

Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite.
Partie 1 : Approches préventives et résolutive en thérapie psychodynamique individuelle
Crisis interventions with patients with borderline personality disorder,
Part 1 : Preventive and resolving approaches in individual psychodynamic therapy
Intervenciones de crisis en los pacientes que sufren de un trastorno de personalidad límite.
Parte 1: Enfoques preventivos y resolutivos en terapia psicodinámica individual.
Intervenções de crise junto aos pacientes que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe.
Parte 1: Abordagens preventivas e resolutivas em terapia psicodinâmica individual

Suzane Renaud

Volume 29, Number 2, Fall 2004

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement américains et européens

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010839ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010839ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Renaud, S. (2004). Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Partie 1 : Approches préventives et résolutive en thérapie psychodynamique individuelle. *Santé mentale au Québec*, 29(2), 241–252. <https://doi.org/10.7202/010839ar>

Article abstract

Patients suffering from borderline personality disorder have by definition a poorly functional personality which is readily reacting to changes and psychosocial stressors with recurrent crises. A personality disorder is necessarily fraught with interpersonal difficulties, and it is often within the individual psychotherapeutic encounter that such clashes develop. This article discusses basic principles offering clinicians ways to prevent or structure crisis intervention adapted to borderline personality disorder within the individual psychotherapy context. It thus reviews various clinical issues such as suicidal or homicidal threats, conflicts related to requests expressed by the patient, the absence of the therapist or attempts at breaking the therapeutic framework in order to offer intervention modalities for the resolution of these crises.



Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Partie 1 : Approches préventives et résolutives en thérapie psychodynamique individuelle

Suzane Renaud*

Les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite ont par définition une personnalité non fonctionnelle sujette à réagir aux changements et aux stress psychosociaux par des états de crise récurrents. Un trouble de personnalité est indissociable d'une problématique interpersonnelle et celle-ci se développe forcément dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique individuelle. Cet article aborde les principes de base du cadre psychothérapique permettant de structurer l'intervention de crise adaptée au trouble de personnalité limite lors des incidents rencontrés au cours du traitement. Ce cadre sert de mesure préventive et/ou structurelle face aux crises et offre ainsi des stratégies générales de résolution. L'article détaille des problématiques cliniques fréquentes soit des menaces de suicide et même d'homicide, des conflits provoqués par les demandes du patient, l'absence du thérapeute ou des tentatives visant à perturber le cadre afin de décrire diverses modalités d'intervention pour solutionner ces crises.

Les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite (TPL) ont par définition une personnalité non fonctionnelle prompte à réagir aux changements de vie et aux stress psychosociaux par des états de crise souvent récurrents. Un trouble de personnalité est indissociable d'une problématique interpersonnelle, à coup sûr apprise en famille. Et c'est souvent dans l'enceinte de la famille que les problématiques se rejouent. Les affects dysphoriques provoqués par la crise demandent à être contenus, soutenus puis clarifiés pour une meilleure évaluation de la réalité. Dans une étape ultérieure, les patients doivent solutionner leurs problèmes de vie, développer des comportements plus adaptatifs. Rudnick (1998) estime que l'intervention de crise doit tout simplement stabiliser le patient au niveau du fonctionnement pré-crise. Or le principe thérapeutique de la crise est de profiter de l'occasion pour faire

* MD, psychiatre au Centre de Santé Mentale Communautaire, clinique externe de services psychiatriques de l'hôpital St-Luc, CHUM et professeure adjointe de clinique au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

évoluer le patient vers un stade de développement personnel plus avancé. Andreoli et al. (1993) ont démontré que dans le contexte d'une crise dépressive, les patients avec un trouble de personnalité sont ceux qui profitent le plus d'un traitement multimodal, si une alliance thérapeutique est acquise et s'il y a un niveau acceptable d'introspection. D'autres auteurs suggèrent d'établir une hiérarchie d'intervention en fonction des progrès du patient dans une démarche thérapeutique (Gunderson et Gabbard, 2000 ; Linehan, 1991 ; Livesley, 2000).

Cet article aborde les principes de base permettant de structurer l'intervention de crise adaptée au TPL à même les incidents rencontrés dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique individuelle. La crise se définit ici comme un contexte dans lequel le patient se sent débordé par des changements de vie, des stress psychosociaux ou des problématiques interpersonnelles. Dans ce contexte il menace une résolution agie et non adaptative ou réussit à transmettre son angoisse au thérapeute. Le patient aux prises avec un TPL présente souvent des crises « transportées » dans le cadre thérapeutique, incidents qui peuvent se manifester par des menaces de suicide et même d'homicide, par des conflits provoqués par ses demandes ou ses tentatives visant à briser le cadre. De plus, l'absence du thérapeute peut engendrer une crise en soi car le patient se sent abandonné. D'autres contextes peuvent créer des pièges dits médico-légaux, l'alliance thérapeutique et l'intégrité du thérapeute sont alors mises en péril. Nous examinerons successivement les problématiques fréquemment rencontrées, la pertinence de certaines stratégies en psychothérapie individuelle puis diverses modalités d'intervention en regard de ces situations.

Le cadre en psychothérapie individuelle comme mesure préventive à la résolution de crise

Certains principes de base inhérents à la psychothérapie d'orientation psychodynamique prennent une importance cruciale dans la thérapie avec un patient aux prises avec un TPL car ils en assurent son maintien et sa stabilité. Ainsi il est utile d'annoncer dès le début, les règles de base qui protégeront le cadre et avertiront le patient de la structure interpersonnelle à respecter (Goldstein, 1997). Ces règles portent sur le moment et le lieu lieu de la rencontre, la forme de paiement ou les conditions de présence ou d'absence. Les opinions divergent à savoir s'il faut nécessairement établir des règles strictes et multiples et construire de ce fait un cadre plutôt rigide. Cette approche structurée est surtout prônée dans les centres de traitement spécialisés qui sont en mesure de les renforcer. Pour la psychothérapie individuelle, le théra-

peut énoncer des principes généraux qui seront abordés si le patient tente de les enfreindre, ces échanges sont inhérents au processus psychothérapeutique.

Gunderson (1997) a montré comment le psychothérapeute avec un patient limite doit éviter une neutralité passive et distante typique d'une psychanalyse classique. Au contraire, chaleur et empathie exprimées permettent de contenir la vulnérabilité narcissique du patient. Le thérapeute gagne à être proactif et à interagir librement avec le patient, ce qui n'empêche pas une certaine neutralité à travers laquelle le rôle d'écoute et d'analyse du matériel est préservé. En contre-partie, Galloway et Brodsky (2003) ont soutenu que certains patients ne peuvent tolérer la proximité affective avec le thérapeute. Celui-ci est mieux protégé et capable d'aider le patient en conservant une position détachée qui responsabilise le patient et l'empêche d'utiliser les interventions du thérapeute comme des jugements négatifs.

Un des principes de base auquel le thérapeute a avantage à porter attention dès le début est l'établissement d'une alliance thérapeutique qui selon Milbrath et al. (1999), constitue l'un des meilleurs gages de succès thérapeutique. De plus, face à une détérioration du lien thérapeutique, le thérapeute devrait immédiatement travailler à le rétablir et le renforcer avant de poursuivre le travail. Selon Shea (1998), l'alliance se mesure objectivement par une présentation d'ouverture dans le langage corporel, une verbalisation spontanée généreuse sans ralentissement du flot verbal ni délai de réponse aux questions.

Cette alliance s'établit en donnant au patient le sentiment d'être entendu, compris, accepté et supporté. On ne saurait souligner suffisamment l'importance de ces quatre qualités de l'interaction entre le TPL et son thérapeute. Elles sont cruciales non seulement à l'établissement d'une alliance et mais essentielles puisqu'elles permettront ultérieurement, l'usage de la confrontation bien sûr dans un climat de bienveillance et de neutralité.

L'amélioration obtenue grâce à la thérapie de support versus d'exploration reste encore à démontrer (Feld, 2002). Toutefois, Bond et al. (1998) ont établi que les patients qui entretiennent une alliance thérapeutique fragile, acceptent mieux les interventions de support, comme la réflexion, la clarification, l'empathie bien ressentie, l'encouragement à parler et aussi le support au développement de méthodes de défense plus adéquates de même qu'à certaines occasions, des avis concrets. Ces interventions sont bénéfiques et nécessaires en début de thérapie car elles facilitent le développement de l'alliance thérapeutique et offrent un meilleur pronostic au suivi.

Beaucoup plus risquées, les interventions de type exploratoire, expressive, interprétative, de confrontation ou même d'interprétation de transfert et des défenses procurent un gain plus élevé d'introspection mais risquent de provoquer un transfert négatif ou un abandon si l'alliance thérapeutique est affaiblie. De plus, l'interprétation aura avantage, à tout le moins au début, à se situer dans le ici et le maintenant plutôt que de viser le transfert ou les objets significatifs du passé.

Une confrontation de la réalité intersubjective peut emprunter le questionnement socratique de la thérapie cognitive en amenant le patient à examiner ses agissements, ses pensées, donc à se comprendre en instituant l'apprentissage de son auto-observation et de son introspection. Les actions et les affects doivent être nommés, cités et ramenés dans le contexte de la relation thérapeutique, ce qui permet un travail d'appréciation de la réalité, des processus projectifs et introjectifs, bref de clarification des affects complexes du patient. Il doit également apprendre à moduler son auto-dépréciation, à remettre en question une attitude souvent négative envers lui-même. Un autre objectif du processus psychothérapeutique est d'enseigner au patient à tolérer sa colère et sa détresse, ses affects négatifs et autres pulsions agressives tout en l'aidant à contenir son impulsivité afin de diminuer les gestes destructeurs.

Enfin, tout processus de psychothérapie individuelle avec patient TPL sera témoin jusqu'à un certain point de son hostilité et de son agressivité. Le thérapeute doit donc être confortable avec l'encadrement et la contenance de cette hostilité; il lui faut surveiller son contre-transfert, l'analyser et retourner une perspective objective et neutre, tout en évitant le contre-agir agressif ou hostile envers le patient.

Les écrits de Gunderson (1985, 1997, 2001) sont utiles pour résumer les principes généraux de la dynamique du TPL. Ils expliquent à l'aide de la théorie psychodynamique objectale la phénoménologie symptomatique du TPL selon les contextes relationnels dans lesquels le patient se présente. Avec une relation psychothérapeutique stable et une bonne alliance thérapeutique, le patient se sent contenu et idéalise le thérapeute. Il réagit avec la symptomatologie typique d'un trouble limite, c'est-à-dire un sentiment de vide et de dysphorie habituels. Cette présentation du TPL entraîne une réponse la plupart du temps empathique de la part du thérapeute, permet une certaine collaboration et même des interprétations. Par contre, dans un contexte où la relation est menacée par des déceptions, des manquements ou des bris de cadre, le patient se sent peu sécurisé et exprime un affect enragé et des gestes autodestructeurs pour susciter aide ou attention. Le thérapeute devient

dévalorisé et apeuré devant les agissements ou l'expression enragée du patient. Il peut se sentir coupable de ne pas avoir répondu aux attentes ou réagir avec colère et avoir le goût de rejeter le patient. C'est ici que l'alliance thérapeutique doit être retravaillée. L'interaction devra aborder les limites du cadre.

Enfin, dans une situation plus grave où le patient se sent terriblement seul et subit des pertes objectales significatives ou vit des situations psychosociales objectivement difficiles, il perçoit le thérapeute comme abandonnant. Ses réactions sont celles d'un être terrifié et la symptomatologie est plus inquiétante, les actions extrêmes et le risque d'un suicide complété augmente. Le patient peut même présenter une idéation paranoïde, un état psychotique transitoire bref ou de la dissociation, tels que spécifiés dans le critère 9 du trouble de personnalité limite du DSM-IV. Le thérapeute se sent menacé et peut vouloir secourir en brisant le cadre ou rejeter le patient selon son contre-transfert. Il doit alors avec l'aide d'un médecin traitant si nécessaire, aider à contenir les agissements, à la rigueur hospitaliser le patient pour un court terme ou lui offrir des médicaments. Cependant nous mettons en garde les psychiatres, qui ont la possibilité de prescrire, d'utiliser à outrance la médication afin de panser les aléas transférentiels. Le message thérapeutique en devient un de déresponsabilisation et de désinvestissement du processus thérapeutique. Les plus expérimentés reconnaîtront que de toutes façons les effets bénéfiques de la médication sont très souvent mitigés et rarement miraculeux.

Identification des contextes critiques

Le thérapeute doit toujours identifier les comportements destructeurs qui sont extérieurs au cadre thérapeutique mais surtout s'ils sont implicites au contexte de la thérapie. La négligence à adresser ces agirs pourrait contribuer à faire avorter le processus thérapeutique. Il les signale tout en faisant attention à ne pas les gratifier en donnant plus d'attention ou de privilèges. D'ailleurs Dawson (1988), Mendonça et Velamoor (1998) nous incitent à ne pas renforcer les comportements inappropriés et pseudo-suicidaires du patient. Par exemple, dans le cadre de son programme spécialisé, Linehan impose un certain délai avant de rencontrer un patient ayant posé un geste suicidaire.

Éventuellement, le thérapeute aura avantage à explorer avec le patient les facteurs précipitant une tentative suicidaire ou autre crise. S'il est toujours utile de revoir avec le patient les facteurs déclenchants et perdurants d'une crise, il peut être pertinent par ailleurs d'explorer les composantes qui ont aidé au cours de la crise. Ceci facilite le

développement de l'autonomie et le recours à des stratégies d'adaptation plus saines lors des incidents subséquents. Une autre intervention pour diminuer les agirs consiste à lier les comportements, pensées et affects afin de favoriser l'introspection sur ce qui les provoque.

L'examen de tels comportements auto ou hétéro-destructeurs vise à réduire les passages à l'acte en interprétant l'agir, en identifiant les affects dysphoriques et les dissonances cognitives.

Cependant le risque suicidaire s'exprime souvent de façon persistante ou chronique chez le patient TPL. Le thérapeute aura avantage à situer les idées suicidaires dans un contexte interpersonnel pour retrouver le sens relationnel impliqué dans l'expression d'une idée de mise à mort. Le thérapeute valide la douleur psychique mais non la solution suicidaire, et peut négocier avec le patient un délai qui lui permette de reprendre contrôle pour trouver des solutions alternatives. Il responsabilise le patient au sujet de sa vie et de sa mort afin de ne pas déplacer ce pouvoir sur l'entourage ni le tenir responsable des actions du patient, contrôle dont il est dépourvu en réalité. Le thérapeute a néanmoins la possibilité de se porter gardien symbolique de l'espoir et du désir de vivre. Il faut noter cependant qu'avec des pertes d'objets significatifs, une histoire familiale de suicide, un passé personnel d'impulsivité et d'abus de substances ou suite à un congé récent d'hospitalisation, le risque de suicide complété devient plus tangible et peut forcer le thérapeute à agir (Heikkinen et al., 1997; Kjellandar et al., 1998; Links et al. 1998).

Gestion des bris du cadre thérapeutique

Une autre situation nécessitant une attention particulière est celle des conflits inévitables durant le processus psychothérapeutique, par exemple des absences aux rencontres prévues ou des appels répétés entre les rendez-vous. Dans une présentation inspirée des guides de pratique du traitement des TPL de l'American Psychiatric Association (2001), Gunderson (2000) suggère des étapes stratégiques pour aider le thérapeute à s'orienter dans un contexte de crise alors qu'il peut être envahi par la haine, la rancœur et les exigences véhémentes d'un patient. Le thérapeute devrait en premier lieu chercher à identifier la difficulté à l'origine d'une crise, puis ensuite clarifier l'attente du patient. Cette attente n'est pas nécessairement celle qui semble évidente au thérapeute. Il aide à la faire émerger dans le champ de conscience du patient. Il a à valider ce besoin comme étant celui du patient puis à discuter pour déterminer s'il est possible d'y répondre. Il aura sans doute souvent à dire « Non, cela n'est pas possible » devant tel souhait du patient. Devant

l'échec de cette intervention secondaire à la persistance du comportement, il est avantageux d'explorer la possibilité de répondre aux attentes du patient et d'exposer ses propres limites, quitte à négocier un compromis avec le patient. À la rigueur, si le comportement se répète et empêche le travail psychothérapeutique, il faudra y mettre un terme ce qui peut signifier un arrêt de la psychothérapie.

Gestion pendant l'absence du thérapeute

Le thérapeute qui doit prendre des vacances ou s'absenter peut provoquer un autre type de crise pour le patient qui oscille entre la frustration et la crainte de l'abandon. C'est la rencontre du premier critère du DSM-IV, très caractéristique du TPL. Car avec sa structure limite, il a hérité d'un attachement anxieux et ambivalent et parfois même chaotique, ce qui implique une difficulté à internaliser un bon objet qui s'occupe de lui. Il a besoin du contact psychothérapeutique fréquent pour vérifier et sentir la présence du bon objet. Avec l'absence du thérapeute, une désorganisation peut s'ensuivre avec des gestes pseudo-suicidaires ou impulsifs. À l'opposé, le patient peut nier sa dépendance et « punir » le thérapeute en ne revenant pas aux rendez-vous subséquents. Le conflit entre le désir de dépendance et celui d'autonomie qui peut provoquer des dysphories, des agirs destructeurs autant pour le patient que pour le cadre thérapeutique. Gunderson (1996 ; 2001) réitère les étapes par lesquelles le patient apprend à apprivoiser l'absence du thérapeute. Celui-ci peut demeurer accessible par téléphone au besoin. La technologie offre maintenant des moyens plus accessibles de laisser un message vocal sur une boîte téléphonique, voix qui sert d'objet transitionnel au patient et lui permet d'être entendu (Finch, 2002). Le courriel est un autre outil potentiel. Le thérapeute peut aussi se faire remplacer par d'autres collègues qui offriront des rendez-vous pris d'avance ou au besoin si le patient ne tolère pas l'absence. Par la suite, les patients devraient utiliser graduellement avec le maintien d'une bonne alliance thérapeutique et l'internalisation d'un objet supportant, des objets transitionnels que ce soit des sessions enregistrées, des notes du thérapeute, des directives sur quoi faire en cas de solitude aiguë, et même des objets du bureau du thérapeute. Encore là, il faut explorer le besoin du patient et l'aisance du thérapeute avec cette approche moins classique. Au fur et à mesure, le patient TPL apprend à rechercher un support social accru, soit en contactant ses amis, en organisant des sorties, ou en assumant sa solitude par la vision de films ou la lecture. Mais surtout la mentation développée au cours de la thérapie permet une internalisation du bon objet lui offrant éventuellement des stratégies mieux adaptées de métabolisation du sentiment d'abandon.

Prévention des pièges médico-légaux

Finalement, il faut mentionner les pièges médico-légaux par lesquels le cadre peut être brisé (Guthiel, 1985). Nous faisons référence ici aux demandes de certificat d'invalidité, aux suggestions du patient de rencontre hors du cadre, aux menaces de poursuite ou toute autre allusion de violence ou de conduite dangereuse.

Le thérapeute doit d'abord et avant tout considérer le contre-transfert que de telles situations provoquent chez lui. De fait, il a avantage à les anticiper en restant alerte à tout changement de pratique usuelle, en se demandant s'il n'est pas en train d'agir de façon plus ou moins consciente les demandes psychiques du patient. On identifie ce processus par le terme identification projective mais le clivage si usuel dans la dynamique limite s'en trouve souvent décuplé. La meilleure façon de se protéger est de ne pas rester seul avec les difficultés thérapeutiques, de se permettre de discuter en équipe ou avec des collègues des situations complexes et difficiles à clarifier, d'écrire et de justifier au dossier les décisions qui seront prises à la suite des discussions ou après une réflexion personnelle. Lors des cas difficiles ou des nœuds transférentiels, il y a toujours possibilité de consulter un collègue pour une opinion. Dans le contexte de la psychothérapie, il est bénéfique d'aborder avec le patient les sentiments d'abandon, de rejet ou de trahison que le patient vit et fait vivre aux autres. Comme lors du risque suicidaire, la dangerosité envers autrui doit être évaluée dans son ensemble, c'est-à-dire en documentant les motivations, la préparation ou la capacité du patient à agir en ce sens. Parfois le thérapeute doit intervenir en cas de menace tangible ou de danger réel pour un tiers identifié. Il s'agit de déterminer avec le patient ce qui est attendu en considération des paramètres légaux dans lesquels le thérapeute pratique.

Conclusion

En résumé, les explications sur la psychodynamique du TPL et les suggestions psychothérapeutiques visent à aider le clinicien à penser clairement lors d'une crise. Il est parfois difficile de réfléchir lorsque les émotions sont à leur maximum et le patient vit un pic émotif et qu'il a bien transmis ses affects au thérapeute par identification projective ou clivage. Une compréhension de la théorie dynamique applicable au contexte du TPL permet de retrouver de la rationalité quand les émotions obscurcissent les idées et que le contre-transfert est particulièrement actif.

Référence

- ANDREOLI, A., FRANCES, A., GEX-FABRY, M., AAPRO, N., 1993, Crisis intervention in depressed patients with and without DSM-III-R personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 12, 732-737.
- BOND, M., BANON, E., GRENIER, M., 1998, Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 301-318.
- DAWSON, D. F., 1988, Treatment of the borderline patient, relationship management, *Revue canadienne de psychiatrie*, 33, 6, 370-374.
- FELD, D., 2002, Supportive psychotherapy for borderline patients: a psychoanalytic research perspective, *American Journal of Psychoanalysis*, 162, 2, 201-202.
- FINCH, S. J., 2002, Voice mail as a transitional object in the treatment of borderline personality disorder, *Revue canadienne de psychiatrie*, 47, 10, 974-975.
- GALLOWAY, V. A., BRODSKY, S. L., 2003, Caring less, doing more: the role of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients, *American Journal of Psychotherapy*, 57, 1, 32-38.
- GOLDSTEIN, W. N., 1997, Dynamically oriented psychotherapy with borderline patients, *American Journal of Psychotherapy*, 51, 1, 14-30.
- GUNDERSON, J. G., 1996, The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 6, 752-758.
- GUNDERSON, J. G., 1997, *Borderline personality disorders*, Washington, D.C., American Psychiatric Press Inc.
- GUNDERSON, J. G., GABBARD, G. O., 2000, Psychotherapy for personality disorders, *Review of Psychiatry*, 19, American Psychiatric Press Inc., Washington.
- GUTHIEL, T. G., 1985, Medicolegal pitfalls in the treatment of borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1, 9-14.
- HEIKKINEN, M., ISOMETSA, E. T., HENRIKSSON, M. M., MARTTUNEN, M. J., AARO, H. M., LONNQVIST, J. K., 1997, Psychosocial factors and completed suicide in personality disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 1, 49-57.
- KJELLANDER, C., BONGAR, B., KING, A., 1998, Suicidality in borderline personality disorder, *Crisis*, 19, 3, 125-135.

- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMOND, D., HEARD, H. L., 1991, Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060 – 1064.
- LINKS, P. S., MITTON, J. E., STEINER, M., 1990, Predicting outcome for borderline personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 31, 6, 490-498.
- LIVESLEY, W. J., 2000, A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder, *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1, 211-232.
- MENDONCA, J. D., VELAMOOR, R., 1998, Crisis intervention with personality disorders, *Canadian Journal of Diagnosis*, 7, 83-93.
- MILBRATH, C., BOND, M., COOPER, S., ZNOJ, H. J., HOROWITZ, M. J., PERRY, J. C., 1999, Sequential consequences of therapist's interventions, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 40-54.
- RUDNICK, A., 1998, Modified crisis intervention for personality disorder, *Crisis*, 19, 4, 177-184.
- SHEA, S. C., 1998, *Psychiatric Interviewing, The Art of Understanding*, 2^e édition, Saunders, Philadelphie, 145-191.
- SHEFFIELD, M. W., BARLOW, S. H., LAMBERT, M. J., HOYAL, H., THOMPSON, K. C., GARBUTT, M., 1999, A qualitative examination of borderline personality disordered patients: interpersonal dynamics and underlying paradoxes, *Journal of Personality Disorders*, 13, 3, 287-296.
- SHINEFIELD, W., KALAFAT, J., 1996, Effective management of borderline individuals in crisis, *Crisis Intervention*, 2, 3, 267-281.
- WORK GROUP ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, 2001, Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 158, 10, 1-52.

ABSTRACT

Crisis interventions with patients with borderline personality disorder, Part 1: Preventive and resolving approaches in individual psychodynamic therapy

Patients suffering from borderline personality disorder have by definition a poorly functional personality which is readily reacting to changes and psychosocial stressors with recurrent crises. A personality disorder is necessarily fraught with interpersonal difficulties, and it is often within the individual psychotherapeutic encounter that such clashes develop. This article discusses basic principles offering

clinicians ways to prevent or structure crisis intervention adapted to borderline personality disorder within the individual psychotherapy context. It thus reviews various clinical issues such as suicidal or homicidal threats, conflicts related to requests expressed by the patient, the absence of the therapist or attempts at breaking the therapeutic framework in order to offer intervention modalities for the resolution of these crises.

RESUMEN

Intervenciones de crisis en los pacientes que sufren de un trastorno de personalidad límite. Parte 1: Enfoques preventivos y resolutivos en terapia psicodinámica individual.

Los pacientes que sufren de un trastorno de personalidad límite tienen por definición una personalidad disfuncional susceptible de reaccionar a los cambios y al estrés psicosocial por los estados de crisis recurrentes. Un trastorno de personalidad es indisoluble de una problemática interpersonal y ésta se desarrolla forzosamente en el marco de una psicoterapia de psicodinámica individual. Este artículo aborda los principios de base del marco psicoterapéutico que permite estructurar la intervención de crisis adaptada al trastorno de personalidad límite en el momento de los incidentes encontrados en el curso del tratamiento. Este marco sirve de medida preventiva y/o estructural frente a las crisis y ofrece de esta manera las estrategias generales de resolución. El artículo detalla las problemáticas clínicas frecuentes, ya sean amenazas de suicidio e incluso de homicidio, conflictos provocados por las demandas del paciente, la ausencia del terapeuta o las tentativas que buscan perturbar el marco a fin de describir diversas modalidades de intervención para solucionar estas crisis.

RESUMO

Intervenções de crise junto aos pacientes que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe. Parte 1: Abordagens preventivas e resolutivas em terapia psicodinâmica individual

Os pacientes que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe têm, por definição, uma personalidade não-funcional sujeita a reagir às mudanças e ao estresse psicossociais através de estados de crise recorrentes. Um transtorno de personalidade é indissociável de uma problemática interpessoal e esta desenvolve-se obrigatoriamente dentro de uma psicoterapia psicodinâmica individual. Este artigo aborda os princípios de base do quadro psicoterapéutico permitindo estruturar a

intervenção de crise adaptada ao transtorno de personalidade limítrofe durante incidentes encontrados durante o tratamento. Este quadro serve de medida preventiva e estrutural face às crises e oferece, assim, estratégias gerais de resolução. O artigo detalha problemáticas clínicas frequentes, por exemplo ameaças de suicídio e mesmo de homicídio, conflitos provocados pelos pedidos do paciente, ausência do terapeuta ou tentativas que visam perturbar o quadro para descrever várias modalidades de intervenção para solucionar estas crises.