CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Sous la coordination de Caroline Chiron
Préface de Ueli Kramer

La thérapie comportementale dialectique

Concepts, principes et applications



- Conseils pratiques
- 22 cas cliniques
- Modèles d'interventions thérapeutiques

+ EN LIGNE OFFERT

Fiches-outils pour le thérapeute

deboeck SUPÉRIEUR

La thérapie comportementale dialectique

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

Norris, V. & Lender, D., *Theraplay. Le guide du thérapeute*, 2025.

Lynch, T. R., *Manuel pratique de thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte*, 2025.

Greenberg, L. S., *La Thérapie Centrée sur les Émotions*, 2025.

Ciccone, A. & Tordo, F., *Psychopathologie du sujet contemporain*, 2025.

Delbrouck, M., *Communication, intersubjectivité et relation thérapeutique*, 2025.

CARREFOUR DES PSYCHOTHÉRAPIES

Sous la coordination de **Caroline Chiron**

La thérapie comportementale dialectique

Concepts, principes et applications

Préface de **Ueli Kramer**

deboeck SUPÉRIEUR

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

*L'accès aux ressources numériques associées à cet ouvrage est **personnel et incessible**. Il est soumis aux conditions d'utilisation en vigueur accessible sur le site De Boeck Supérieur et peut être interrompu à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation.*

© De Boeck Supérieur s.a., 2025

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 : octobre 2025 ISSN : 1780-9517
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2025/13647/116 ISBN : 978-2-8073-6720-3

Sommaire

Compléments numériques 7
Liste des acronymes 9
Préface 11
Avant-propos 13

Partie I
Généralités sur la thérapie comportementale dialectique

Chapitre 1 Introduction à la TCD 19
Chapitre 2 Structure de la TCD 27
Chapitre 3 Conceptualisation de cas en TCD 43

Partie II
Applications à des populations et à des contextes spécifiques

Chapitre 4 TCD pour enfants 57
Chapitre 5 TCD pour adolescents 75
Chapitre 6 Parentalité et TCD 95
Chapitre 7 Connexions Familiales® 111
Chapitre 8 Trouble de personnalité, trauma et TCD 125
Chapitre 9 La TCD au service du rétablissement en addictologie 147

Chapitre 10 Approche individuelle en setting privé du patient borderline 165

Chapitre 11 TCD en psychiatrie 193

Chapitre 12 TCD radicalement ouverte 213

Chapitre 13 TCD et trouble du spectre de l'autisme 233

Chapitre 14 TCD en ligne 245

Partie III
Interfaces avec d'autres approches

Chapitre 15 TCD et TCC de troisième vague 261

Chapitre 16 TCD et EMDR 271

Chapitre 17 Intégration de la TCD et de la thérapie basée sur la mentalisation dans le traitement du TPB 279

À propos des auteurs 291

Bibliographie 295

Table des matières 327

Compléments numériques

Cet ouvrage s'accompagne de ressources complémentaires accessibles en ligne.
Vous trouverez :

- La figure « La maison de la TCD » en couleur ;
- Acronymes originaux des compétences de Linehan ;
- Un modèle de *Diary card* ;
- L'outil de TCD RO des « Trois Grands + 1 » ;
- La fiche hebdomadaire à compléter dans le cadre de la TCD RO ;
- Un document sur l'accessibilité des contenus.

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

www.deboecksuperieur.com/site/367203

Liste des acronymes

AA	Alcooliques Anonymes
AC	Analyse en Chaîne
ACT	Thérapie d'Acceptation et d'Engagement
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CMP	Centre Médico-Psychologique
CP	Cognition Positive
DBT	*Dialectical Behavioral Therapy*
DBT-C	*Dialectical Behavioral Therapy for Children*
EC	Excès de Contrôle
EMDR	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
EP	Exposition Prolongée
GPM	*Good Psychiatric Management*
MBCT	*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)
MBSR	*Mindfulness-Based Stress Reduction* (Réduction du stress basée sur la pleine conscience)
MC	Manque de Contrôle
PDS	Stress Post-Traumatique
RC	Renforcement Communautaire
SBA	Stimulation Bilatérale Alternée
SPPE	Services Psychosociaux et de Protection de l'Enfance
TAI	Traitement Adaptatif de l'Information

TB	Trouble Bipolaire
TBM	Thérapie Basée sur la Mentalisation
TCA	Trouble de Comportement Alimentaire
TCC	Thérapie Cognitive et Comportementale
TCCE	Thérapie Cognitive, Comportementale et Émotionnelle
TCD	Thérapie Comportementale Dialectique
TCD-A	Thérapie Comportementale Dialectique pour Adolescents
TCD-E	Thérapie Comportementale Dialectique pour Enfants
TCD-EP	Thérapie Comportementale Dialectique avec Exposition Prolongée
TCD-TSPTc	Thérapie Comportementale Dialectique pour le Trauma Complexe
TCD RO	Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte
TCP	Thérapie Cognitive selon le modèle de Padewski
TDAH	Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TOP	Trouble Oppositionnel avec Provocation
TP	Trouble de la Personnalité
TPB	Trouble de la Personnalité Borderline
TRE	Trouble de la Régulation Émotionnelle
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique
TSPTc	Trouble de Stress Post-Traumatique complexe
TUS	Trouble de l'Usage de Substances

Préface

Caroline Chiron offre un beau cadeau au monde francophone avec ce livre sur l'éventail des applications de la thérapie comportementale dialectique ! Cet ouvrage résume tout ce dont un clinicien en TCD a besoin : les concepts de base et les principes de la TCD, les adaptations cliniques à des catégories diagnostiques diverses, ainsi que les applications pratiques de la TCD dans des contextes variés.

Pour ce faire, Caroline Chiron, praticienne expérimentée, réunit les experts francophones en la matière avec un résultat des plus convaincants : une collection de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être unique qui sera particulièrement utile pour accompagner les patients avec une psychopathologie sévère. Tandis que certains psychothérapeutes ne se sentent pas en mesure de prendre en charge certaines situations cliniques particulièrement complexes, les thérapeutes TCD – et, j'imagine, bon nombre de lecteurs de cet ouvrage – connaissent les dialectiques sous-tendant la présentation de la psychopathologie sévère. Les principes de la TCD, présentés dans la partie I, se voient ainsi déclinés dans de multiples contextes, face à de multiples situations cliniques, à travers l'ensemble des chapitres de ce livre. Développée par Marsha Linehan et son équipe, puis par ses élèves, depuis les années 1980, la TCD a largement fait ses preuves et continue à être constamment mise à jour par la communauté de praticiens TCD, y compris dans les pays francophones.

Si la littérature s'est beaucoup intéressée aux principes théoriques de la TCD, comme le fait également le présent ouvrage, les défis de la mise en pratique des connaissances et compétences cliniques d'intervention demeurent peu abordés. Ce livre vient précisément combler ce manque. Il insiste sur l'importance de l'entraînement du praticien aux compétences thérapeutiques clés de la TCD. La « pratique délibérée » est un concept hautement efficace dans le cadre de la formation à la psychothérapie (Boritz *et al.*, 2023 ; Kramer *et al.*, 2025) : à l'aide d'une série d'exercices et de jeux de rôle adaptés à ses compétences actuelles, le praticien TCD fait lui-même l'expérience d'une intervention, sous l'œil bienveillant d'un expert qui le supervise et

lui offre un feed-back. L'action prime ainsi sur le savoir. Les premiers résultats empiriques concernant l'efficacité du développement de compétences cliniques du thérapeute (Knox & Hill, 2021) sont encourageants, et ces travaux devraient également être étendus à la formation TCD.

C'est avec grand plaisir que je souhaite bon vent à cet ouvrage ! Que de nombreux praticiens soient inspirés par sa lecture et décident en conséquence de se former à la TCD et de la pratiquer, et ce avec de plus en plus de rigueur. Puissent-ils apprendre jour après jour de leurs patients, afin d'encore améliorer et individualiser cette approche psychothérapeutique largement éprouvée.

Pr Dr Ueli Kramer
Directeur de l'Institut universitaire de psychothérapie,
département de Psychiatrie-CHUV, Université de Lausanne (Suisse)
Psychothérapeute DBT-LBC™
Ancien président de la *European Society for the Studies of Personality Disorders*

Avant-propos

Ma première rencontre avec la TCD fit suite à ma difficulté de psychologue/psychothérapeute à accompagner des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (TPB) et d'une addiction. Travaillant en addictologie depuis de nombreuses années, j'ai rapidement constaté que ma formation initiale en thérapie cognitive et comportementale (TCC) n'était pas suffisante. Face à des situations complexes, j'ai commencé à lire, à chercher des solutions, et c'est dans le cadre de ces lectures que la TCD m'est apparue et m'a attirée. Le peu de propositions de formations en France à l'époque a néanmoins compliqué son développement.

La TCD comprend des approches fondamentales de la psychothérapie, notamment comportementale, cognitive et de pleine conscience, ainsi que les dernières avancées en matière d'évaluation et de gestion du comportement suicidaire. Cependant, lorsque tout cela se combine, il en résulte une approche nouvelle centrée sur la dialectique fondamentale de l'acceptation et du changement, qui est à la fois innovante et révolutionnaire. Je trouve cette psychothérapie pleine de compassion, de flexibilité et encourageante.

Intention de l'ouvrage

Ma motivation première en tant qu'instigatrice de ce projet collectif a été de mettre en lumière les avancées variées et significatives réalisées dans l'application de la TCD. Je crois qu'on peut dire qu'il n'y a plus une seule TCD mais de nombreuses TCD. En effet, cette approche a été modifiée au fil du temps pour s'adapter à des contextes particuliers et répondre aux besoins de groupes et de populations spécifiques.

Bien qu'il existe de nombreux ouvrages de qualité au sujet de la TCD, très variés et d'une grande richesse, ceux-ci sont principalement en anglais. De ce constat est né

mon souhait d'un ouvrage en français sur le travail du monde francophone en TCD, afin d'outiller les cliniciens francophones.

Structure de l'ouvrage

Cet ouvrage se compose de trois parties :

- La première partie comprend trois chapitres qui couvrent plusieurs thèmes centrés sur les fondamentaux de la TCD.
- La deuxième partie est consacrée à l'application de la TCD à des populations cliniques diverses. Elle est la motivation première de la création de cet ouvrage.
- La troisième partie, quant à elle, est focalisée sur l'interface entre la TCD et d'autres approches psychothérapeutiques.

Remerciements

Il y a maintenant plus de dix ans, j'ai eu l'honneur d'être formée par Dominique Page, une des premières francophones à avoir été formée et à partager son savoir. Je la remercie pour la passion avec laquelle est transmet les principes de la TCD et sa position dialectique, qui m'a permis de me lancer. Que de chemin parcouru depuis lors !

Je me rappelle aussi ces premiers groupes avec ma chère collègue Claire Naudin en post-cure : cette coanimation a été un réel plaisir.

J'ai l'immense chance de travailler avec des collègues de grande qualité humaine et professionnelle en libéral à Nantes. Tous formés à la TCC et à la TCD, nous coanimons les groupes de compétences, participons à une consultation d'équipe et apprenons ensemble à être le plus efficace possible dans la bienveillance. Alors merci Samuel Rocher-Ney, Mohamed Azri et Marie Guirriec pour cet élan qui nous a permis d'évoluer ensemble, d'étoffer notre équipe TCD et de créer une association (ATCDO) afin de faire connaître cette approche dans l'Ouest de la France.

Je travaille également au CHU de Nantes au service addictologie, où j'ai pu mettre en place, dès mon arrivée, les groupes de compétences de la TCD. Merci au Pr Marie Grall-Bronnec pour sa confiance et son engouement pour cette psychothérapie. Je crois que j'ai beaucoup de chance d'être bien entourée.

La coordination d'un tel projet a été une première pour moi, ce qui a généré joie et stress. Je suis extrêmement touchée que tous ces excellents et talentueux professionnels aient répondu présent. Je suis, par ailleurs, admirative des compétences et connaissances de mes collègues, qui ont su transmettre une partie de leur savoir et savoir-faire dans leur chapitre. J'aimerais ainsi les remercier pour l'énergie et le travail qu'ils ont déployés afin de fournir des réflexions approfondies dans leurs domaines

d'expertise de la TCD. Je suis bien consciente de la somme de travail que cela a représenté, et je crois qu'elle permettra de mettre en valeur la créativité et la passion des professionnels pratiquant la TCD dans le monde francophone.

Enfin, je remercie Marsha Linehan pour son œuvre et l'héritage qu'elle nous laisse.

À vous, lecteurs, j'espère que cet ouvrage vous donnera l'envie de vous former, de pratiquer, de vous perfectionner… Je vous remercie d'ores et déjà d'avoir porté votre attention sur cet ouvrage si important pour mes collègues auteurs et moi-même ! Bonne lecture à vous !

Caroline Chiron
Psychologue en libéral et au CHU de Nantes (service addictologie)

PARTIE I

Généralités sur la thérapie comportementale dialectique

Chapitre 1

Introduction à la TCD

Luisa Weiner et Hélène Poitras

La thérapie comportementale dialectique (TCD) est une psychothérapie structurée, inscrite dans le cadre de la TCC de troisième vague. Elle a été développée dans les années 1980 par Marsha Linehan, psychologue et professeure de psychologie à l'université de Washington, pour les personnes – surtout des femmes – chroniquement suicidaires. Son objectif ultime est d'aider les personnes à construire et vivre une vie digne d'être vécue. À l'heure actuelle, la TCD est reconnue comme la psychothérapie avec le niveau de preuve le plus élevé pour le traitement de la dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère, le plus souvent inscrite dans le cadre d'un trouble de la personnalité borderline (TPB) (Cristea *et al.*, 2017 ; Stoffers-Winterling *et al.*, 2022).

Outre les évolutions que la TCC a connues au cours des dernières décennies, incluant notamment une focalisation différente sur les émotions, la recherche sur la dysrégulation émotionnelle, elle aussi, a connu un essor considérable. Désormais, la dysrégulation émotionnelle est considérée comme un processus psychologique transdiagnostique, c'est-à-dire impliqué dans le maintien de nombreuses psychopathologies (Beauchaine & Cicchetti, 2019). Comme nous le verrons dans cet ouvrage, bien que l'histoire de la TCD soit relativement récente, compte tenu de sa focalisation sur la dysrégulation émotionnelle, il est logique que son application s'étende aujourd'hui à d'autres problématiques que le TPB.

Dans ce chapitre, nous aborderons succinctement les fondations du modèle théorique sous-tendant la TCD. Nous invitons les lecteurs souhaitant avoir des éléments théoriques et pratiques plus détaillés à consulter l'ouvrage de Weiner *et al.* (2024).

1. Pourquoi une thérapie *dialectique ?*

Bien que la TCD soit profondément ancrée dans le béhaviorisme, sa philosophie dialectique reflète le souci de Linehan de surmonter les limites de ce courant ainsi que de la psychologie l'humaniste – les approches psychothérapeutiques dominantes dans les années 1970 aux États-Unis –, et leurs focalisations respectives sur le changement et la validation (Linehan & Wilks, 2015). Selon Linehan, ces deux approches pouvaient être perçues comme invalidantes par les personnes ayant une dysrégulation émotionnelle sévère, expliquant ainsi leurs résultats thérapeutiques insatisfaisants (par exemple, taux élevé d'abandon du traitement, aggravation de la dysrégulation émotionnelle et des comportements dysrégulés).

En effet, l'utilisation unique de stratégies de changement, issues de la TCC, s'avère inefficace car elle est vécue comme invalidante et émotionnellement douloureuse (par exemple, « Elle ne comprend pas que ce n'est pas facile ! »). Autrement dit, le surinvestissement de la communication autour du changement peut être vécu comme une forme d'invalidation (sursimplification des difficultés), amplifiant la dysrégulation émotionnelle sous-jacente et la polarisation entre thérapeute et personne ayant une dysrégulation émotionnelle. Le même constat a pourtant été fait à partir de l'utilisation exclusive de stratégies de validation, opposées au principe de changement : les personnes se sentent invalidées car l'absence de stratégies de changement leur indique que les thérapeutes ne comprennent pas que leur vie est insupportable (Linehan, 1997).

À partir de ces observations, Marsha Linehan a opérationnalisé la dialectique – c'est-à-dire le processus de synthèse et de dépassement des oppositions – comme l'une des principales composantes de la TCD. La dialectique renvoie à la notion selon laquelle la tension est sous-jacente à la réalité et nécessaire au changement. De manière schématique, elle consiste à penser que la réalité est complexe, englobant des éléments opposés et interdépendants pouvant rentrer en conflit.

Grâce à l'étude des pratiques contemplatives du zen, Linehan a pu intégrer au traitement un élément qui manquait au béhaviorisme et à l'humanisme : le concept d'acceptation radicale du moment présent sans tentative de le changer (Linehan & Wilks, 2015). L'équilibre entre le béhaviorisme, la philosophie dialectique et les principes du zen, comme la pleine conscience et l'acceptation, est au cœur de la TCD. Le principe dialectique se reflète dans l'utilisation concomitante et flexible par le thérapeute de stratégies d'acceptation/validation et de changement : accepter les personnes telles qu'elles sont tout en les invitant à changer (Linehan, 1993a).

2. La dysrégulation émotionnelle et le modèle biosocial

Dans son ouvrage princeps sur la TCD (1993), Marsha Linehan stipule que la dysrégulation émotionnelle est le processus central impliqué dans l'instabilité caractéristique

du TPB. La dysrégulation émotionnelle est définie comme des *patterns* d'expérience et/ou d'expression émotionnelle qui interfèrent avec un comportement efficace orienté vers un objectif (Beauchaine, 2015). Linehan (1993) désigne la dysrégulation émotionnelle observée chez les personnes ayant un TPB comme la résultante d'une activation émotionnelle basale élevée, accompagnée d'une sensibilité et d'une réactivité émotionnelles exacerbées et d'un retour lent à la ligne de base. Elle définit le TPB à partir de quatre domaines d'instabilité, découlant de la dysrégulation émotionnelle (voir le tableau 1.1.) :

- l'instabilité relationnelle ;
- l'instabilité comportementale ;
- l'instabilité cognitive ;
- l'instabilité relative au sens de soi.

Tableau 1.1. Les cinq domaines d'instabilité du TPB et leurs caractéristiques principales

Domaine	Caractéristiques
Instabilité émotionnelle	Sensibilité émotionnelle, émotions intenses et durables interférant avec le fonctionnement de la personne
Instabilité relationnelle	Difficultés à initier et/ou à maintenir des relations importantes
Instabilité cognitive	Pensées dichotomiques, dissociations, ruminations, idées de persécution
Instabilité comportementale	Inhibition et/ou impulsivité comportementales
Instabilité relative au sens de soi	Difficultés à identifier les valeurs, estime de soi basse (avec des fluctuations superficielles)

Sur le plan étiologique, Linehan (1993) considère que le TPB est avant tout un trouble émergeant à partir de la transaction, au fil du temps, entre une vulnérabilité émotionnelle tempéramentale et un environnement invalidant. La vulnérabilité émotionnelle est sous-tendue par des facteurs biologiques et se caractérise par :

- **L'hypersensibilité émotionnelle**, c'est-à-dire un seuil bas pour les réactions émotionnelles ;
- **L'hyperréactivité**, c'est-à-dire une variation accrue de l'intensité émotionnelle ;
- **Un retour lent à la ligne de base émotionnelle**, c'est-à-dire des réactions émotionnelles de longue durée et de l'impulsivité (Crowell *et al.*, 2009) (voir ci-dessous).

Facteurs biologiques impliqués dans la vulnérabilité émotionnelle :

- **Hérédité familiale :** une histoire familiale de problèmes liés à la régulation émotionnelle.
- **Neurodiversité :** un fonctionnement neurodivergent (par exemple, autisme ou trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH]) peut constituer un facteur de risque au développement d'une dysrégulation émotionnelle.
- **Facteurs intra-utérins et traumatismes subis pendant l'enfance ou l'âge adulte :** ces facteurs et les effets de ces expériences d'apprentissage précoces peuvent affecter le développement et le fonctionnement du cerveau.

Caractéristiques du tempérament émotionnellement vulnérable :

- **Sensibilité et réactivité émotionnelles accrues :** une personne décrite par ses parents comme étant un enfant « trop émotif » ou « facilement contrarié », qui peut présenter des crises de colère fréquentes, une anxiété élevée ou une réactivité intense aux bruits ou aux changements.
- **Retour lent vers la ligne de base :** par exemple, un enfant qui reste bouleversé des heures après une dispute mineure illustre une difficulté à retrouver un état de calme.

L'invalidation, quant à elle, est décrite comme un manque d'adéquation entre les besoins émotionnels de l'enfant et les soins prodigués par les *caregivers* (Linehan, 1993a). L'invalidation, telle qu'elle est théorisée par Linehan (1993), comprend quatre composantes principales :

- La communication de l'inexactitude émotionnelle (par exemple, « Tu n'as aucune raison d'avoir peur ! ») ;
- L'attribution erronée de l'expérience ou de l'expression émotionnelle à des caractéristiques inhérentes à l'enfant (par exemple, « Tu es trop émotif ! ») ;
- La punition des émotions douloureuses ;
- La sursimplification des problèmes ou la minimisation des difficultés.

Les environnements invalidants peuvent également être caractérisés par des abus, y compris des antécédents de violence ou d'abus sexuels.

FOCUS | **Environnements invalidants**

Les environnements invalidants, qu'ils soient familiaux, sociaux ou éducatifs, façonnent la manière dont un enfant apprend à interagir avec ses émotions et son entourage.

Trois grandes catégories d'invalidation sont souvent observées :

1. Messages explicites ou implicites sur les émotions

Les émotions de l'enfant peuvent être ignorées, minimisées ou punies (par exemple, « Arrête de pleurer, c'est ridicule »). Ces remarques lui apprennent que ces émotions ne sont pas valables ou qu'il doit les cacher pour éviter le rejet ou la critique.

2. Réponses inadéquates aux besoins émotionnels

Les réactions aux signes de détresse peuvent être inappropriées ou simplistes. Par exemple, une réponse d'indifférence (« Ce n'est rien, passe à autre chose ») ou une tendance à minimiser l'ampleur d'un problème sans offrir un soutien réel. Ces réponses empêchent l'enfant de développer des stratégies fonctionnelles pour réguler ses émotions, renforçant une incapacité à tolérer la détresse.

3. Normes émotionnelles imposées

Certains environnements établissent des attentes rigides concernant les émotions, par exemple, l'interdiction de montrer des émotions ou l'encouragement à les exagérer pour obtenir de l'attention ou du soutien. Ces normes poussent l'enfant à adopter des comportements dysfonctionnels pour s'adapter, comme masquer ses émotions ou amplifier leur expression.

Outre l'invalidation par les *caregivers*, Linehan (2015) et Harned (2022) ont récemment souligné l'impact des formes systémiques d'invalidation – liées par exemple au genre, à la race, au handicap, à l'appartenance ethnique ou à l'orientation sexuelle – sur le développement du TPB et du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Quel que soit le type d'invalidation auquel la personne est confrontée, un corollaire de la théorie biosociale est que l'enfant émotionnellement vulnérable qui évolue dans un environnement invalidant n'apprend pas à étiqueter, tolérer et réguler les émotions, ni à faire confiance à ses propres réponses émotionnelles en tant que reflets d'interprétations valides des événements. Au contraire, l'invalidation répétée peut façonner des stratégies inadaptées, telles que l'évitement, la suppression ou la fuite (par exemple, le recours à l'automutilation pour réguler les émotions douloureuses), conduisant à une dysrégulation émotionnelle et comportementale.

3. Les manifestations de la dysrégulation émotionnelle : les dilemmes dialectiques

Pour caractériser la phénoménologie de la dysrégulation émotionnelle observée chez les personnes ayant un TPB, Linehan (1993) a décrit des *patterns* s'articulant autour

de la tendance à osciller entre l'hyporégulation et l'hyperrégulation des émotions – « l'hypo » et « l'hyper » régulation des émotions étant une résultante de la théorie biosociale.

La psychologue a identifié trois axes de comportements problématiques prototypiques :

- les déficits dans la modulation des émotions ;
- l'expression des besoins émotionnels ;
- l'évitement du chagrin et de la douleur.

Chaque problème de régulation est caractérisé par un dilemme dialectique reflétant l'oscillation entre la tendance à surréguler et à sous-réguler. Le premier axe consistant en des problèmes de modulation des émotions, il comprend les tendances à l'auto-invalidation et à la vulnérabilité émotionnelle. Les déficits dans la communication des besoins émotionnels s'organisent autour de la tendance à être activement passif et à manifester une compétence de façade (compétence apparente). Le deuxième axe, quant à lui, comprend des problèmes d'évitement du chagrin et de la douleur, reflétant une tendance à osciller entre une crise permanente et une inhibition du chagrin (voir la figure 1.1.).

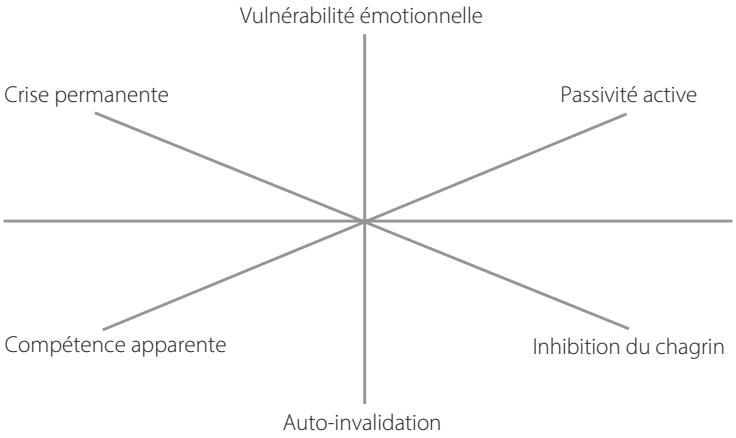


Figure 1.1. Dilemmes dialectiques relatifs au sous-contrôle (hyporégulation) et au surcontrôle (hyperrégulation) des émotions

Dans le traitement, l'identification des dilemmes dialectiques (également appelés cibles secondaires) permet de mieux comprendre les facettes spécifiques des manifestations de la dysrégulation émotionnelle des patients, notamment les compétences de régulation émotionnelle que les personnes n'ont pas pu acquérir au cours du développement. Des interventions précises visent à réduire l'utilisation de ces manifestations chez les patients qui interfèrent dans le traitement des cibles primaires, soit de réduire le recours à des comportements dysfonctionnels et de se rapprocher d'une vie digne d'être vécue.

4. Conclusion

La TCD est la psychothérapie ayant fait le plus ses preuves pour le traitement du TPB. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, la TCD est centrée sur l'émotion – et plus particulièrement sur la dysrégulation émotionnelle. Ce faisant, son utilité dépasse le cadre du TPB. À l'heure actuelle, de nombreuses études attestent son efficacité dans plusieurs troubles caractérisés par une dysrégulation émotionnelle : TDAH, autisme, troubles de comportement alimentaire (TCA), troubles de l'usage de substances (TUS), TSPT (Basiri & Hadianfard, 2023 ; Bohus *et al.*, 2020 ; Federici & Wisniewski, 2013 ; Huntjens *et al.*, 2020 ; Linehan *et al.*, 1999), etc. Toute utilisation de la TCD nécessite cependant une connaissance approfondie du modèle théorique sur lequel elle repose – la théorie biosociale – et de ses principes thérapeutiques – l'acceptation, le changement et la dialectique.

Chapitre 2

Structure de la TCD

Caroline Chiron, Samuel Rocher-Ney et Luisa Weiner

Ce chapitre traite de la structure bien particulière de la TCD. En effet, cette psychothérapie est reconnue pour son approche structurée et rigoureuse. Nous abordons tout d'abord la thérapie standard complète telle que décrite par Linehan (1993), puis les possibilités d'adaptation. Cette structure est avant tout présente pour soutenir les objectifs et les processus de la psychothérapie. Certaines informations ont été glanées au gré de nos lectures, de l'expérience de collègues et de notre propre expérience. Quand la structure respecte intégralement la description faite par Linehan (1993), elle s'appelle « TCD standard » ou *« comprehensive DBT »*. Quand celle-ci n'est pas complète, on considère que les adaptations en font une thérapie « éclairée par la TCD » ou *« informed DBT »*.

1. Comment est structurée la TCD standard *(comprehensive DBT)* ?

La TCD doit répondre obligatoirement à cinq fonctions clés (Rizvi *et al.*, 2013) :

- améliorer les capacités du patient ;
- améliorer la motivation du patient pour le changement ;
- assurer la généralisation des nouvelles compétences et capacités à tous les contextes pertinents ;
- structurer l'environnement ;
- améliorer les capacités et la motivation du thérapeute pour fournir une psychothérapie efficace.

Nous l'appelons TCD standard quand ces cinq fonctions sont remplies au travers de quatre modalités thérapeutiques de la TCD :

- le suivi individuel ;
- les groupes d'entraînement aux compétences ;
- le coaching téléphonique ;
- la consultation d'équipe.

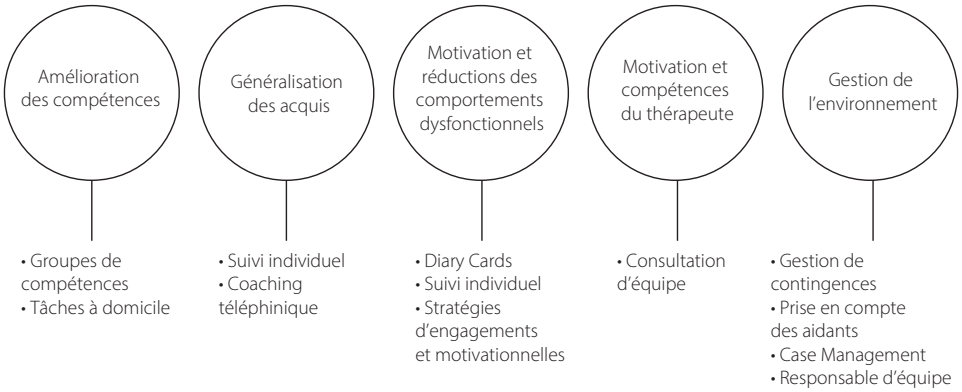


Figure 2.1. Les cinq fonctions de la TCD standard

Chacune de ces quatre modalités possède un ensemble précis de fonctions, qui se chevauchent avec d'autres modalités afin d'assurer une psychothérapie complète et la généralisation des progrès au fil des étapes.

D'après l'expérience de Dimeff *et al.* (2021), les programmes qui survivent et prospèrent sont ceux qui bénéficient d'un soutien institutionnel important et d'un chef d'équipe. Ainsi, le chef d'équipe doit pouvoir jouir d'une autorité naturelle au sein de l'équipe de TCD (par exemple, il a le plus d'expérience en TCD, il est superviseur…). Il doit également pouvoir assumer les responsabilités supplémentaires requises et posséder des compétences telles qu'une bonne capacité d'organisation et de communication. Les auteurs spécifient également que le chef d'équipe doit lui-même pratiquer la TCD, en individuel ou en groupe. Une personne ayant uniquement des fonctions d'encadrement sans pratique de la TCD ne peut pas l'être. Enfin, la fonction du chef d'équipe est de s'assurer que la TCD maintient une fidélité structurelle optimale, que les professionnels de l'équipe adhèrent aux manuels de traitement et qu'ils puissent continuer à accroître leurs compétences et surmonter les obstacles rencontrés.

Les étapes de la psychothérapie

La TCD s'organise en tenant compte des problèmes spécifiques auxquels est confronté le patient au moment de la rencontre, et donc des cibles thérapeutiques (voir ci-dessous). Ainsi, la psychothérapie suit le déroulé suivant, comme illustré dans la figure 2.2 (une illustration plus complète et en couleurs est également disponible dans les compléments numériques) :

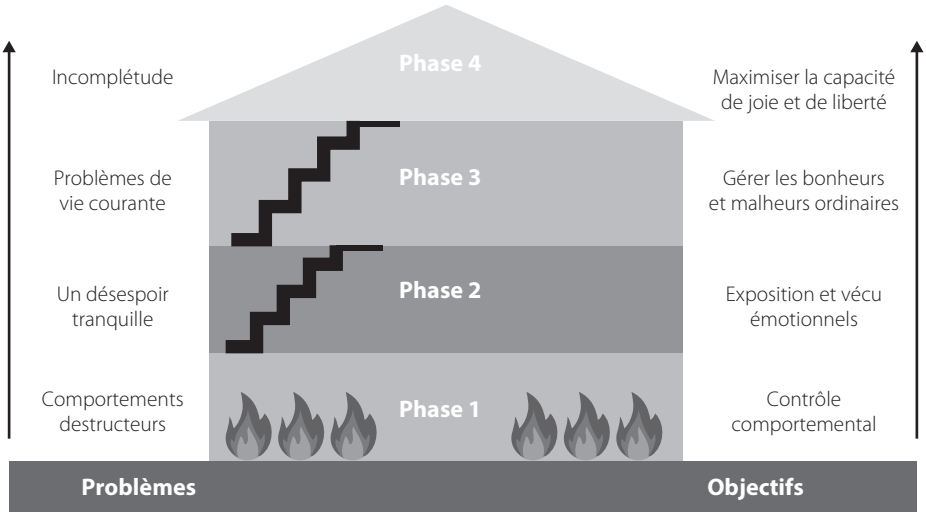


Figure 2.2. Objectifs de la thérapie en fonction de la hiérarchie des cibles thérapeutiques

- **Stade 0 – Prétraitement et orientation** (durée : trois, quatre séances) : phase durant laquelle le thérapeute et le patient s'accordent sur les objectifs. Pour cela, le modèle explicatif du TPB ainsi que la hiérarchie des cibles sont présentés clairement au patient. Une fois les objectifs fixés, chacun formule un engagement explicite dans la thérapie. Le thérapeute s'engage explicitement à accompagner le patient ; le patient s'engage explicitement à travailler afin d'atteindre les objectifs définis (par exemple, réduire les conduites autodommageables). Durant cette étape, mobiliser des stratégies d'engagement pour limiter le risque d'abandon de la thérapie est important. De plus, établir un plan de crise conjoint peut s'avérer nécessaire. Il s'agit alors d'identifier les ressources mobilisables (par exemple, une personne de confiance à contacter) pour gérer ensemble de façon efficace une éventuelle crise à venir.
- **Stade 1 – Traitements des conduites autodommageables** (durée : jusqu'à douze mois) : c'est une phase d'enseignement de stratégies visant à réduire l'ensemble des conduites autodommageables. Cela permet au patient d'être

plus efficace pour tolérer la détresse. Le renforcement de ces apprentissages par le thérapeute lui permet de rester motivé à investir la thérapie. De son côté, le thérapeute, exposé au progrès du patient, gagne également en motivation en plus de bénéficier du soutien de la consultation d'équipe. Une fois ces conduites autodommageables éteintes, la thérapie évolue vers un deuxième stade.

- **Stade 2 – Exposition aux émotions :** phase durant laquelle le patient apprend à accueillir ses émotions sans les éviter afin d'améliorer son fonctionnement socioprofessionnel. Pour cela, la priorité est de s'exposer aux émotions.
- **Stades 3 et 4 – Amélioration de la qualité de vie :** phase durant laquelle le patient, guidé par ses valeurs, fait des choix permettant de réduire des comportements ou des problèmes qui subsistent afin de se rapprocher d'« une vie qui vaille la peine d'être vécue ». Le stade 4 en particulier est centré sur l'augmentation de l'autonomie, la joie et l'accomplissement de soi.

Afin de franchir ces différentes étapes, la TCD standard s'appuie sur les quatre modalités précédemment citées, à savoir la psychothérapie individuelle, les groupes de compétences, le coaching téléphonique et la consultation d'équipe.

La psychothérapie individuelle

Être thérapeute individuel en TCD est ce qui exige le plus de formation. En effet, cette fonction implique d'être bien au fait des différents aspects de la TCD et de la TCC. Le thérapeute individuel supervise généralement le déroulement de la thérapie pour chacun de ses patients dans le programme de thérapie TCD standard. Linehan (1993) a ainsi attribué de nombreuses responsabilités possibles au thérapeute individuel, lui donnant un rôle central. Dans le cas où la thérapie standard est réalisée au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le thérapeute individuel peut partager certaines de ses responsabilités (par exemple, le *case management*, l'orientation vers d'autres thérapies, la généralisation des compétences) avec d'autres professionnels du service.

La psychothérapie individuelle a généralement lieu une fois par semaine. La séance est organisée en fonction d'une hiérarchie d'objectifs. Linehan (1993) a introduit dans le cadre du suivi individuel l'utilisation d'un *diary card*, ou journal de bord, à utiliser après la phase de prétraitement et permettant d'observer cette hiérarchie des cibles. Un modèle de *diary card* est disponible dans les compléments numériques.

FOCUS **La hiérarchie des cibles**

1. Les comportements qui mettent la vie en danger

Ce sont des comportements qui augmentent le risque d'atteinte à l'intégrité du patient (par exemple, tentative de suicide, automutilation) ou le risque de violence envers les autres.

2. Les comportements qui interfèrent avec la thérapie

Ce sont des comportements qui portent atteinte à l'investissement dans la thérapie (par exemple, annuler des séances, arriver en retard, ne pas pouvoir fixer d'objectifs clairs).

3. Les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie

Ce sont des comportements qui comprennent d'autres difficultés, comme une perte d'emploi, des problèmes de logement, des comorbidités psychiatriques ou une addiction (qui ne met pas la vie du patient en danger).

Ces séances se structurent à l'aide d'une chronologie visant à prendre en considération les préoccupations du moment tout en travaillant sur les objectifs déterminés à plus long terme.

Anamnèse et conceptualisation du cas

Il s'agit de recueillir des informations développementales et les difficultés actuelles du patient au regard du modèle bio-psycho-social. Outre cette partie descriptive et développementale, la conceptualisation du cas porte sur les cibles prioritaires du traitement selon la hiérarchie exposée précédemment. Puis, par l'utilisation de l'analyse en chaîne (AC), le comportement cible est observé en tenant compte des antécédents et de ses conséquences. L'objectif est alors de comprendre les variables qui favorisent son apparition et sa reproduction. La répétition de ces analyses en chaîne permet d'identifier des *patterns* comportementaux, lesquels seront au cœur du plan de traitement.

Plan de traitement

En fonction des évaluations établies, un plan de traitement est proposé en s'appuyant sur les quatre piliers de la TCD afin de favoriser la motivation du patient, l'acquisition de nouvelles compétences et leur généralisation. Entre les séances, le patient est invité à compléter un journal de bord. Il s'agit d'un document d'autoobservation permettant de mesurer quotidiennement différents comportements cibles (par exemple, consommation de substance, idée suicidaire, désir d'automutilation, mésusage de traitement…) ainsi que de consigner l'application des compétences TCD apprises en séance. Cela permet d'améliorer la conscience des pensées, émotions et comportements, motive à l'utilisation des stratégies et facilite le rappel mnésique en séance.

Évaluation de l'efficacité

Durant la mise en application du plan de traitement, sa pertinence est régulièrement évaluée dans un objectif d'efficacité. Chaque séance en individuel peut suivre également une chronologie spécifique.

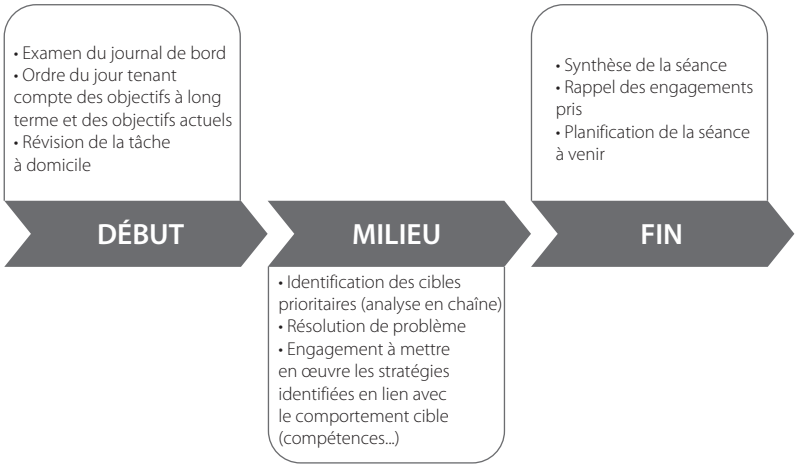


Figure 2.3. Structure générale d'une séance individuelle

Harned et ses collaborateurs (2022) montrent qu'une plus grande adhérence du thérapeute au modèle de la TCD standard prédit de manière significative moins de tentatives de suicide, moins d'hospitalisations et un risque d'abandon moins élevé, notamment pour les patients présentant des addictions.

Dans le suivi individuel, douze critères permettent d'évaluer l'adhérence aux principes de la TCD prédictifs des résultats positifs pour les patients. Un ensemble d'informations permettant de se conformer à ces principes est disponible en anglais (*The Dialectical Behavior Therapy Adherence Checklist for Individual Therapy* [DBT AC-I], 2021).

Le coaching téléphonique

À l'instar d'un entraîneur sportif qui prodigue des conseils en milieu de match, le contact avec le thérapeute principal a pour but de fournir une résolution de problèmes axée sur les compétences. Il propose aussi un accompagnement entre les séances, lorsque les patients sont dans leur vie réelle, confrontés aux problèmes avec lesquels ils luttent. Plusieurs contraintes peuvent peser sur la mise en œuvre de cette modalité. Il peut s'agir de contraintes légales (comme la limitation du temps de travail telle que définie par le Code du travail) ou personnelles (par exemple, le souhait de ne pas répondre aux appels de coaching hors des horaires de travail). La recherche indique cependant que le thérapeute principal peut s'attendre en moyenne à deux ou

“Un panorama complet de la TCD et de ses multiples champs d’action”

La thérapie comportementale dialectique (TCD) s’implante de plus en plus en francophonie au vu de son efficacité prouvée dans le traitement du trouble de la personnalité borderline, un trouble particulièrement compliqué à prendre en charge caractérisé par un haut risque suicidaire. Approche innovante, centrée sur la dialectique fondamentale de l’acceptation et du changement, la TCD accompagne les personnes présentant une dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère. Elle est adaptable en fonction des troubles psychiques, difficultés et contextes.

En plus des aspects théoriques, structurels, cliniques et de mise en œuvre de la TCD, ce livre en aborde les nouveaux champs d’applications :

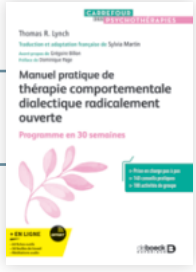
- les addictions ;
- le trouble du spectre de l’autisme ;
- les troubles alimentaires ;
- le trouble de stress post-traumatique…

Il s’intéresse également aux liens entre la TCD et d’autres approches psychothérapeutiques.

Ce véritable mode d’emploi de la TCD présente les spécificités pour une prise en charge adaptée au lieu de consultation et à la population accueillie.

- **Caroline Chiron** est psychologue clinicienne formée aux TCC, à l’ACT, à l’EMDR et à la TCD. Elle travaille en addictologie au CHU de Nantes ainsi qu’en libéral. Elle est également formatrice (TCC et TCD) à l’AFTCC et à l’Université de Nantes et superviseuse TCC.
- **Ueli Kramer** est directeur de l’Institut universitaire de psychothérapie de l’Université de Lausanne. Psychothérapeute DBT-LBC™, il a été président de la *European Society for the Studies of Personality Disorders*.
- **Avec la participation de** Luis Alvarez, Doha Bemmouna, Pierre Cardinal, Inès Clowez, Satchel Cohen, Lyne Desrosiers, Karen Dieben, Amaury Durpoix, Marion Jablonka, Marlène Jan, Laura Lunel, Sylvia Martin, Samuel Rocher-Ney, Dominique Page, Paula Pellegrini, Nader Perroud, Jean Petrucci, Hélène Poitras, Cassandra Préfontaine, Mario Speranza, Richard Toth, Sibylle von de Fenn, Sébastien Weibel, Luisa Weiner et Laure Woestelandt.

DANS LA MÊME COLLECTION





Prix : 32,90 €
ISBN : 978-2-8073-6720-3



livre écoresponsable

deboeck SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com