

Patients borderline : l'atelier

Un binôme psychologue infirmier propose à des patients souffrant de troubles borderline un atelier pour réguler leurs émotions et expérimenter une relation sécurisée à l'autre, dans une perspective de « réparer » leur modèle d'attachement.

À l'heure où la psychiatrie publique manque dramatiquement de moyens et où les files d'attente pour rencontrer un psychologue en Centre médico-psychologique (CMP) s'allongent, il est urgent de réfléchir à des protocoles de soins efficaces pour ces patients « difficiles » que sont les personnes souffrant de trouble borderline. De ce défi est né début 2015, dans notre service, un dispositif de soin groupal pour ces patients dont les résultats (sur 30 usagers à ce jour) sont très encourageants. Nommé « Émotions et attachement », cet atelier tente par son cadre et son contenu de répondre de façon pragmatique à deux questions : de quoi souffrent avant tout les patients borderline ? De quoi ont-ils besoin pour aller mieux ?

UNE MALADIE DU LIEN

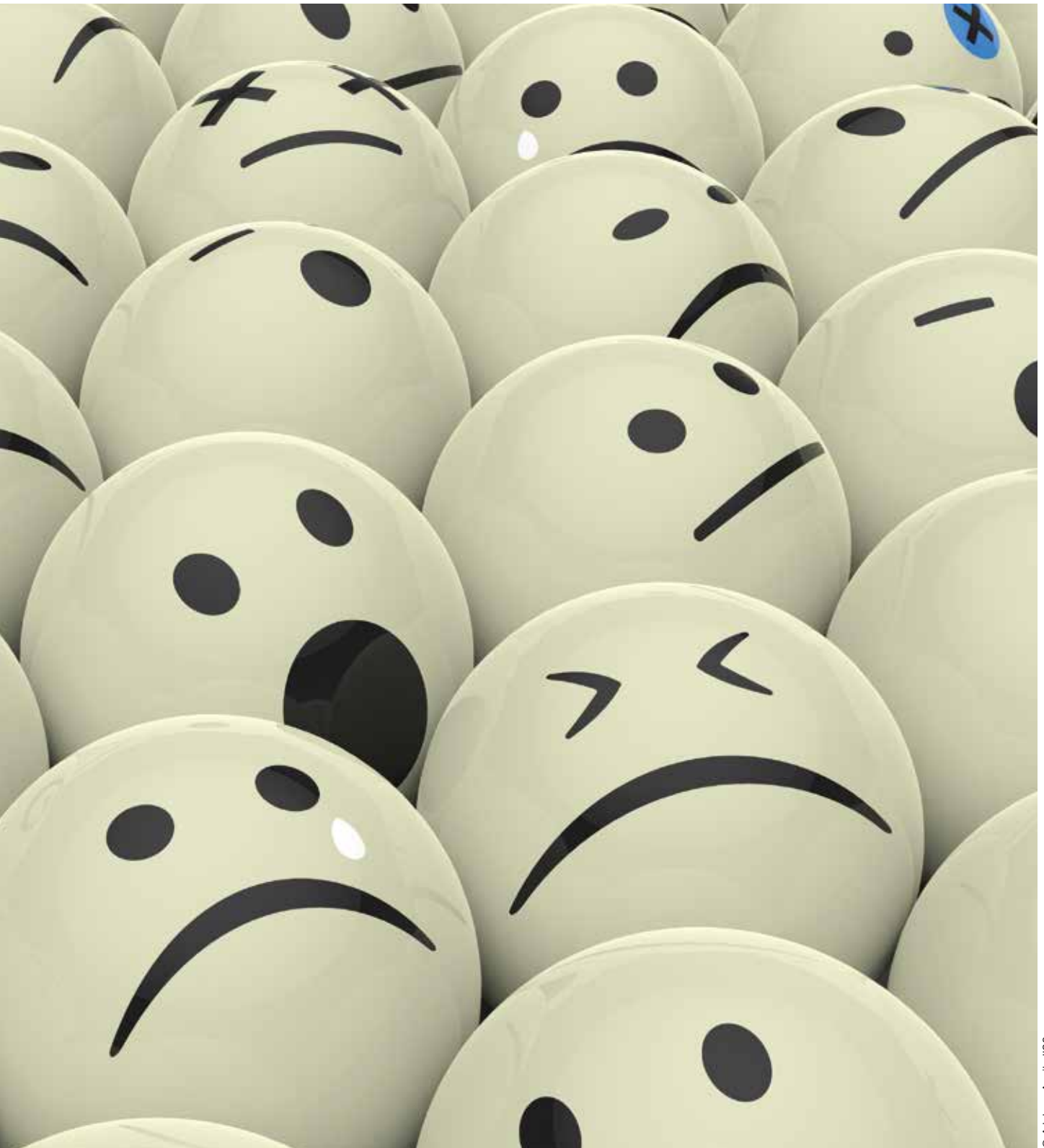
La pathologie borderline se caractérise par une immense difficulté à réguler ses émotions, qui se traduit par des

Gwenaëlle PERSIAUX

Psychologue, CMP de Firminy, CHU de Saint-Étienne.



« Émotions et attachement »



© Adobe - Annibel182.

passages à l'acte et une vie relationnelle chaotique (1). Le DSM-5 définit la personnalité borderline comme un « *mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers* » (voir encadré ci-dessous). Un travail spécifique est alors toujours nécessaire à un moment ou à un autre du suivi individuel pour permettre au sujet d'identifier, de verbaliser puis de commencer à mieux réguler ses émotions. Cet aspect de la prise en charge prend du temps, ce qui pose problème. Ces patients consultent en effet souvent en état de crise relationnelle, qu'il faut alors régler avant tout autre chose. Le travail de fond est de fait remis à plus tard. Par ailleurs, le trouble borderline est une maladie du lien. La théorie de l'attachement développée par Bowlby explique comment les blessures relationnelles précoces (deuil, séparation, abus...) fragilisent la base narcissique de l'individu et génèrent des attachements insécures, dont souffrent 95 % de ces patients borderline (Levy, 2005) (2). C'est par le lien insécure à l'autre que les traits borderline se cristallisent dans la souffrance et c'est donc en restaurant un lien à l'autre sécure qu'ils peuvent guérir. Dans les meilleurs cas, cet autre enfin sécurisant est un ami cher ou un partenaire amoureux, ce

qui reste rare, ces individus s'attachent souvent à des compagnons également insécures, avec lesquels peuvent perdurer leurs croyances dysfonctionnelles sur la relation à soi et au monde.

Dans une prise en charge réussie, un soignant parvient à incarner cet autre sécurisant, en tissant un lien de confiance suffisamment solide dans la relation thérapeutique pour la transformer en relation d'attachement, réparant ainsi le vécu interpersonnel passé. L'expérience relationnelle correctrice peut également être apportée par un groupe bienveillant et soutenant, composante que nous retrouvons dans les dispositifs type Alcoooliques Anonymes (AA).

Les patients aux traits borderline souffrent donc à la fois d'une mauvaise régulation de leurs émotions et de blessures d'attachement, deux aspects étroitement liés. Ils ont besoin d'apprendre à mieux comprendre et réguler leurs affects et de vivre des expériences de lien à l'autre enfin positives et sécurisantes pour modifier peu à peu leurs modèles internes (Bowlby, 1969). Dans cette perspective, un dispositif thérapeutique de groupe visant à l'apprentissage de la régulation émotionnelle s'impose, mais les initiatives restent rares en France.

– Aux États-Unis, la **Thérapie dialectique comportementale dialectique** (TDC) (voir encadré p. 21), développée par la psychologue Marsha Linehan, a montré son

efficacité dans le trouble borderline. Le travail de groupe est un des piliers de cette approche (Linehan, 1993). La TDC emprunte à des techniques de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et de **Pleine conscience** (voir encadré p. 21) (3), enseignés à des groupes de six à huit patients deux heures par semaine pendant 12 mois. En France, le Dr Mehran, véritable pionnière, a mis en place avec succès pendant plusieurs années à l'hôpital Sainte-Anne des séances de groupe pour patients borderline inspirées de ce modèle (Mehran, 2011).

– Développée en particulier pour ces patients borderline, la **Thérapie basée sur la mentalisation** (TBM) (voir encadré) de Bateman et Fonagy encourage également les dispositifs groupaux pour accroître la capacité de la personne à mentaliser, c'est-à-dire à comprendre l'expérience humaine comme étant sous-tendue par les besoins, émotions, motivations et intentions de chacun (Bateman & Fonagy, 2009). Les auteurs ont en effet montré que les patients borderline souffrent d'un défaut de mentalisation : pensée binaire, schémas cognitifs dysfonctionnels, sous ou sur-mentalisation... Le travail en groupe permet alors de favoriser une meilleure mentalisation de chacun par l'observation des interactions et la médiatisation de l'animateur.

UN DISPOSITIF STRUCTURÉ

Notre atelier « Émotions et attachement » s'inspire de ces deux approches. Coanimé par une psychologue clinicienne et un infirmier, il réunit un groupe fermé de six à huit patients, pour 15 séances hebdomadaires de deux heures réparties sur quatre mois. Tous ces patients présentent des traits borderline tels que définis par le DSM-5 et le questionnaire PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*) (Hyler, 1994) (4).

Contrairement aux groupes de TDC de M. Linehan, qui réunissent surtout des patients borderline aux formes graves et s'appuient sur le travail de toute une équipe, notre atelier accueille des patients souffrant de formes plus modérées. Ils ont déjà été hospitalisés et présentent des comportements autodestructifs (tentatives de suicide notamment) mais ils sont plus ou moins stabilisés et relèvent davantage de suivi ambulatoire en CMP.

Pour créer un cadre sécurisant, l'atelier est très structuré.

Critères de la personnalité borderline selon le DSM-5

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts éfrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

• **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5, APA, Elsevier-Masson, 2015.**

- La première heure démarre toujours par un exercice corporel de centrage sur soi et d'ancrage dans le temps présent (basé sur les principes de la Pleine conscience) puis par un temps de partage informel sur la semaine écoulée : météo émotionnelle du jour, retour sur les tâches demandées la semaine précédente, débat éventuel sur une situation vécue par l'un ou l'autre...
- La deuxième heure est consacrée à des enseignements théoriques accompagnés d'exercices pratiques. Différents thèmes sont abordés : les émotions de base et leurs fonctions, les techniques de régulation émotionnelle, l'insécurité affective et l'attachement insécurité, la mentalisation et les croyances dysfonctionnelles. Cette deuxième partie permet aux patients de mieux comprendre leur fonctionnement, leurs blessures, les répétitions douloureuses de leur vie et leurs symptômes. Afin d'évaluer l'efficacité de ce dispositif, quatre auto-questionnaires sont utilisés, mesurant différentes dimensions personnelles : l'estime de soi, la symptomatologie, la régulation émotionnelle et la sécurité d'attachement. À ce jour, après cinq sessions sur trois ans et 30 patients au total, nous disposons des résultats complets pour 17 d'entre eux (5). Les écarts avant-après atelier montrent une amélioration significative pour les quatre dimensions.
 - l'estime de soi a augmenté en moyenne de 5 points sur l'échelle de Rosenberg (1965) (6).
 - La symptomatologie évaluée par la BSI (*Brief Symptom Inventory*, Derogatis, 1983) (7) s'est améliorée : l'index moyen de sévérité des symptômes (*Global Severity Index*) descend ainsi de 1,66 à 1,17 en moyenne (la valeur seuil au-dessus de laquelle les symptômes sont considérés comme cliniques est de 1,39).
 - La régulation émotionnelle est meilleure également et baisse de 27 points à la DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004) (8).
 - Enfin, la sécurité d'attachement au global, mesurée avec l'AAQ (*Adult Attachment Questionnaire*, Hazan & Shaver, 1987) (9), progresse, avec une nette diminution du nombre de patients présentant un attachement désorganisé ou craintif (de 14 à 7) et l'apparition de 2 patients sécures (10).

EXPÉRIMENTER UN GROUPE SÉCURÉ

Selon nous, plusieurs facteurs expliquent ces bons résultats.

- Avant tout, **l'aspect collectif paraît central et essentiel**. Le rythme soutenu (fréquence

hebdomadaire et nombre important de séances) et les thèmes abordés, qui touchent à l'intime, créent un lien fort entre tous les participants, y compris les animateurs. L'enjeu premier du binôme psychologue infirmier est de favoriser, dès la première séance, une atmosphère de confiance et de bienveillance dans le groupe pour que chacun dispose d'un lieu de sécurité où déposer ses bagages émotionnels et y puise force et motivation. Nous pouvons faire le parallèle avec les deux fonctions d'une figure d'attachement parentale sécurisante telle que l'a défini Bowlby : un parent sécurisant reconforte son enfant en cas de stress en lui apportant soutien et proximité puis, une fois celui-ci apaisé, il l'encourage à explorer le monde et favorise son autonomie. En participant au groupe, les patients trouvent du soutien mais aussi de l'énergie pour leur quotidien.

- **Cet atelier**, par sa structure et son programme, **tend ainsi à reproduire une relation d'attachement sécure** entre les participants et l'entité groupe. « *C'est la première fois de ma vie que je sentais qu'ici je pouvais parler à des gens qui n'allaient pas me juger et même m'écouter* », confie Renée (11) lors du bilan. Caroline témoigne : « *Quand on a réfléchi ensemble au problème de Nicolas, c'était super parce qu'il était tout ému qu'on trouve des idées pour lui... moi du coup aussi ça m'a fait quelque chose.* » Ce groupe constitue un puissant moteur de guérison pour ces personnes souffrant de blessures d'attachement profondes. Cette

Trois approches thérapeutiques

- **La Thérapie dialectique comportementale (TDC)** s'inspire des théories cognitives et comportementales, de la philosophie (principe dialectique) et des pratiques de méditations zen (l'accent est mis sur la notion d'acceptation et de non-jugement). L'objectif est d'apprendre à repérer et modifier les comportements systématiques qui entraînent tristesse, angoisse..., à tolérer la détresse et à gérer ses conflits interpersonnels. Une place particulière est destinée à la « prise de conscience » de soi dans l'ici et maintenant, qui invite la personne à être pleinement conscient et à accepter ses états émotionnels.
 - Inspirée par les traditions bouddhistes, **la méditation de pleine conscience (ou Mindfulness)**, initiée par J. Zabat-Zinn, consiste à garder une conscience éveillée à la réalité présente, à être en relation avec sa propre expérience (ce que nous percevons avec les 5 sens, nos sensations corporelles, nos pensées). Elle résulte du fait d'orienter volontairement l'attention sur son expérience présente et de l'explorer avec ouverture, qu'elle soit agréable ou non, tout en développant une attitude de tolérance et de patience envers soi. Elle comprend des pratiques méditatives formelles (centrées sur la respiration, le corps, les sons...) et informelles (inscrites dans les actes du quotidien).
 - **La Thérapie basée sur la mentalisation (TBM)** est une approche psychothérapeutique visant à retrouver la faculté de comprendre l'autre, de se mettre à sa place et d'entrevoir ce qu'il ressent et pense de nous. Elle propose une méthode d'auto-évaluation du processus de mentalisation chez l'individu puis de restauration et reconstruction de ce processus via des exercices et interactions médiatisées par le thérapeute.

expérience relationnelle leur permet de découvrir une manière d'être en relation à l'autre empreinte de respect et d'entraide : « *Vu qu'on est plusieurs à avoir les mêmes problèmes, on se sent plus forts et moins seuls aussi... et vous (les animateurs) vous nous aidez à réfléchir et à mieux comprendre nos problèmes pour aller mieux* ». Nous retrouvons à travers ces propos de Suzanne une autre caractéristique d'une figure d'attachement sécurisante : quelqu'un de plus fort et de plus sage que soi.

- Lors des premières séances, **la priorité est mise sur la psychoéducation autour des émotions et sur l'apprentissage de techniques d'auto-régulation émotionnelle**. Les thèmes plus complexes comme l'attachement ou la mentalisation sont abordés ensuite. Ce choix s'appuie sur la théorie de l'attachement, qui montre qu'un individu ne peut mentaliser que lorsque son système d'attachement est apaisé et ses émotions régulées. Le simple fait de participer à l'atelier active le système d'attachement du patient et déclenche des émotions difficiles, principalement l'anxiété, car le contexte est inconnu et les sujets abordés impliquent la personne émotionnellement : « *Je suis là pour parler de moi... et ça c'est super dur en fait* », dit Hervé. Il est donc essentiel de permettre aux participants de s'apaiser rapidement, via la psychoéducation combinée à la pratique de techniques de régulation, simples mais efficaces. De plus, le fait d'apprendre et d'appliquer ensemble renforce les liens. Dans les premières séances, pour

certains patients, la régulation par les animateurs en direct et/ou par l'ensemble du groupe constitue une expérience tout à fait inédite, qui leur laisse souvent des souvenirs émus : « *Quand Renée a craqué en parlant de sa sœur, j'étais très touchée... et ça m'a rassurée de voir comment vous vous êtes occupés d'elle avec de l'EFT (12), je me suis dit que si jamais moi aussi je craquais un jour ça irait* » (Fatima). En tant qu'animateurs « *suffisamment bons* », pour paraphraser Winnicott, nous veillons ainsi toujours à

une partie non négligeable du dispositif, qui contribue à la création et à la consolidation des liens intra-groupe. En effet, pendant ces moments informels, beaucoup de choses se passent dans la relation à soi et à l'autre. Dans cette clinique des interstices, nous remarquons ainsi à quel point pour certains il est difficile d'être en contact avec les autres ou comment pour d'autres c'est le moment de la « prise d'otage » de l'espace ou des animateurs. Là aussi, cela peut constituer un sujet d'échange lors

seulement immédiatement après l'atelier mais plusieurs mois après, ce qui sera évalué avec les questionnaires lors des prochaines sessions. Des appréciations qualitatives sont également intéressantes à mentionner. Selon nos observations, environ un tiers des patients tirent des bénéfices qui perdurent. Plusieurs mois après, ils en parlent toujours très positivement et évoquent les bienfaits très concrets sur leur quotidien : meilleure régulation émotionnelle, confiance en soi accrue et meilleure capacité à prendre du



Quand Renée a craqué en parlant de sa sœur, j'étais très touchée... et ça m'a rassurée de voir comment vous vous êtes occupés d'elle (...), je me suis dit que si jamais moi aussi je craquais un jour ça irait ». Fatima, participante.

la sécurité émotionnelle de chacun, ce qui nécessite une observation fine de l'état et des réactions de tous puis des interventions immédiates si nécessaire.

- **Fonctionner en binôme**, psychologue et infirmier, **est absolument indispensable à la sécurité psychique du dispositif**, pour rester attentifs à chacun et prêts à intervenir. Par ailleurs, nous avons observé au fil des sessions que la psychologue, animatrice principale, est investie par les patients sur un registre plus paternel, alors que l'infirmier, assistant, l'est sur un registre plus maternel au sens symbolique du terme. Les participants viennent en effet plus facilement vers lui en cas de stress ou de mal-être, ils le font moins directement auprès de la psychologue qui occupe davantage une position de transmission du savoir probablement plus intimidante. Forts de cette observation, nous veillons à ne pas fixer ces représentations qui nous semblent contre-productives. Chacun doit pouvoir expérimenter un certain degré de proximité et de confiance avec tous et ne pas reproduire des patterns relationnels limitants du passé. C'est pourquoi l'infirmier prend la main au niveau théorique pour certains sujets dont il a l'expertise, comme celui des psychotropes, thème très apprécié par les participants, la plupart étant sous médication. La psychologue prend soin aussi de ne pas s'enfermer dans une position haute et de se montrer accessible et présente, lors des pauses par exemple.

- **Le temps de ces pauses**, 10 minutes au milieu des deux heures, **constitue**

du retour en grand groupe. Toujours en lien avec les principes de l'attachement, tous ces moments sont une opportunité pour verbaliser et élaborer autour de l'ici et maintenant de la relation : chacun peut repérer dans les interactions au sein du groupe et avec les animateurs comment celles-ci reproduisent (ou pas) les relations du quotidien.

- **Pour favoriser la création du lien intra-groupe**, certaines séances (deux ou trois par session) rompent avec le cadre habituel, **autour d'activités totalement différentes** : randonnée nature (opportunité aussi pour appliquer la Pleine conscience), danse thérapie, relaxation ou encore yoga du son (13). Ces alternatives sont très appréciées par les patients car elles apportent une touche d'inconnu, de défi parfois et donc de découvertes émotionnelles et relationnelles, tout en consolidant les liens par l'expérimentation ensemble de quelque chose d'inédit et parfois de « *challengeant* ». « *J'ai adoré le yoga du son... on a bien rigolé déjà et moi ça m'a beaucoup détendue, ça me donne envie d'en refaire ou peut-être des trucs du même genre* », confie Valérie.

- **La principale limite de ce dispositif réside** dans la fin de celui-ci... ou plutôt **dans les modalités de fin**.

De nombreux patients ont vécu difficilement l'arrêt des séances, ce qui témoigne d'une réussite de l'atelier. Plus préoccupant est le vécu résiduel pour certains. Il s'agit en effet de s'interroger sur ce qu'en retirent les patients non

recul. Pour un autre tiers, les résultats sont moins nets : quelques mois après, ils appliquent des techniques apprises ensemble ou ont évolué sur certains aspects mais pas du tout sur d'autres. Enfin, pour le dernier tiers, les progrès constatés en fin d'atelier et objectivés par les questionnaires ne perdurent pas dans le temps et nous observons comme une « *retombée du soufflé* » avec notamment des plaintes et des propos montrant un retour aux vieux modèles internes : « *De toute façon je savais que ça n'allait pas durer, j'ai déjà fait des groupes, et à chaque fois c'est pareil, on s'attache, on devient copines et puis trois mois après il n'y a plus personne* », commente Pauline. Sans pouvoir l'objectiver, nous lions ce type d'échec, que nous qualifions d'auto-sabotage inconscient, à un style d'attachement plutôt « *anxieux* » (10). Nous avons aussi noté que ceux qui bénéficient le plus du dispositif sont les patients avec un style d'attachement certes désorganisé mais avec de bonnes capacités d'élaboration pour intégrer le vécu et la transmission théorique et pratique des apports successifs. Afin d'optimiser le dispositif de l'atelier en prolongeant ses effets dans le temps, il serait pertinent d'imaginer, à l'instar des hospitalisations séquentielles, une continuité du groupe avec des modalités à définir : par exemple une deuxième phase avec des séances toutes les deux ou trois semaines ou plus courtes, afin de soutenir le processus de séparation et d'intégration des vécus et connaissances.

CONCLUSION

Les patients souffrant de trouble borderline sont réputés difficiles à soigner. De par leur insécurité d'attachement et les soubresauts émotionnels qui les caractérisent, ils découragent les soignants, au fil de prises en charge souvent longues et éprouvantes. C'est pourquoi toute possibilité d'accélérer le processus de guérison est intéressante. Si tous les participants à l'atelier « Émotions et attachement » n'en ont pas retiré les mêmes bénéfices, la majorité l'évoque avec émotion et gratitude et parvient à identifier ce que ces quatre mois d'expérience collective ont changé pour eux. Le vécu groupal, bien plus que le faire ensemble, est sans nul doute le plus marquant et donc le plus thérapeutique. Il vient guérir des parts de soi profondément blessées dans le lien par les traumatismes d'attachement du passé, ouvrant des possibles, de nouvelles manières d'être avec l'autre, graines d'un attachement peu à peu plus sécure.

- 1– Voir aussi *Le soignant face au sujet borderline*, Santé mentale, n° 219, juin 2017.
- 2– Voir aussi *L'attachement*, Santé mentale, n° 48, mai 2010.
- 3– Voir aussi *Pleine conscience et psychiatrie*, Santé mentale, n° 208, mai 2016.
- 4– Ce questionnaire PDQ évalue les troubles de la personnalité de façon catégorielle, selon les critères diagnostiques du DSM. Le PDQ-4+ est composé de 99 questions demandant une réponse « vrai » ou « faux ». Le score du PDQ-4 + donne un index général de perturbation de la personnalité.
- 5– Nous n'avons pas pu recueillir les résultats pour les 30 patients car la mise en place de l'évaluation quantitative avec les quatre questionnaires ne s'est faite qu'à partir de la 3^e session. Par ailleurs certains questionnaires étaient incomplets donc non valides.

- 6– L'échelle de Rosenberg est une mesure de l'estime de soi très utilisée en psychologie. Composée de 10 items à évaluer sur une échelle de Likert de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord » elle fournit un score entre 10 et 40.
- 7– Le *Bref inventaire des symptômes (BSI)* comporte 53 questions d'auto-évaluation envisageant neuf types de symptômes psychologiques : la somatisation, les obsessions-compulsions, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, le mode de pensée persécutoire et le psychotisme. Le patient évalue l'intensité de chaque item de 0 (pas du tout) à 5 (extrêmement) l'intensité de celui-ci sur les 7 derniers jours. Le BSI constitue la forme abrégée de la *Symptom Checklist List 90-R (SCL-90-R)*.
- 8– La *DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale)* est un auto-questionnaire mesurant diverses difficultés de régulation émotionnelle. Composée de 36 items évalués de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours), elle permet d'évaluer à quel point le patient est attentif à ses émotions dans la vie de tous les jours, à quel point il utilise les informations que celles-ci lui donnent et comment il réagit de manière générale. Les résultats s'étendent de 36 à 180, de hauts scores indiquant des difficultés de régulation émotionnelle.
- 9– L'*Adult Attachment Questionnaire (AAQ)* se compose de 17 items abordant les différents styles d'attachement. Chaque item relève d'un style d'attachement (sécure, anxieux ou évitant) et est noté sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Les sujets relevant de la catégorie attachement craintif présentent des scores élevés sur les deux dimensions anxiété et évitement.
- 10– Évaluant le niveau de sécurité dans la relation à soi et aux autres, quatre styles d'attachement sont définis. L'attachement « sécure » favorisé par un environnement familial sécurisant dans l'enfance se caractérise par une double capacité à développer des relations intimes et à explorer le monde de manière autonome. Les styles « insécure anxieux » (ou « préoccupé ») et « insécure évitant » révèlent respectivement des tendances à avoir excessivement besoin de l'autre pour se rassurer (anxieux) ou à l'inverse de fuir les relations intimes pour échapper aux émotions (évitant). Enfin l'attachement dit « désorganisé » ou craintif s'applique aux personnes présentant les deux dimensions évitante et anxieuse, ayant donc à la fois peur de s'attacher et peur d'être seul.
- 11– Tous les prénom ont été modifiés.
- 12– *EFT : Emotional Freedom Techniques* de Gary Craig. Technique de régulation émotionnelle psychothérapeutique basée sur la stimulation de points d'acupuncture.

- 13– Alternative à un yoga purement physique et support de méditation, le yoga du son repose sur un travail de libération de la voix s'appuyant notamment sur le chant des voyelles. Le son et les vibrations ont de nombreux bienfaits sur le corps et l'esprit : détente, circulation énergétique, concentration...

BIBLIOGRAPHIE

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite*. De Boeck.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte*. PUF.
- Derogatis, L.R., Melisaratos, N. (1983). *The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychological Medicine. Validation française* : Fortin, M.F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985).
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. Validation française* : Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). *The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. Swiss Journal of Psychology, 72(1)*
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). *Romantic Love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 511-524. Validation française de l'AAQ* : D. Bouthillier, N. Tremblay, F. Hamelin, D. Julien, and P. Scherzer, "Traduction et validation canadienne-française d'un questionnaire évaluant l'attachement chez l'adulte." *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, no. 1, pp. 74–77, 1996.
- Hyler, S.E. (1994). *Personality diagnostic questionnaire (PDQ-4 plus)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Levy, K. (2005). *The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. Development and Psychopathology (17)*, pp. 959-986.
- Linehan, M. (1993). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite. Médecine et Hygiène*.
- Mehran, F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline*. Elsevier Masson.
- Rosenberg, (1965). *Society and the adolescent self-image. Validation française* : Évelyne F. Vallières et Robert J. Vallerand (1990), *International Journal of Psychology*.

Résumé : Depuis 2015, le CMP de Firminy (CHU Saint-Étienne) propose des ateliers thérapeutiques hebdomadaires basés sur la théorie de l'attachement pour aider les patients borderline à mieux réguler leurs émotions et améliorer leurs relations interpersonnelles. Les résultats en termes de symptomatologie, régulation des émotions, estime de soi et sécurité d'attachement (évalués quantitativement par des auto-questionnaires) valident l'efficacité thérapeutique du dispositif. Celui-ci innove par une combinaison de partage émotionnel intra-groupe, d'apports psychoéducatifs et de mise en pratique de techniques de régulation émotionnelle et de mentalisation issues du travail de Linehan et Fonagy, spécialistes du trouble borderline. Au-delà de l'apprentissage cognitivo-comportemental, assez classique dans ce type de protocole de soins, les patients vivent pendant quatre mois des expériences relationnelles nouvelles et ainsi correctrices des blessures d'attachement du passé. Ceci s'opère grâce à la contenance « attachmentiste » des animateurs et du groupe lui-même mais également grâce au focus permanent mis sur le vécu émotionnel dans l'instant des participants.

Mots-clés : Atelier thérapeutique – Centre médico-psychologique – Cothérapie – État limite – Expression de l'émotion – Mentalisation – Psychothérapie de groupe – Régulation émotionnelle – Relation interpersonnelle – Thérapie comportementale – Trouble de l'attachement.