'attention, ce qui rend plus probable que la personne qui en souffre reçoive un feed-back constructif et une aide psychologique adaptée. Par contre, un TP associé à l'EC est moins susceptible de s'atténuer avec le temps parce que la capacité innée des individus concernés à tolérer la détresse, à retarder la récompense et à éviter les manifestations publiques d'émotions fait que leurs problèmes seront moins facilement remarqués, qu'ils ne recevront donc pas de feed-back constructif et ne demanderont pas d'aide psychologique (Morse & Lynch, 2004; Lynch & Aspnes, 2001).

3. L'importance de la personnalité dans le traitement des affections chroniques

La personnalité est importante lorsqu'il s'agit de traiter un trouble chronique et résistant au traitement. En effet, dans ces cas-là, la personnalité au sens large, les biais perceptifs et les règles de fonctionnement surappries interfèrent avec la mise en place des changements psychologiques souhaitables. Par exemple, on estime qu'entre 40 et 60 % des patients dépressifs unipolaires présentent des critères de comorbidité avec un TP (Riso *et al.*, 2003), et que les TP associés à un EC sont à la fois les plus courants et les moins susceptibles de répondre au traitement (Fournier *et al.*, 2009). De même, les TP associés à un EC (en particulier le TPOC) sont les plus répandus chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, avec des taux atteignant 62 % (voir la revue de Dixon-Gordon *et al.*, 2015).

La TCD RO postule que le biotempérament peut être à l'origine de ce phénomène (Lynch *et al.*, 2015; voir aussi Clark, 2005b).



DÉFINITION : BIOTEMPÉRAMENT

Le **biotempérament** fait référence à des prédispositions biologiques et génétiques affectant la perception et la régulation des émotions.



Exemple*

Une personne qui patiente dans une gare avant un départ en voyage peut se sentir envahie par les sons et les odeurs, être agacée par l'agitation et les conversations des autres voyageurs, alors qu'une autre personne dans ces mêmes circonstances, mais qui n'a pas cette même sensibilité, sera tout à fait détendue et joyeuse et prendra la situation avec philosophie. À l'inverse, cette personne biologiquement taillée pour les voyages en train pourra se sentir totalement dépassée par ses émotions dans le cadre de son travail qui génère du stress.

Ce qui rend le biotempérament d'un individu si puissant, c'est qu'il peut influencer sa perception, son apprentissage et son comportement au niveau des récepteurs sensoriels (ou niveau subliminal) ainsi qu'au niveau de son fonctionnement cognitif (ou niveau conscient). Par exemple, une personne EC qui se rend à une fête et qui voit un groupe de personnes qui rient ensemble est biologiquement prédisposée à voir davantage le danger potentiel de la situation (« Je ne suis pas doué pour faire rire les gens, je risque de ne pas me sentir à ma place ») que le potentiel de récompense (« Si je les rejoins, je vais bien m'amuser »). En quelques millisecondes, son activation défensive et son envie de fuir apparaissent au niveau subliminal (Williams *et al.*, 2004). Avant même de s'en rendre compte, l'individu EC a perçu une menace – son cerveau a déjà pris sa décision, pour ainsi dire –, et cette perception de la menace peut être rapidement suivie de pensées conscientes telles que « Je suis un *outsider* », « Je ne suis pas doué pour raconter des blagues » ou « J'aurai l'air stupide si je me joins à eux ». En revanche, une personne dont la sensibilité biotempéramentale à la menace n'est pas élevée – une personne dont la sensibilité à la récompense est normale également – est susceptible d'entrer dans la fête et de penser « Ils ont l'air de passer un bon moment, je vais me joindre à eux ».

Il est important de comprendre qu'un manque de contrôle (MC) et un excès de contrôle (EC) ne sont pas des caractéristiques de la personnalité unidimensionnelles, c'est-à-dire qu'ils ne représentent pas simplement les extrémités opposées d'un seul et unique continuum du contrôle de soi. Il s'agit de constructions à multiples facettes qui reflètent les différences génotypiques (liées à la biologie) et phénotypiques (liées à l'expression comportementale) entre catégories de troubles. En tant que telles, ces deux constructions multifformes donnent lieu à deux implications importantes en matière de traitement :

1. Les thérapies doivent tenir compte des **différences de biotempérament** qui peuvent fausser la perception et nuire à l'apprentissage et à la flexibilité de la réponse.
2. Les thérapies ciblant les problèmes de **MC** doivent mettre l'accent sur des interventions qui **renforcent le contrôle inhibiteur et réduisent le comportement dépendant de l'humeur**, tandis que les traitements ciblant les problèmes d'**EC** nécessitent des interventions conçues pour aider **au relâchement du contrôle inhibiteur et à l'augmentation de l'expressivité, de la réceptivité et de la flexibilité émotionnelles**.

Le tableau ci-dessous liste les troubles caractérisés par un manque ou un excès de contrôle

TABLEAU 1.1. Troubles mentaux – diagnostics psychiatriques présentant des caractéristiques de manque et d’excès de contrôle

Troubles du manque de contrôle (troubles émotionnels et impulsifs)	Troubles de l’excès de contrôle (étroitesse émotionnelle et aversion au risque)
Trouble de la personnalité borderline	Trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive
Trouble de la personnalité antisociale	Trouble de la personnalité paranoïaque
Troubles alimentaires de type boulimique	Trouble de la personnalité évitante
Trouble de la personnalité narcissique	Anorexie mentale
Trouble de la personnalité histrionique	Troubles de la personnalité schizoïde et schizotypique
Troubles du comportement (le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites)	Troubles du spectre autistique
Trouble bipolaire	Anxiété résistante au traitement
Troubles du comportement externalisés	Troubles du comportement internalisés

4. Les postulats de base dans la TCD RO

De l’importance de définir le bien-être psychologique

Un principe central de la TCD RO est de considérer que la maîtrise de soi est hautement, voire universellement, valorisée et que la valeur qui lui est accordée influence la façon dont une société définit un comportement déviant ou anormal.^③ La déviance par rapport aux normes sociales implique la transgression formelle de règles explicites (comme dans le cas d’une activité criminelle) ainsi que des transgressions informelles de coutumes ou d’attentes sociales qui sont moins bien définies et qui impliquent davantage l’étiquette sociale implicite (comme dans le cas de transgressions par rapport aux attentes culturelles concernant le contact visuel, par exemple).^④ Les valeurs et les normes sociales influencent également les valeurs et les objectifs de traitement, puisque le traitement équivaut par définition au rétablissement d’un fonctionnement « normal » pour un contexte donné.

Pour les personnes EC, l’importance donnée par la société au contrôle de soi est à la fois une bénédiction (la capacité des personnes à se maîtriser est souvent admirée) et une malédiction (leur souffrance passe souvent inaperçue). En effet, les personnes

EC se fixent des normes personnelles très élevées (comme pour autrui) et font tout pour ne pas paraître déviantes (en public). Ce ne sont pas des individus qui font entendre leur voix au cours de manifestations ou qui dévalisent les magasins sur un coup de tête. Ce ne sont pas non plus des individus que l'on voit faire la fête dans la rue. Ce sont des perfectionnistes qui ont tendance à voir des erreurs partout (y compris chez eux-mêmes) et qui travaillent plus dur que quiconque pour prévenir l'apparition de problèmes. Ils n'ont pas besoin d'apprendre à prendre la vie plus au sérieux, à fournir des efforts supplémentaires, à planifier ou à se comporter de manière plus appropriée en public. Ils abusent, pour ainsi dire, d'une bonne chose, par leur excès de contrôle, mais leur maîtrise de soi est excessive et ils en souffrent. La TCD RO, plutôt que de mettre en évidence ce qui ne va pas chez un patient, part de l'observation de ce qui est sain pour guider l'intervention thérapeutique.

La TCD RO part du principe que la santé psychologique ou le bien-être impliquent trois dimensions interactives essentielles :

1. La réceptivité et l'ouverture à de nouvelles expériences et au feed-back qui met le doigt sur la ou les contradiction(s) dans le comportement, dans l'intérêt de l'apprentissage.
2. Le contrôle flexible, qui permet de s'adapter aux conditions environnementales et aux contextes changeants.
3. L'existence d'une intimité et d'un lien social avec au moins une autre personne, en partant du principe que, à l'origine, notre survie en tant qu'espèce dépendait de notre capacité à former des liens étroits et à travailler ensemble au sein de tribus ou de groupes.

Ainsi, selon la TCD RO, les individus EC sont les plus susceptibles de bénéficier d'une approche thérapeutique qui leur apprend à activement rechercher le bien-être.

Le contrôle comme précurseur de la communauté

Si l'excès de contrôle génère tant de souffrance, pourquoi est-il si rarement associé à un comportement anormal ou déviant ? La réponse semble résider dans le rôle essentiel joué par le contrôle dans la naissance de la société elle-même. En d'autres termes, la réponse réside dans la nature tribale de l'homme, un présupposé dont la justification provient de la théorie de l'évolution.

Comparé aux autres espèces animales, l'humain n'est pas particulièrement robuste, du moins en termes de constitution physique : il n'a pas de griffes, de cornes, de peau épaisse ni de fourrure protectrice. Et pourtant, puisqu'il a survécu et prospéré, sa fragilité physique semble être la preuve que la survie de l'espèce dépendait de quelque chose d'autre que de la force, de la vitesse ou de la robustesse. Du point de vue de la TCD RO, il a survécu parce qu'il a développé la capacité à travailler en tribu et à partager des ressources précieuses avec des membres du groupe ne faisant pas partie du noyau familial. Cette évolution a nécessité le développement d'un moyen de lier

des individus génétiquement différents afin que la survie de la tribu puisse l'emporter sur des tendances plus anciennes et plus égoïstes liées à la survie de l'individu (voir Buck, 1999). La TCD RO postule que le résultat de ce défi évolutif a nécessité de transcender les anciennes tendances et de développer trois capacités essentielles liées à la survie de l'espèce plutôt qu'à la survie de l'individu :

1. **La capacité d'inhiber la propension à l'action** : l'humain a développé une capacité à réguler l'expression extérieure de l'action basée sur les émotions, les prédispositions ou les impulsions (telles que l'envie d'attaquer ou de fuir). Le fait de ne pas agir sur chaque impulsion lui a permis de vivre en communauté, car il a pu faire confiance aux autres membres de la tribu pour ne pas automatiquement exprimer une impulsion d'action potentiellement dommageable (telle qu'une envie de frapper).
2. **La capacité de réguler la façon de signaler des intentions et des observations sur le monde** : l'humain a développé un système de signal social très sophisti-



DÉFINITION : SIGNAL SOCIAL

Le **signal social** correspond à tout comportement, quelle que soit sa forme, son intention ou la conscience de l'exécutant, effectué en présence d'autrui.

qué lui permettant de communiquer des intentions et des sentiments (tel qu'un regard furieux communiquant un désir d'attaquer) sans avoir à passer à l'action (par exemple, frapper quelqu'un).

Signaler ses intentions à distance (par des expressions faciales, des gestes ou des vocalisations) réduisait les dépenses d'énergie inutiles et lui a

offert un moyen plus sûr de résoudre les conflits et d'initier des collaborations, sans avoir à s'engager pleinement. De plus, révéler ses intentions et ses émotions aux autres membres de l'espèce était essentiel pour créer des liens sociaux forts, pierre angulaire des tribus humaines. Communiquer des observations impliquait des comportements non verbaux, tels que la direction du regard et le pointage, ainsi que des expressions verbales. Exprimer aux autres ses observations sur la nature (« Je vois une vache ») et recevoir ensuite la validation (ou non) de la perception par un autre membre de l'espèce (« Non, c'est un tigre. Courons ! ») offrait un énorme avantage évolutif, car la survie individuelle ne dépendait plus uniquement de la perception personnelle.

3. **La capacité de persévérer et de planifier l'avenir** : l'évolution de la persévérance et de la planification a probablement impliqué le développement de zones du cerveau associées à l'évaluation d'éventualités non immédiates, comme lorsque l'on imagine une conséquence potentielle à une action. Mais la persévérance et la planification diffèrent en ce sens que la planification consiste à envisager les conséquences d'une action future alors que la persévérance consiste à envisager les conséquences de l'arrêt d'une action en cours (Smith *et al.*, 2007).

Ces évolutions ont facilité la capacité de l'espèce à survivre dans des environnements de plus en plus divers et inhospitaliers. Par exemple, l'amélioration de la capacité de planification a permis à l'humain de se souvenir que, par le passé, la

disponibilité de la nourriture dépendait de la saison, et d'utiliser cette connaissance pour faire des plans pour l'avenir. Dans le même temps, la capacité d'inhiber les tendances de réponse excitatrice (en ne consommant pas immédiatement toutes les ressources) et de réguler à la baisse les tendances de réponse défensive (par exemple, en n'attaquant pas immédiatement quelqu'un lui ayant marché sur l'orteil) lui a permis non seulement de travailler en groupe sans craindre d'être attaqué, mais aussi d'économiser des ressources précieuses pour un besoin futur.^⑤ Ainsi, la capacité de contrôle inhibiteur est à la base de la communauté. Combinée à la persévérance, elle a permis de concrétiser les objectifs et les plans à long terme : même s'il était fatigué, l'humain a continué à cueillir des pommes pendant de nombreuses semaines au lieu de simplement s'allonger et de se régaler des fruits de l'été.^⑥ Et, comme nous l'avons vu, les capacités de communication et de signal social ont permis de sauver les myopes de la tribu qui avaient tendance à confondre tigres et vaches, ce qui signifie que la tribu a continué à bénéficier des efforts de ses membres myopes pendant toute la saison de la cueillette des pommes.

Le prix à payer du contrôle de soi

Si le contrôle de soi a été si important pour la survie de l'individu et de l'espèce, pourquoi tant d'individus dotés d'un grand contrôle de soi souffrent-ils de solitude et de problèmes chroniques de santé mentale ?

Les théories postulent que des motivations contradictoires, comme l'envie de céder à la tentation (regarder la télévision) et celle à tenir le cap pour atteindre un objectif à long terme (faire de la course à pied pour rester en bonne santé), créent une dissonance interne chez l'individu.

Il est généralement admis que le fait d'agir à l'encontre de son jugement ou de son fonctionnement habituel signifie que l'on manque de contrôle (« Je sais qu'il est recommandé de manger 5 fruits et légumes par jour, mais je mange de la crème glacée à tous les repas ; je me dis que je manque de contrôle ; je vais essayer de reprendre le contrôle en mangeant une pomme »), et il est donc juste de se demander comment être en possession de ses moyens de contrôle (revenir vers un comportement plus contrôlé ou mesuré) pourrait aller à l'encontre de son jugement. Mais pour une personne EC, ce qui fait obstacle à son meilleur jugement, ce n'est pas un déficit du contrôle de soi, mais plutôt un excès de contrôle.

Il semble que l'avantage biologique inné d'avoir un grand contrôle de soi soit en réalité le pire ennemi de l'individu EC. Le contrôle est souvent assimilé à la *stratégie de coping d'approche*, traditionnellement considérée comme le moyen le plus sain et le plus bénéfique de réduire le stress, tandis que la *stratégie d'évitement* est associée à des traits de personnalité négatifs, à des activités potentiellement dangereuses et à des résultats généralement moins bons. En fait, les effets bénéfiques du coping d'approche ont conduit au développement d'un large éventail de thérapies qui montrent qu'une

augmentation de cette stratégie est une composante essentielle d'une thérapie efficace (Hayes *et al.*, 1996; Linehan, 1993a; Kohlenberg & Tsai, 1991).



DÉFINITION : COPING D'APPROCHE

Le **coping d'approche** est une stratégie permettant de réduire la détresse en s'engageant directement avec la source de celle-ci ou en essayant activement de résoudre le problème qui a déclenché la détresse.

Toutefois, dans le cas de l'excès de contrôle, les individus EC ont tendance à utiliser le coping d'approche de manière compulsive, même s'ils risquent de se faire du mal en agissant ainsi.



Exemple

Il est peu probable qu'une personne EC remette à plus tard l'accomplissement d'une tâche importante simplement parce qu'elle est désagréable; au contraire, elle travaillera sans doute de manière obsessionnelle à l'accomplissement de cette tâche, quoi qu'il se passe par ailleurs dans sa vie (elle peut rester tard au travail et manquer l'afterwork habituel de ses collègues, par exemple). De la même manière, une personne EC qui n'est pas à l'aise en société est susceptible de se forcer à assister à un événement social, au lieu de l'éviter pour échapper à l'anxiété qu'il suscite, même si l'évitement serait plus approprié.

Le problème des individus EC est qu'ils s'engagent trop activement dans la recherche de solutions, alors que de nombreuses thérapies se concentrent sur la correction des déficits des patients dans ce domaine. Ce qui peut laisser perplexe, autant les patients EC que leurs thérapeutes, c'est que la capacité à utiliser le coping d'approche ne se traduit pas nécessairement par des résultats favorables. Il est vrai que, en général, les personnes qui obtiennent un score élevé en termes de coping d'approche sont douées pour faire avancer les choses car elles prennent le problème à bras-le-corps et essaient d'avancer : les trains roulent à l'heure, les projets sont menés à bien, l'argent est correctement économisé, les objectifs importants sont atteints. Mais ce type de contrôle semble dysfonctionner lorsqu'il s'agit des relations. Le dilemme pour la personne EC qui cherche une relation intime est que, par définition, l'intimité exigera qu'elle abandonne une partie du contrôle et révèle sa vulnérabilité à l'autre – en d'autres termes, qu'elle aille à l'encontre de ses tendances naturelles à masquer ses sentiments et à tout faire pour éviter de paraître incompétente. De plus, simplement encourager une personne EC à s'engager dans une interaction sociale potentiellement gratifiante est susceptible de se retourner contre elle, car elle ne peut pas simplement agir, penser ou accepter une manière de faire qui lui demanderait de résoudre un problème comportemental lié à une problématique neurobiologique. Elle risque donc de se retrouver mise en échec.

Quand les bonnes habitudes tournent mal

Les personnes EC sont souvent mues par une idée simple : « Dans le doute, allons-y avec encore plus de contrôle », quelles que soient les circonstances ou les conséquences potentielles. L'EC est donc à la fois une habitude et un travail hyper exigeant : l'individu s'efforce toujours de contrôler les pulsions basées sur les émotions et de retarder la récompense.

Mais si un contrôle excessif cause tant de problèmes aux personnes EC, pourquoi n'utilisent-elles pas leur capacité de contrôle pour inhiber leur contrôle inadapté ? Le problème est qu'un excès de contrôle épuise les ressources nécessaires même pour le réduire lorsque les signaux environnementaux immédiats indiquent que ce serait adéquat. La recherche a d'ailleurs montré que la volonté de contrôler consomme les ressources énergétiques, par exemple les ressources en glucose, et que le déficit ainsi crée impacte négativement les capacités d'adaptation (Gailliot *et al.*, 2007). Lorsque nos ressources énergétiques sont épuisées, notre capacité de contrôle a tendance à diminuer également, et la probabilité que les réponses habituelles deviennent dominantes augmente (Neal *et al.*, 2013 ; Muraven & Baumeister, 2000). Les réponses habituelles sont plus susceptibles d'être déclenchées lorsque les signaux environnementaux présents sont familiers. L'avantage pour l'individu est qu'une habitude peut souvent être au moins aussi efficace qu'un effort délibéré, mais l'habitude demande moins de ressources cognitives (par exemple, conduire une voiture ne demande pas un grand effort cognitif à un conducteur expérimenté, qui conduit même probablement mieux quand il ne pense pas trop à ce qu'il fait).

Il est important de noter que lorsque la volonté d'un individu est épuisée, les signaux environnementaux déclenchent non seulement de mauvaises habitudes, comme la suralimentation, l'abus d'alcool ou les dépenses excessives, mais aussi de bonnes habitudes, comme l'exercice, la planification et l'étude (Hofmann *et al.*, 2007). Les bonnes habitudes sont bénéfiques précisément parce qu'elles favorisent l'atteinte d'objectifs à long terme ; les mauvaises habitudes sont néfastes parce qu'elles favorisent le plaisir ou le soulagement à court terme et empêchent l'atteinte d'objectifs à long terme (Neal *et al.*, 2013). Il n'est dès lors pas surprenant que les bonnes habitudes indiquent une stratégie de coping d'approche caractéristique de l'EC et que les mauvaises habitudes indiquent une stratégie d'évitement caractéristique du MC.

Malheureusement, être « bon » tout le temps ne va pas sans créer quelques problèmes. L'individu EC peut croire qu'il est impératif de ne pas révéler sa faiblesse ou sa vulnérabilité. Par conséquent, même s'il est très anxieux, il s'efforce de ne rien laisser transparaître, imposant ainsi une charge supplémentaire à son système de contrôle déjà épuisé. Une sorte de cercle vicieux s'enclenche, l'EC épuisant les ressources nécessaires pour se maîtriser lui-même, ce qui rend plus difficile le recours à d'autres moyens d'adaptation (tels que faire une sieste ou demander de l'aide). L'individu EC peut se sentir prisonnier de son propre contrôle, mais sa tendance naturelle à inhiber (contrôler) l'expression de ses émotions rend plus difficile la détection de la détresse et donc la demande de soutien.



FOCUS

Pourquoi les événements sociaux sont-ils aussi épuisants pour un individu EC ?

Les patients EC signalent presque tous un épuisement mental en réaction aux événements sociaux. Après un événement social, il n'est pas rare que les personnes EC aspirent à un temps d'arrêt et à une privation sensorielle (en fermant les rideaux, en mettant des bouchons d'oreille, en s'isolant de la famille, par exemple). À l'inverse, passer un examen difficile ou compléter sa déclaration d'impôts ne leur coûte pas beaucoup d'énergie. Cette réponse constitue une différence fondamentale entre les individus EC et les autres.

Quelles sont les raisons de cette difficulté ? L'une d'elles réside dans le fait que les interactions sociales sont hautement imprévisibles. Ce manque inhérent de prévisibilité est aggravé par la sensibilité biotempéramentale élevée à la menace, qui rend les personnes EC plus susceptibles de percevoir les interactions sociales comme potentiellement hostiles. Elles préfèrent généralement des interactions avec un ordre du jour et des objectifs clairement définis ou des rôles préétablis (comme une réunion, un cours), moins anxiogènes pour elles que des interactions comme une fête ou une activité d'intégration, où la conversation est libre et où aucun rôle n'est assigné. Les individus EC qui participent à des événements sociaux non structurés de ce type se sentent souvent désemparés quant à la manière de se comporter ou de s'exprimer. Si leur désir de faire ce qu'il faut, de se comporter comme il faut et d'exercer un contrôle sur les situations est fondamentalement positif, leur application rigide et compulsive a, quel que soit le contexte, pour effet de miner le lien social.

Par ailleurs, les individus EC éprouvent des difficultés à s'amuser ou à lâcher prise. Demandez à un patient MC pourquoi il est allé à une fête, il va répondre probablement qu'il en avait envie. Posez la même question à un patient EC, il vous dira que, selon lui, c'était la bonne chose à faire. Pour eux, participer à un événement relève du devoir plus que du désir ; leurs comportements sont régis par des règles excessives bien plus que par des émotions. Combiné à une prédisposition biologique à une sensibilité élevée à la menace, à une faible sensibilité à la récompense et à un contrôle inhibiteur élevé, ce type de comportement conduit à une attitude trop sérieuse. Cette attitude est considérée comme l'un des facteurs principaux de la solitude des personnes EC.

Utiliser la théorie de la neurorégulation pour cibler le biotempérament

Comment trouver l'énergie de changer une habitude alors que celle-ci épuise précisément notre énergie ? Tirant profit de la recherche fondamentale qui montre les relations neuroinhibitrices entre le système nerveux parasympathique (SNP) et le système nerveux sympathique (SNS) (voir Berntson *et al.*, 1991 ; Porges, 1995), la TCD RO enseigne au patient EC des techniques de régulation dite « ascendante », conçues pour le ramener à un état où l'influence du biotempérament est moins puissante et où ses capacités de régulation « descendante » sont par conséquent moins affectées. Non seulement ces techniques ne nécessitent pas de fournir beaucoup d'efforts pour produire des effets bénéfiques, mais elles offrent également aux zones de contrôle exécutif du cerveau du patient EC une pause bien nécessaire pour reconstituer ses

réserve d'énergie cognitive, ce qui permet au patient d'apprendre et d'appliquer plus facilement ses nouvelles compétences d'ouverture radicale qu'il va vouloir apprendre par la suite.



Exemple*

Détendre les épaules afin de faire diminuer l'anxiété est une technique de régulation ascendante. On part d'un changement induit dans le corps pour influencer le ressenti émotionnel ou l'état général. À l'inverse, on parlera de régulation descendante si des pensées se forment et génèrent des émotions qui se traduisent par des réactions physiques, comme crisper les épaules, serrer les mâchoires ou les poings. De la même façon, grâce aux pratiques de visualisation, il est possible de s'imaginer dans un environnement sécurisé pour sentir les tensions corporelles diminuer.

Un nouveau mécanisme de changement : le signal social

Il reste une question essentielle concernant le développement du contrôle de soi par l'espèce humaine : pourquoi l'*Homo Sapiens* a-t-il prospéré alors que les humanoïdes rivaux (les Néandertaliens d'Europe occidentale, par exemple) ont échoué, même s'ils possédaient des tendances inhibitrices et tribales similaires ? La réponse pourrait résider dans le fait que l'humain a développé un moyen unique de renforcer la tribu en permettant à ses membres de véritablement se connaître les uns les autres. C'est cette prémisse qui sous-tend le mécanisme de changement central apporté par la TCD RO.

Depuis la publication de *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux* de Charles Darwin (1872), un certain nombre de théoriciens et de chercheurs soutiennent que nos émotions ont évolué dans le but de communiquer. Néanmoins, à mesure que la science devenait de plus en plus poussée dans l'étude de l'expérience interne (comme la cognition, la physiologie, l'attention et la neurobiologie), les approches thérapeutiques ont eu tendance à négliger cet argument. En reliant la théorie de la neurorégulation et les fonctions communicatives de l'expression émotionnelle à la formation de liens sociaux étroits, la TCD RO introduit une thèse unique quant au mécanisme par lequel un comportement démontrant un excès de contrôle conduit à la détresse psychologique.

L'une des idées centrales de cette thèse est que la sensibilité biotempéramentale élevée à la menace de l'individu EC rend plus difficile à cet individu l'accès à son système de sécurité relationnelle basé sur la neurobiologie (Lynch *et al.*, 2013 ; 2015).



DÉFINITION : SYSTÈME DE SÉCURITÉ RELATIONNELLE

Complexe de nerfs associé à des réponses physiologiques spécifiques, activé par des stimuli externes ainsi que par l'utilisation consciente et délibérée des muscles faciaux et du positionnement corporel, qui produit des sentiments de sécurité, d'aisance, de protection, d'amour, d'épanouissement et de bien-être. On le nomme également « complexe vagal ventral ».

Lorsque l'on se sent en sécurité, une zone du cerveau – le complexe vagal ventral (CVV, branche du nerf vague associée aux sentiments de sécurité et d'affiliation ainsi qu'aux pulsions d'exploration), associé au contentement, à l'amabilité et à l'engagement social – s'active et innerve les muscles impliqués dans la modulation du ton de la voix, l'expression faciale, l'écoute de la parole et le maintien du contact visuel qui contribuent à l'engagement social (Porges, 1995, 2001). Lorsque nous nous sentons en sécurité, à l'aise, nous désirons naturellement nous rapprocher des autres; notre voix et notre expression faciale sont plus détendues. Cependant, lorsque l'environnement est perçu comme menaçant, une autre zone du cerveau associée au comportement de mobilisation – c'est-à-dire la réponse de lutte ou de fuite du système nerveux sympathique (SNS) – devient dominante, augmentant le rythme cardiaque et régulant à la baisse l'activation des muscles striés du visage (ou muscles faciaux, qui contrôlent notamment les expressions faciales), réduisant ainsi la capacité de l'individu à s'engager dans les interactions sociales (Porges, 2001).

La recherche a montré qu'une suppression de l'expression émotionnelle inadaptée au contexte ou une expression émotionnelle incongrue (c'est-à-dire qu'il existe un décalage entre l'expression extérieure de l'émotion et l'expérience intérieure) favorisera l'impression que la personne n'est pas digne de confiance ou est inauthentique (Boone & Buck, 2003; English & John, 2013; Kernis & Goldman, 2006), ce qui affectera le lien social et exacerbera la détresse psychologique (Mauß *et al.*, 2011). Ainsi, on suppose que la sensibilité biotempéramentale à la menace de la personne EC et la diminution des expériences de sécurité relationnelle combinées à une tendance surapprise à masquer ses sentiments intimes engendrent le rejet social et la solitude.

La TCD RO postule encore que les émotions ont évolué chez l'homme non seulement pour motiver ses actions (les réactions de lutte et de fuite, par exemple) et communiquer ses intentions (notamment par le biais des expressions faciales), mais aussi pour faciliter l'établissement de liens sociaux étroits et un comportement altruiste entre des individus génétiquement différents, par le biais du micromimétisme et du feed-back proprioceptif.



DÉFINITIONS : MICROMIMÉTISME ET FEED-BACK PROPRIOCEPTIF*

- Le **micromimétisme** est un mécanisme subtil et involontaire par lequel une personne imite de manière presque imperceptible les expressions faciales, les gestes, ou les postures de son interlocuteur. Il permet aux individus de se connecter et de créer une harmonie dans leurs interactions, renforçant ainsi le lien social. Par exemple, si quelqu'un sourit ou hoche la tête en parlant, son interlocuteur peut, de manière inconsciente, reproduire un sourire ou un hochement de tête similaire. Ce comportement favorise la communication non verbale et crée une atmosphère de compréhension mutuelle. Il contribue à l'établissement de la confiance et de la sympathie.
- Le **feed-back proprioceptif** fait référence à l'information que le corps reçoit à partir des récepteurs sensoriels situés dans les muscles, les articulations et les tendons, permettant de percevoir la position et les mouvements du corps dans l'espace.

Ce processus a assuré à notre espèce un énorme avantage évolutif et est un élément essentiel du développement de l'empathie et de l'altruisme. Grâce à sa capacité à s'unir à autrui, l'humain est enclin à traiter les autres comme il aimerait être traité lui-même (il pourrait être prêt à risquer une blessure grave, voire la mort, pour sauver quelqu'un qu'il connaît à peine, par exemple).

La TCD RO intègre ces observations théoriques de trois manières dans les interventions de traitement :

1. Elle enseigne aux patients l'expression émotionnelle adaptée au contexte et l'utilisation de stratégies de signal social non verbal, dont il a été démontré qu'elles améliorent le lien social.
2. Elle cible le manque et l'excès de contrôle dus au biotempérament en enseignant des compétences conçues pour activer les zones du cerveau associées au système de sécurité relationnelle et elle encourage les patients à utiliser ces compétences avant de s'engager dans des interactions sociales. Ainsi, le patient EC sera capable de détendre naturellement les muscles de son visage et d'envoyer des signaux non verbaux d'amabilité, facilitant ainsi les réponses coopératives d'autrui ainsi que des interactions sociales fluides.
3. Elle enseigne aux thérapeutes comment utiliser les neurones miroirs et le feedback proprioceptif pour améliorer l'engagement et l'apprentissage des patients EC en employant délibérément des gestes, des postures et des expressions faciales qui signalent l'ouverture, la non-dominance et les intentions amicales. Cet aspect de la TCD RO met en évidence la nécessité, pour les thérapeutes, de mettre en pratique des compétences d'ouverture radicale dans leur propre vie. Il est peu probable que les patients EC ressentent qu'il est socialement acceptable de jouer, de se détendre, d'admettre sa faillibilité et d'exprimer ouvertement ses émotions si leur thérapeute n'adopte pas lui-même un tel comportement.^⑦

5. Développement de la TCD RO et recherche scientifique

Ce livre est le résultat d'un processus de recherche translationnelle en matière de compréhension et de traitement de l'EC. Le développement du traitement par la TCD RO a commencé il y a près de vingt-cinq ans, lorsque la thérapie comportementale dialectique (TCD) standard (Linehan, 1993a) a été appliquée à des formes de dépression chroniques et résistantes au traitement. À l'époque, nous n'avions pas encore pleinement compris les difficultés qui pouvaient survenir lorsqu'un traitement ciblant généralement le manque de contrôle était administré à des personnes caractérisées par un contrôle excessif, une tolérance élevée à la détresse et une distanciation interpersonnelle – soit des personnes situées à l'opposé de la population cible de la TCD à l'origine (les personnes présentant un trouble de personnalité borderline). La

TCD standard proposait alors des protocoles clairs pour améliorer le contrôle de soi, mais ceux-ci n'étaient pas adaptés aux personnes caractérisées par un EC.

J'ai longtemps considéré que le contrôle de soi élevé était le résultat d'une adaptation. Mais lorsque j'ai dû traiter des personnes dont le contrôle était excessif, mes observations au sujet des limites de la TCD standard ont remis en question ma façon de penser, et c'est ce défi qui m'a poussé à développer la TCD RO. La théorie et les interventions de ce nouveau traitement ont évolué à mesure que j'affinais ma compréhension des troubles de l'EC (Carroll & Nuro, 2002 ; Waltz *et al.*, 1993).

Les études contrôlées randomisées réalisées au cours de ces années de développement ont produit certains résultats décisifs, notamment la création des concepts et des compétences de base de l'ouverture radicale, l'élaboration de la première version de la théorie biosociale des troubles de l'EC et la rédaction du premier manuel de traitement par la TCD RO. La puissance de nos résultats préliminaires (Lynch *et al.*, 2003) et notre expérience clinique grandissante nous ont encouragés à poursuivre l'amélioration du manuel.

La nature transdiagnostique de l'approche naissante de la TCD RO a également suscité de nouvelles réflexions et de nouvelles recherches portant sur un éventail plus large de troubles et de contextes de traitement. Ainsi, la recherche, la formation de groupe aux compétences d'OR et le travail clinique de la TCD RO ont été étendus à différents groupes d'âge (jeunes enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes plus âgés), à différents troubles (anorexie mentale, dépression chronique, autisme, troubles de la personnalité avec EC, anxiété résistante), à différentes cultures et pays d'Europe et d'Amérique du Nord et à différents contextes (médicolégal, hospitalier, ambulatoire). La formation de groupe a également été étendue à un large éventail de prestataires (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, psychiatres, thérapeutes familiaux, ergothérapeutes), la recherche concernant les composantes de la TCD RO se révélant déjà prometteuse (la formation de groupe aux compétences uniquement², par exemple ; Keogh *et al.*, 2016) et le manuel étant en cours d'adaptation (pour la TCD RO familiale et la thérapie de couple RO). Des centaines de patients ont reçu un traitement de TCD RO dans le cadre d'essais de recherche clinique à travers le monde et beaucoup d'autres ont été pris en charge dans leur système de soin. Ainsi, la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la TCD RO sont fondées sur des preuves et éclairées par les résultats de plusieurs essais cliniques publiés et d'un essai multicentrique.

Essais contrôlés randomisés ciblant la dépression résistante au traitement et l'EC inadapté

À ce jour, plusieurs essais contrôlés randomisés (ECR) ont examiné la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la TCD RO (et de ses versions antérieures) pour le traitement de l'EC inadapté et de la dépression chronique. Nos deux premiers ECR (Lynch

2. L'expression « formation de groupe aux compétences d'ouverture radicale » désigne la thérapie de groupe prévue dans le programme de la TCD RO.

et al., 2003, 2018, 2020; Lynch & Cheavens, 2007; Gilbert *et al.*, 2023; Keogh *et al.* 2016; Shearer *et al.* 2018) étaient des études pilotes utilisant des versions adaptées de la TCD standard (Linehan, 1993a) que nous avons modifiée pour cibler la dépression et les caractéristiques liées à l'EC dans le but de produire un manuel de traitement de TCD RO. Pour ces deux essais, des échantillons d'adultes dépressifs d'âge moyen et plus âgés ont été recrutés sur la base de résultats de recherche montrant que ce dernier groupe d'âge était le plus susceptible d'être caractérisé par un EC (rigidité, inflexibilité cognitive, faible ouverture et expression inhibée des émotions; Morse & Lynch, 2000; Lynch *et al.*, 2004; Schaie *et al.*, 2004). Notre troisième étude dans ce domaine (Lynch *et al.*, 2015) – un vaste ECR multicentrique, sur trois sites indépendants – a été conçue pour étendre l'administration du traitement à des adultes de tous les âges souffrant de dépression résistante au traitement.

Premier essai contrôlé randomisé (2003)

L'objectif principal de notre premier ECR (Lynch *et al.*, 2003) était d'explorer la faisabilité et l'utilité d'adapter la TCD standard à la dépression résistante au traitement et aux problèmes de l'EC (Lynch *et al.*, 2003; Lynch & Cheavens, 2008).^⑧ Vu que les problèmes associés à la dépression avec EC sont essentiellement opposés aux problèmes liés au trouble de la personnalité borderline, les compétences utilisées dans ce premier ECR, bien que basées sur la TCD standard, ont été modifiées afin d'aborder les problèmes associés aux troubles de l'EC. Ainsi, très tôt, nous avons reconnu la rigidité, la faible ouverture à de nouvelles expériences et l'inhibition des émotions comme étant des facteurs d'influence importants dans les échantillons de personnes dépressives d'âge moyen (35,3 ans) et plus âgées (Morse & Lynch, 2000; Lynch *et al.*, 2001). Ces observations ont fortement influencé le ciblage du traitement et le développement des nouvelles compétences et interventions incorporées dans ce premier essai.

La condition expérimentale consistait en la participation à deux séries de quatorze semaines d'une version adaptée de la formation de groupe aux compétences de la TCD standard, modifiée pour cibler la dépression et les problèmes de l'excès de contrôle (TCD RO-Early ou TCD RO-E), à laquelle s'ajoutait, pour chaque participant, un contact téléphonique hebdomadaire de 30 minutes avec un thérapeute suivi de trois mois de contact téléphonique toutes les deux semaines puis de trois mois de contact toutes les trois semaines. Des cibles de traitement liées aux problèmes de l'EC ont été développées, notamment l'inhibition de l'expression émotionnelle, la rancœur et le ressentiment, les stratégies de coping hyper adaptatives, le comportement rigide régi par des règles et la pensée fataliste. Des dilemmes dialectiques spécifiques aux problèmes de l'EC (l'attachement amer *versus* l'assentiment aveugle; Lynch, 2000) ont également été élaborés et intégrés au programme. L'objectif global du traitement était d'aider les patients à apprendre à réagir de manière plus souple et à abandonner leurs habitudes de réaction rigide (Lynch, 2000).

34 personnes âgées de 60 ans ou plus et souffrant de dépression chronique ont été randomisées pour recevoir soit uniquement un médicament antidépresseur (AD),

soit, pour la condition TCD RO-E (sans autre psychothérapie concomitante), un médicament antidépresseur associé à la TCD RO. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient présenter un épisode actuel de trouble dépressif majeur unipolaire selon le Duke Depression Evaluation Schedule (CES-D; George *et al.*, 1989) et un score de 18 ou plus sur l'échelle d'évaluation de Hamilton pour la dépression (HAM-D; Hamilton, 1960) ou de 19 ou plus à l'inventaire de dépression de Beck (BDI; Beck *et al.*, 1979). Les patients inclus ont été diagnostiqués selon les critères de la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, ou DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Les diagnostics ont été posés conjointement par les psychiatres responsables suite à des réunions de coordinations et sur la base du consensus sur le diagnostic en utilisant la norme LEAD (*longitudinal, expert, all data*) (Spitzer, 1983). Parmi les participants randomisés dans la condition TCD RO-E, 45 % répondaient aux critères de l'entretien clinique structuré pour les troubles de l'axe II du DSM-IV (ou SCID-II) pour au moins un trouble de la personnalité, alors que seulement 18 % des participants randomisés dans la condition AD répondaient aux critères stricts pour au moins un trouble de la personnalité. Il a été essayé – avec plus ou moins de succès – de garder les évaluateurs ignorants de la variable de la condition de traitement. La majorité des participants rapportaient une moyenne de plus de huit épisodes antérieurs de dépression. La randomisation a réussi : les groupes ne différaient pas sur les mesures lors de l'évaluation avant traitement. Des tests bilatéraux ($p \leq 0,05$) ont été utilisés pour toutes les comparaisons entre groupes ; pour les comparaisons au sein d'un même groupe, la méthode de la correction de Bonferroni a été utilisée, les valeurs de p étant considérées comme significatives si elles étaient inférieures ou égales à 0,006. La rémission de la dépression a été définie comme correspondant à un score sur la HAM-D inférieur à 8 (Frank *et al.*, 1991).

Les résultats ont révélé qu'au moment de l'évaluation post-traitement, 71 % des participants de la condition TCD RO-E étaient en rémission, contre 47 % des participants de la condition AD. Au moment du suivi après six mois, 75 % des participants de la condition TCD RO-E étaient en rémission, contre 31 % des participants de la condition AD (Lynch *et al.*, 2003). La condition TCD RO-E montrait une diminution significative des scores de dépression aux auto-questionnaires BDI entre le prétraitement et le post-traitement, un changement qui s'était maintenu lors du suivi, mais l'évolution sur cette dimension n'était pas significative pour le groupe AD. Seuls les participants de la condition TCD RO-E montraient une amélioration significative d'un style de personnalité inadaptée associé à une crainte de ne pas être aimé des autres. En outre, ils montraient une amélioration significative de leur capacité d'adaptation face à des événements stressants, et ces changements s'étaient maintenus lors du suivi à six mois. Les améliorations de ces capacités d'adaptation (score total) étaient associées au fait de se sentir moins accablé, d'être plus enclin à rechercher un soutien social et d'être moins prompt à reporter ses frustrations sur les autres.

Des analyses secondaires de ces données ont montré que des niveaux plus élevés de stratégies de suppression des pensées étaient associés à des symptômes dépressifs plus importants six mois après le traitement, ce qui a apporté un appui préliminaire

aux hypothèses liant les moins bons résultats à l'inhibition de l'expérience et de l'expression émotionnelles (Rosenthal *et al.*, 2005). La principale limite de notre premier ECR était la faible taille de l'échantillon, avec seulement 17 participants dans chaque condition répartis aléatoirement.

Les nouvelles compétences de TCD RO mises à l'essai dans cette étude ont été élaborées en partie à partir des réunions hebdomadaires de l'équipe de consultation, avec des discussions portant sur la façon dont les patients de la condition TCD RO-E réagissaient, sur la littérature et sur les résultats de la recherche au sujet des modérateurs et médiateurs potentiels (Lynch *et al.*, 2004; Rosenthal *et al.*, 2005).^⑨ En outre, en tant que concepteur du traitement, j'ai organisé des groupes de discussion ainsi que des entretiens individuels avec les participants qui avaient terminé le traitement. L'objectif était de mieux comprendre les problèmes de l'EC et de se faire une idée plus précise de l'acceptabilité et de la faisabilité de cette thérapie. L'information recueillie en ces occasions nous a permis de perfectionner la condition TCD RO-E et a fourni la base clinique pour l'ECR suivante.

Deuxième essai contrôlé randomisé (2007)

Notre deuxième ECR (Lynch & Cheavens, 2007) a été conçu pour tester plus en profondeur les compétences de l'ouverture radicale nouvellement développées et les cibles de traitement pilotées dans le premier essai.^⑩ Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être âgés d'au moins 55 ans et répondre aux critères de l'entretien clinique structuré pour les troubles de l'axe I du DSM-IV (SCID-I) pour un épisode actuel de trouble dépressif majeur, aux critères du SCID-II pour un trouble de la personnalité et avoir un score de 18 ou plus aux 17 items de la HAM-D. Dans notre échantillon, 78 % répondaient aux critères d'un trouble de la personnalité avec EC; les troubles de l'axe II les plus courants étaient le trouble obsessionnel compulsif, le trouble paranoïaque et le trouble évitant. Tous les évaluateurs ignoraient la variable de la condition de traitement. La mesure de résultat primaire était la HAM-D en 17 points. La remise en question de la dépression était définie par un score à la HAM-D inférieur à 10.

Afin de s'assurer que l'échantillon expérimental ne comprendrait que des personnes souffrant de dépression résistante au traitement et de TP comorbide, l'étude comportait deux phases de traitement. Dans la phase 1, les participants (N = 65) rencontraient régulièrement un psychiatre participant à la recherche qui prescrivait et surveillait pendant huit semaines la prise d'antidépresseurs aux doses recommandées. Seuls 14 % des participants à cette phase initiale ont montré une réduction d'au moins 50 % de leurs symptômes dépressifs, si bien que 85 % de l'échantillon répondaient aux critères de la dépression résistante au traitement.

Au cours de la phase 2, les personnes qui n'avaient pas répondu de manière satisfaisante aux antidépresseurs et qui consentaient à poursuivre (n = 37, soit environ 57 % du groupe initial) ont été réparties de manière aléatoire entre un groupe participant à vingt-quatre semaines de TCD RO (condition TCD RO-E2) et un groupe témoin qui recevait des soins psychiatriques généraux et des antidépresseurs (AD).^⑪

Les participants aux deux groupes se sont vu prescrire des antidépresseurs par un psychiatre agréé.

La condition TCD RO-E2 consistait en des séances hebdomadaires de formation de groupe de deux heures, auxquelles s'ajoutaient une heure par semaine de thérapie individuelle et des médicaments antidépresseurs. Les participants avaient accès à des consultations téléphoniques avec un thérapeute formé à la TCD RO en dehors des heures de thérapie (bien que cette ressource fût rarement utilisée) et les thérapeutes se réunissaient chaque semaine pour une réunion de 90 minutes. La condition de soins psychiatriques généraux (condition AD) comprenait des rencontres régulières (au moins mensuelles) avec un psychiatre qui délivrait des conseils, selon les besoins, et contrôlait le traitement par antidépresseurs. Les psychiatres étaient encouragés à ajuster les doses ou à changer le type ou la classe du médicament prescrit afin d'assurer un dosage et un traitement optimaux.

Les résultats ont montré que 71 % des participants de la condition TCD RO-E2 étaient en rémission lors de l'évaluation post-traitement, contre 50 % des participants du groupe témoin, une tendance qui s'était maintenue lors du suivi à trois mois mais qui s'était stabilisée lors du suivi à six mois. Les participants de la condition TCD RO-E2 montraient une amélioration significative des TP (agressivité et sensibilité interpersonnelles) par rapport à ceux du groupe témoin (condition AD), et ces améliorations s'étaient maintenues lors du suivi à six mois.



FOCUS

Limites, avantages et résultats des premiers ECR

La principale limite de nos deux premiers ECR était qu'aucune des deux études n'avait une puissance statistique suffisante pour détecter les différences entre les groupes. Néanmoins, des avantages majeurs et significatifs ont été constatés pour les participants de la condition TCD RO-E, et notamment le fait qu'ils avaient atteint et maintenu des taux élevés de rémission de la dépression par rapport à la condition contrôle (voir Lynch *et al.*, 2003). La TCD RO a par ailleurs montré des résultats significativement meilleurs sur les mesures de la personnalité par rapport à la condition contrôle. Les deux études portaient sur les patients les plus difficiles à traiter : ils étaient plus âgés, présentaient des troubles de la personnalité, étaient suicidaires et souffraient de maladies chroniques. Les taux d'abandon pour les conditions expérimentales (TCD RO-E et TCD RO-E2) étaient faibles : respectivement 6 et 28 %. Le taux d'abandon plus élevé pour la deuxième étude peut refléter la nature plus sévère des conditions de participation (un trouble de la personnalité diagnostiqué). De plus, les participants à la première étude prenaient part simultanément à une étude longitudinale plus importante, ce qui a pu constituer un facteur de protection contre l'abandon. Les résultats des deux essais ont fourni un soutien préliminaire à nos premières versions de la TCD RO, en confirmant notamment sa faisabilité, son acceptabilité et son utilité clinique.

Notre deuxième essai nous a également permis de poursuivre l'élaboration du nouveau manuel de traitement (Lynch & Cheavens, 2008). Une nouvelle théorie biosociale des troubles de l'EC a été élaborée et de nouvelles compétences d'OR ont été conçues pour maximiser l'ouverture, accroître la flexibilité des réponses et réduire les comportements rigides et régis par des règles.¹²

Troisième essai contrôlé randomisé (2015)

Le développement de la TCD RO pour la dépression chronique et résistante au traitement aurait pu s'arrêter là : selon plusieurs évaluateurs indépendants des États-Unis et du Royaume-Uni, les données de nos deux premiers ECR étaient suffisamment solides pour que nous puissions publier le manuel de traitement par la TCD RO sans autre modification ni recherche supplémentaire. Mais je restais sceptique. Mon expérience clinique me laissait penser que nous n'avions fait qu'effleurer le sujet. Le laboratoire de recherche de l'Université Duke avait alors été déplacé à l'Université de Californie du Sud dans un premier temps, puis à l'Université de Southampton au Royaume-Uni. Ces déménagements apportaient de nouvelles opportunités, idées et collaborations permettant de faire encore mûrir la TCD RO. C'est à Southampton qu'a eu lieu le troisième ECR, portant sur la dépression résistante au traitement et l'EC, connu sous le nom de projet RefraMED (pour *Refractory Depression : Mechanisms and Efficacy of RO DBT*). Il s'agissait d'un essai multicentrique pour lequel nous avons randomisé les participants pour qu'ils reçoivent soit sept mois de TCD RO ainsi que le traitement habituel (TH), soit le TH seul (toute psychothérapie prescrite sauf TCD). La condition TCD RO comprenait 29 séances individuelles hebdomadaires d'une heure et 27 séances hebdomadaires de formation de groupe aux compétences d'OR de deux heures et demie. Les patients affectés à la condition TH pouvaient accéder à n'importe quel traitement proposé par le National Health Service (NHS) ou par des prestataires privés. Nous avons recruté les participants dans trois régions du Royaume-Uni : le Dorset, le Hampshire et le nord du pays de Galles. Les patients étaient éligibles s'ils étaient âgés de 18 ans ou plus, présentaient un score d'au moins 15 à la HAM-D, avaient récemment reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur selon le SCID-I, souffraient de dépression résistante au traitement ou chronique et avaient pris une dose adéquate d'antidépresseurs pendant au moins les six semaines précédentes sans amélioration de leur état. Nous avons exclu les patients qui répondaient aux critères du trouble de la personnalité dramatique et erratique (cluster B) souffrant d'un trouble bipolaire ou d'une psychose ou présentant un diagnostic primaire de dépendance ou d'abus de substances.

Nous avons utilisé un algorithme adaptatif pour répartir les participants au hasard entre les traitements et les thérapeutes, en utilisant trois variables de stratification pour assurer l'équilibre entre les groupes :

- Apparition précoce ou tardive de la dépression ;
- Score à la HAM-D supérieur ou inférieur à 25 ;
- Présence ou absence d'un trouble de la personnalité.

Des évaluateurs formés et non informés de ces répartitions ont évalué les participants sept, douze et dix-huit mois après la randomisation. Notre principal critère d'évaluation était la gravité des symptômes dépressifs sur l'échelle HAM-D mesurée à ces trois moments. Nous avons assigné 250 participants par randomisation adaptative, 162 à la condition TCD RO et 88 à la condition contrôle. Les patients faisaient

Le livre fondateur de la TCD RO

Fondée sur plus de vingt ans de recherche, la thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte (TCD RO) est une approche transdiagnostique ciblant les troubles caractérisés par un excès de contrôle, tels que la dépression chronique, l'anorexie mentale et le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive (TOC).

Les personnes qui en souffrent présentent des réponses comportementales rigides ou inadaptées qui entravent les relations sociales. La TCD RO les aide à sortir de l'isolement en travaillant leurs compétences sociales notamment via l'exploration et le dévoilement de soi.

Rédigé par son fondateur, Thomas Lynch, ce livre offre :

- Les bases théoriques et les concepts de la TCD RO ;
- Un cadre formel pour la mise en œuvre du programme de la TCD RO (individuel et de groupe) ;
- De nombreux exemples cliniques et conseils pratiques pour guider le psychologue dans sa prise en charge.



● **Thomas R. Lynch**, PhD, est professeur émérite de psychologie clinique de l'Université de Southampton. Ses recherches portent sur la compréhension et le développement de nouveaux traitements pour les troubles de l'humeur et de la personnalité. Fondateur de la TCD RO, son travail a été récompensé par de nombreux prix et distinctions, entre autres des *National Institutes of Health* (États-Unis), du *Medical Research Council* (UK) et de la *National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression*.

● **Sylvia Martin** est psychologue clinicienne et psychothérapeute TCCE, docteure en psychologie clinique et psychopathologie et enseignante universitaire. Elle est également formatrice spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité.

À télécharger :
Fiches-outils, feuilles d'évaluation
et protocoles de traitement

DANS LA MÊME COLLECTION



Prix : 42,90 €

ISBN : 978-2-8073-5795-2



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com