

« Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité »

Pierre Cousineau

Santé mentale au Québec, vol. 22, n° 1, 1997, p. 5-15.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502091ar>

DOI: 10.7202/502091ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éditorial

Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité

Pierre Cousineau*

La revue *Santé mentale au Québec* offre à ses lecteurs un numéro thématique sur l'intervention auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité limite ou borderline¹. Ce choix est judicieux puisque de nombreux cliniciens considèrent les patients limites comme étant les plus ardues à traiter. Plusieurs facteurs expliquent cette réputation de « patients difficiles »; nous choisissons d'en mentionner quelques-uns :

- Les patients limites jonglent régulièrement avec le suicide, autant en pensées qu'en gestes.
- Ils sont impulsifs, font souvent des passages à l'acte.
- Ils oscillent entre deux attitudes extrêmement polarisées face au thérapeute. (1) Ils l'idéalisent et s'y accrochent démesurément, ou encore, (2) le dévalorisent et le détestent à l'excès.

S'il fallait trouver un point commun à ces facteurs de difficulté, ce serait celui de l'intensité des réactions émotives ou contre-transférentielles déclenchées chez les cliniciens qui interagissent avec les patients limites. On peut y retrouver le fantasme du « sauveur », la réaction de mépris pur et simple (en écho au mépris du patient pour lui-même), le sentiment de colère, la peur des poursuites judiciaires, etc. Avec son humour toute en nuance, Masterson déclarait dernièrement (conférence à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, le 22 novembre 1996) qu'une partie de la littérature sur les patients borderlines décrivait plus les réactions des thérapeutes que les patients en tant que tels !

Il est impossible de s'immuniser contre le fait d'avoir des réactions émotives face aux patients limites (ce ne serait pas souhaitable non plus), mais il est possible de prévenir que ces réactions deviennent contre-thérapeutiques, voire même nuisibles pour le patient et/ou le thé-

* L'auteur, Ph. D., est psychologue en pratique privée.

rapeute. Pour ce faire, nous pensons que les cliniciens doivent tenir compte de deux ordres de réalité : la réalité objective (le *niveau objectif/rationnel*) et la réalité subjective (les *niveaux réactif et réflexif*)²

(1) Le *niveau objectif/rationnel*³ repose sur la connaissance des résultats de recherche et des concepts théoriques majeurs que l'on peut retrouver dans la littérature. Ces connaissances permettent de « mettre de l'ordre » dans le tableau clinique complexe et souvent déroutant présenté par les patients limites. Ainsi, en plus de leurs difficultés relationnelles et comportementales, il n'est pas rare que ces patients présentent en même temps, ou à des moments différents, plusieurs symptômes à l'Axe I (DSM-IV) :

Le patient limite peut présenter des symptômes autant anxieux que dépressifs, que psychotiques, que dissociatifs. De plus, l'usage et l'abus de substances peuvent compliquer le tableau clinique. (Morissette et Parisien, dans le présent numéro)

Dans la tempête, il est important de maintenir le cap et de ne pas disparaître avec le naufragé. Pour ce faire il est nécessaire d'avoir des points de repères, des balises. Ce sont les modèles empiriques et théoriques qui permettent de donner un sens, une direction à l'intervention, ou, dans certains cas, de faire le choix de l'intervention minimale, ou même, de la non-intervention⁴.

Les différents théoriciens du trouble de personnalité limite ne mentionnent pas toujours clairement qu'il existe différentes catégories de patients limites (Paris, dans ce numéro). À un bout du continuum, on retrouve les patients limites peu fonctionnels ; ils répondent en général aux critères du DSM-IV, ils sont socialement inadaptés, ils sont impulsifs, ils ont une faible capacité d'insight. À l'autre bout du continuum, on retrouve les patients limites plus fonctionnels : ils fonctionnent raisonnablement bien au plan social (plus difficilement dans leurs relations intimes), ils ne répondent pas nécessairement aux critères du DSM-IV, ils sont moins impulsifs, ils ont une meilleure capacité d'insight. On retrouve entre ces deux pôles toutes les variétés de personnalité limite, de fonctionnelles à dysfonctionnelles. L'existence d'un tel continuum pourrait expliquer les nombreuses divergences retrouvées dans la littérature quant à l'efficacité d'un mode thérapeutique spécifique avec le trouble de personnalité limite (Paris, dans ce numéro).

(2) Le *niveau réactif* fait référence aux réactions émotives ou contre-transférentielles du clinicien. Qu'il en soit conscient ou non,

qu'il veuille l'utiliser ou non, ce niveau jouera quand même. Ceci est d'autant plus important avec les patients limites : des personnes présentant une très grande intensité affective provoquent habituellement des réactions émotives intenses de la part de l'environnement. Le niveau réactif est entre autre responsable du désormais célèbre clivage régulièrement observé dans les équipes traitantes : une partie du personnel accusant l'autre d'être soit trop complaisante, ou inversement, trop intransigeante avec le patient limite.

Idéalement, la prise de conscience (*niveau réflexif*) de ses réactions permet au clinicien de les utiliser de façon constructive à l'intérieur de l'intervention. Plus l'intervention est longue et intensive, plus cette dimension s'avérera importante.

Dans ce numéro thématique sur le trouble de personnalité limite, le lecteur trouvera à la fois information et matière à réflexion sur l'intervention auprès de ces patients. Nous en soulignons des éléments importants.

La dimension biologique

Confirmant l'observation clinique de plusieurs professionnels, la médication ne s'avère pas être très efficace dans l'intervention auprès des patients limites (Paris, dans ce numéro). Au mieux elle aurait un certain effet sur l'impulsivité ; elle est cependant nécessaire lors d'épisodes psychotiques. Malgré cette faible efficacité, il n'est pas rare de retrouver des patients limites recevant une importante médication. Paris se demande si elle est de fait donnée pour traiter les patients ou pour rassurer les intervenants (i.e., le *niveau réactif*).

Évidemment le fait de ne pas disposer d'une médication efficace pour le moment n'élimine pas la possibilité qu'on en trouve un jour (Paris, dans ce numéro). Des cliniciens importants, provenant surtout de l'école cognitive-comportementale, pensent qu'une certaine prédisposition biologique (notion de tempérament) est nécessaire à l'éclosion d'un trouble de personnalité limite (voir Bégin et Lefèbvre pour la théorie de Linehan ; Cousineau et Young pour la théorie de Young). La personnalité limite éprouverait des difficultés avec la régulation et la modulation de ses émotions⁵.

Par ailleurs qu'ils croient ou non à une prédisposition biologique, la majorité des cliniciens pensent que les patients limites proviennent de familles dysfonctionnelles dans lesquelles ils ont subi des traumatismes psychologiques significatifs (voir Orcutt ; Bégin et Lefèbvre ; Lageix et Steiger ; Cousineau et Young). Des recherches rétrospectives nombreuses rapportent la fréquence d'événements traumatiques dans l'enfance : abus

sexuel, abus physique, exposition à des scènes de violence familiale, histoires de séparation et de perte précoces... (cf. Lageix et Steiger).

L'hospitalisation

La pertinence de l'hospitalisation d'un patient limite, et le cas échéant, le type d'intervention ainsi que la durée de l'hospitalisation, sont des sujets fréquents de controverse dans les milieux psychiatriques. Le niveau d'émotivité entourant ces questions est parfois étonnant (i.e., le *niveau réactif*). Ainsi il arrive d'assister à des tensions importantes entre des membres de l'équipe soignante, à des menaces de débrayage de la part du personnel si tel patient est hospitalisé, etc.

La tendance actuelle favorise une approche centrée sur la résolution de la crise :

...pour la majorité des patients, l'hospitalisation sera brève, contiendra les crises, identifiera les problèmes et favorisera la normalisation des comportements pour un retour rapide à la communauté et à un suivi externe. (cf. Morissette et Parisien)

Il serait aussi possible d'envisager d'autres modalités de réponse à un patient limite en crise comme l'hospitalisation de jour avec cédule et limites claires, visites plus fréquentes en clinique externe, centre de crise, etc. (cf. Paris ; Morissette et Parisien). Une préoccupation importante est de ne pas encourager la régression et empirer la situation.

Il faut éviter qu'une hospitalisation brève (au départ) se prolonge parce qu'on ne réussit pas à donner congé au patient qui passe à l'acte. L'hospitalisation devient alors réactive, non proactive, et le traitement actif du patient est sacrifié, les thérapeutes ne se concentrant que sur le congé du patient. Si une date est prévue pour le congé du patient, il faut garder le cap, malgré les comportements du patient. (cf. Morissette et Parisien)

Il est important, par ailleurs, de ne pas adopter d'emblée une attitude négative (i.e., le *niveau réactif*) face aux patients limites, souvent considérés comme dérangeants, attitude qui amènerait à ne pas les évaluer ou à ne pas leur prodiguer des soins de façon adéquate (voir Morissette et Parisien).

Par ailleurs plusieurs cliniciens réputés croient que l'hospitalisation prolongée est justifiée dans certains cas : des patients présentant une dangerosité importante, par exemple, selon Morissette et Parisien.

Dans notre milieu, l'Institut Philippe Pinel en constitue un exemple intéressant. Cependant il apparaît important que ce type d'hospitalisation se fasse dans des milieux spécialisés :

On se rappellera que le traitement hospitalier à long terme du patient « limite » est une entreprise majeure qui requiert une unité spécialisée et des ressources humaines substantielles. (cf. Morissette et Parisien)

Un des avantages d'un milieu spécialisé est de favoriser la cohérence dans l'intervention du personnel, outil fort utile avec la personnalité limite.

Le risque suicidaire

De tous les problèmes présentés par le patient limite, le risque suicidaire est celui qui soulève le plus important malaise (cf. Paris) chez le clinicien (i.e., le *niveau réactif*). Ce malaise repose à la fois sur la préoccupation pour l'autre (la vie du patient, l'impact négatif sur ses proches, etc.) et sur la préoccupation pour soi (la crainte de l'échec, des poursuites judiciaires, etc.).

Sur ce point, le commentaire de Paris, reconnu mondialement pour son expertise sur le trouble limite, est plutôt percutant :

Des études de suivi (Paris et al., 1987 ; Stone 1990 ; Silver et Cardish, 1991) montrent que presque 10 % des patients borderlines vont éventuellement se suicider.

Bien que la tendance chronique au suicide soit bouleversante, elle fait partie intégrante de ce trouble. Le thérapeute est donc bien avisé de l'accepter. Aucune donnée ne nous permet de penser actuellement que nous pourrions empêcher ces patients de se suicider. Et même, tenter de le faire en hospitalisant le patient pourrait accroître le risque d'empirer la situation. (Paris, dans ce numéro)

L'approche avec le risque suicidaire gagne à être dialectique, plutôt que polarisée. Il faut d'une part évaluer le risque suicidaire imminent : le patient est-il en état de crise aiguë (cf. Morissette et Parisien) ? Le cas échéant, on lui offre une protection à court terme. Il faut d'autre part éviter de centrer toute l'intervention sur la prévention du suicide (cf. Paris), parce que (1) on n'a pas de moyens éprouvés pour ce faire et que, même pire, (2) on risque, en ce faisant, de renforcer le

risque suicidaire. La position de Linehan sur le sujet est fort intéressante : sa thérapie, dit-elle, n'est pas un système de prévention du suicide, mais plutôt un programme d'amélioration de la qualité de la vie⁶. Une qualité de vie améliorée constituera la meilleure façon de diminuer le risque suicidaire chronique. Comment un clinicien qui centrerait essentiellement son action sur la prévention du suicide pourrait-il travailler à l'amélioration de la qualité de vie du patient ?

Les patients limites souffrent terriblement et ils éprouvent régulièrement un profond sentiment d'impuissance face à cette souffrance. Pour plusieurs l'option du suicide est une façon d'affirmer leur pouvoir sur leur vie ; souvent d'ailleurs, ils croient que c'est le seul pouvoir qui leur reste. Adopter une position intransigeante sur ce point pourrait même comporter certains risques :

Selon Fine et Sansone (1990), certains patients borderlines ont besoin d'être suicidaires. Quand on n'a aucun pouvoir sur sa vie, on peut au moins choisir sa façon de mourir. À ce point de vue, les thérapeutes devraient être prudents avant d'enlever un mécanisme de *coping* qui reste utile. Pour certains patients, seul le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet de continuer à vivre. (cf. Paris)

Il n'y a rien dans cette réflexion pour réassurer le clinicien anxieux qui a besoin de solutions simples, nettes et précises. Le patient limite nous entraîne, bien souvent malgré nous, dans le domaine de la réflexion éthique, philosophique, légale. Le rapport au patient limite en est un de clinicien à patient, mais aussi d'être humain à être humain dans toute leur dimension existentielle propre.

Le contre-transfert

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il est impossible de s'immuniser contre le fait d'avoir des réactions émotives face aux patients limites. L'interprétation et l'utilisation que font les cliniciens de ces réactions varient considérablement et, encore ici, les positions peuvent être fortement polarisées. À un pôle du continuum, le clinicien attribue l'entière responsabilité de ses réactions à l'attitude du patient :

Le contre-transfert n'est souvent rien de plus que ces réactions que d'autres personnes ont aussi envers le patient. Si les patients leur manquent de considération ou sont injustement fâchés, les thérapeutes ont tout à fait le droit d'en être ennuyés. (cf. Paris)

À l'autre pôle du continuum, le clinicien s'attribue ou, plus fréquemment, attribue aux autres membre de l'équipe traitante l'entière responsabilité du comportement difficile du patient.

À l'instar de Linehan⁷, nous pensons que l'intervention auprès de patients limites nécessite une forme de supervision / consultation pour contrebalancer la tendance des cliniciens à présenter des réponses fortement polarisées (blâmer le patient ou déresponsabiliser le patient). Ces réponses trop polarisées (i.e., le *niveau réactif*) sont compréhensibles lorsqu'on prend en compte le nombre et la sévérité des facteurs de stress liés au traitement des patients limites : gestes suicidaires, menaces suicidaires, hostilité, souffrance aiguë du patient, lenteur du processus thérapeutique, etc.⁸ Le recours à une forme de supervision / consultation favorise le passage du *niveau réactif* au *niveau réflexif* et protège cliniciens et patients de réponses impulsives et potentiellement nocives.

Pour les cliniciens qui choisissent d'intervenir intensivement et à long terme avec les patients limites, la dimension réaction émotive / contre-transfert devient pour ainsi dire incontournable. Le patient limite, lorsqu'il le fait, investit la relation thérapeutique de façon entière, absolue, que ce soit positivement ou négativement. Souvent même, la relation avec le thérapeute devient la relation privilégiée durant une période significative du processus thérapeutique. Une telle intensité relationnelle soulève inévitablement des affects chez le thérapeute. Cette réalité n'est pas un problème en soi, mais peut le devenir si elle est ni comprise, ni utilisée adéquatement.

Pour le thérapeute d'orientation psycho-dynamique, la prise de conscience de son contre-transfert est un outil essentiel à la démarche psychothérapeutique intensive avec le patient limite. En effet le patient aura tendance à y reproduire de façon intégrale⁹ et compulsive (acting-out transférentiel) des patterns interactionnels issus de son enfance. Pour Orcutt de l'école de Masterson, le thérapeute se doit donc d'être conscient de ses propres réactions émotives afin d'éviter la répétition pure et simple de ces patterns dysfonctionnels à l'intérieur de la relation thérapeutique :

Tout comme l'acting-out transférentiel du borderline est une réponse globale au thérapeute, le contre-transfert du thérapeute au borderline inclut « toutes les réactions émotives du thérapeute qui entravent son travail thérapeutique avec le patient » (Masterson, 1983). Quand le thérapeute perd sa neutralité et agit à partir de ces émotions, il en résulte un acting-out contre-transférentiel. (Orcutt, dans ce numéro)

Le concept de contre-transfert dans un sens large ne se limite plus aux seules écoles psycho-dynamiques. Ainsi le patient limite a obligé des thérapeutes d'orientation cognitive / comportementale à faire une place à ce concept dans leurs interventions avec lui. Young insiste pour que les thérapeutes soient conscients de leurs propres schémas et de la façon dont ils interviennent dans le traitement du patient limite¹⁰; Linehan encourage la supervision / consultation pour que les thérapeutes demeurent le plus dialectique possible¹¹, etc. Layden, Newman, Freeman, Byers-Morse¹², issus de l'école bec-kienne de Philadelphie, définissent le contre-transfert de la façon suivante :

En thérapie cognitive, le contre-transfert représente la totalité des réponses du thérapeute au patient, incluant les pensées automatiques, les croyances ou schémas activés, les émotions, les actes, les intentions, ainsi de suite. Ces réponses peuvent être facilement observables et accessibles à partir de la réflexion ou de l'observation, ou peuvent exiger une exploration de soi plus grande avec l'objectif de s'en rendre compte et de les réévaluer rationnellement <...>

De ce point de vue, le contre-transfert est perçu comme quelque chose qui ne soulève pas nécessairement un problème qui doit être résolu, mais comme une indication qui peut être utilisée pour examiner de plus près les particularités de la relation thérapeutique <...>

En examinant rationnellement et objectivement leur propre colère, leur découragement, leur peur, et leur attirance envers le patient, les thérapeutes cognitifs ont une opportunité en or d'identifier les enjeux fondamentaux qui sont à la source d'une partie importante de la souffrance du patient dans sa vie personnelle. (Layden et al., 116-117)

Il est intéressant d'observer que deux courants théoriques majeurs partis de postulats de base situés aux antipodes l'un de l'autre, soit l'approche psycho-dynamique et l'approche cognitive accordent une importance (même si relativement différente) à la réaction du thérapeute (i.e., le *niveau réactif*) aux patients limites et à la nécessité d'une forme de réflexion / observation sur cette réaction (i.e., le *niveau réflexif*). On peut penser que cela tient aux caractéristiques propres de la relation avec le patient limite.

Conclusion

Depuis quelques années le trouble de la personnalité limite suscite un très grand intérêt. Le nombre de publications et d'ateliers portant sur ce sujet n'a cessé de croître, des données de recherche sont apparues, de nombreux modèles d'intervention provenant d'approches théoriques différentes sont proposés.

Sur le plan objectif, l'impact des travaux de Linehan¹³ est considérable. Même si ses résultats empiriques sont encore difficiles à évaluer étant donné la quantité importante des variables spécifiques et non spécifiques en cause, ils marquent l'entrée de la recherche empirique dans un champ qui semblait jusqu'à tout dernièrement hors de sa portée. Cette percée est majeure pour le domaine du traitement du trouble limite : elle interroge les cliniciens de diverses allégeances théoriques sur la dimension efficacité de leur traitement. Par ailleurs, les résultats de Linehan, aussi intéressants qu'ils puissent être, ne répondent pas à toutes les questions : l'approche dialectique comportementale est efficace avec la dimension comportementale, moins avec la dimension expérientielle ; il n'est pas dit que d'autres approches ne pourraient arriver à des résultats similaires ; il est très difficile de mesurer l'impact d'une intervention sur des structures conceptuelles complexes comme les introjections ou les projections, etc. Il importe donc pour le moment de demeurer dialectique (concept cher à Linehan) en permettant un juste équilibre entre des données de recherche et des approches théoriques reposant sur le « poids d'une validation clinique ». ¹⁴ Une dimension doit entraîner l'autre, elles doivent s'influencer mutuellement.

Sur le plan objectif/rationnel, le clinicien soucieux de se renseigner peut maintenant trouver des points de repère, des balises qui serviront à le guider dans son intervention. Il est intéressant d'observer, que malgré la très grande complexité de la personnalité limite et la diversité des approches, certains consensus commencent à se dégager ; celui de favoriser, dans la majorité des cas, des hospitalisations centrées sur la résolution de la crise en est un exemple. D'autres sujets demeurent par ailleurs plus controversés, celui de l'intervention minimale vs. l'intervention plus intensive, par exemple. Dans ces cas, il faut encore faire preuve de capacité dialectique plutôt que de se cantonner dans des positions polarisées et radicales qui, en bout de ligne, desservent tout le monde. On peut penser que ces conceptualisations représentent des facettes différentes de la réalité complexe du trouble limite. Ainsi l'intervention stratégique axée sur l'adaptation pourrait s'avérer l'intervention de choix lorsque le patient est continuellement

dans l'agir, mais ne devrait pas empêcher une éventuelle intervention plus intensive s'il commence à démontrer une capacité à contenir ses affects dysphoriques.

Sur le plan subjectif, nous avons beaucoup insisté sur le fait que les cliniciens peuvent difficilement rester neutres lorsqu'ils interviennent auprès de patients limites. Nous pensons qu'il vaut mieux prendre conscience de ces réactions plutôt que de chercher à les minimiser, à les nier ou à en attribuer la responsabilité entière aux patients. Il n'est pas facile d'intervenir auprès de ces patients et c'est une réalité avec laquelle nous devons vivre. Les patients limites nous questionnent dans nos dimensions existentielle, philosophique, éthique. Il n'y a pas de réponses simples à de tels enjeux.

L'intensité affective présente dans la relation avec le patient limite est un terrain propice à la réactivation de patterns interactionnels primitifs (introjections, schémas...). La responsabilité de ne pas permettre une répétition pure et simple de ces patterns incombe d'abord au clinicien puisque c'est lui qui, en principe, possède la formation pour ce faire. Un des patterns interactionnels les plus destructeurs est celui du manque de respect, de l'abus (dimension régulièrement rapportée par les psychothérapeutes et de nombreuses recherches rétrospectives). Le manque de respect peut jouer dans les deux sens : le clinicien qui manque de respect envers le patient ou, inversement, le patient qui manque de respect envers le clinicien. Il est, à notre avis, extrêmement important de demeurer vigilant pour ne pas reproduire de tels patterns interactionnels qui ne servent la cause de personne.

Comme on a pu le voir, l'intervention auprès des patients limites est une entreprise difficile, exigeante, parfois même très frustrante en raison de leurs nombreuses stratégies dysfonctionnelles au plan interpersonnel en particulier. Ce n'est cependant qu'un côté de la médaille. De l'autre côté la souffrance de ces patients ainsi que leur immense besoin d'être compris et apprécié peut rendre la relation thérapeutique extrêmement riche au plan humain. C'est une facette sur laquelle on n'insiste malheureusement pas assez souvent.

Notes

1. La version française du DSM-IV (Masson, Paris, 1996) utilise maintenant l'expression « personnalité borderline »
2. Nous nous sommes inspirés librement de l'article de Bouchard, M-A, Normandin, L. et Frôté, P., 1994, De l'écoute à l'interprétation : une approche des phénomènes de contre-transfert, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 15, n° 1; voir aussi l'interview de Marc-André Bouchard

par Diane Côté dans *Psychologie Québec*, vol. 14, n° 1, janvier 1997. Rappelons que les recherches de Marc-André Bouchard *et collaborateurs* ont porté sur les états mentaux du psychothérapeute dans la relation avec son client. Dans le mode Je-Cela, le psychothérapeute tente de se situer comme observateur non participant (niveau objectif/rationnel). Dans le mode Je-Tu, le psychothérapeute devient un sujet participant (niveaux réactif et réflexif).

3. Pour Marc-André Bouchard *et collaborateurs*, le niveau objectif/rationnel dépasse le seul savoir théorique du psychothérapeute Il inclut aussi son expérience clinique, ses observations...
4. Nous faisons ici référence à l'approche stratégique de D. Dawson, 1993, *Relationship Management of the Borderline Patient*, Brunner/Mazel, New York.
5. Linehan, MM., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York.
6. Linehan, MM., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York.
7. Linehan, MM., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York, ainsi que l'article de Bégin et Lefebvre dans le présent numéro.
8. Linehan, MM., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York.
9. Par exemple, le patient exigera du thérapeute un investissement comparable à celui qu'il aurait espéré obtenir de sa mère.
10. Young, JE., 1992, *Cognitive therapy for personality disorders*. Enregistrement sur cassettes d'un symposium donné au Cape Cod Summer Symposia, New England Educational Institute, Pittsfield, MA.
11. Linehan, MM., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York, ainsi que l'article de Bégin et Lefebvre dans le présent numéro.
12. Layden, MA., Newman, C.F., Freeman, A., Byers Morse, S., 1993, *Cognitive therapy of borderline personality disorder*, Allyn and Bacon, Boston.
13. Linehan, M. M., 1993, *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford, Press, New York, ainsi que l'article de Bégin et Lefebvre dans le présent numéro.
14. Masterson, J., 1985, *The real self*, Bruner/Mazel, New York : « La matière, l'épine dorsale de ce livre, provient de l'observation intensive, de la vérification et de la re-vérification d'hypothèses cliniques avec un nombre important de patients, sur plusieurs années, et porte ainsi son propre poids de validation clinique » p. 6.