

Chercher la solution au coeur du problème : faire face à l'intentionnalité des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL)

Seeking the solution at the heart of the problem : facing the intentionality of people suffering of borderline personality disorder (BPD)

Buscar la solución en el centro del problema: enfrentarse a la intencionalidad de las personas que sufren de un trastorno de personalidad límite (TPL).

Buscar a solução no coração do problema: enfrentar a intencionalidade nas pessoas que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe (Borderline - TPL)

Isabelle Parent et Monique Carrière

Volume 29, numéro 2, automne 2004

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement américains et européens

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/010838ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/010838ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Parent, I. & Carrière, M. (2004). Chercher la solution au coeur du problème : faire face à l'intentionnalité des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL). *Santé mentale au Québec*, 29(2), 221–240. <https://doi.org/10.7202/010838ar>

Résumé de l'article

Cet essai s'appuie sur l'étude des concepts d'intentionnalité et de projet de vie et leur utilisation dans la réadaptation des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL). Il part du fait que ces personnes sont déroutées et déroutantes et de la pertinence d'envisager de nouvelles manières de les aider à reconstruire un sens à leur existence. Inspirée des approches constructivistes qui reconnaissent l'interaction constante du sujet avec son environnement et la dualité des choses, cette réflexion mène à la nécessité d'explorer l'intentionnalité de la personne ayant un TPL et de développer sa capacité réflexive afin de permettre l'émergence progressive d'un projet de vie. Ce processus de rétablissement s'inscrit dans une démarche où l'espoir et la mobilisation des forces de la personne tiennent une grande place.



Chercher la solution au cœur du problème : faire face à l'intentionnalité des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL)

Isabelle Parent*

Monique Carrière**

Cet essai s'appuie sur l'étude des concepts d'intentionnalité et de projet de vie et leur utilisation dans la réadaptation des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL). Il part du fait que ces personnes sont déroutées et déroutantes et de la pertinence d'envisager de nouvelles manières de les aider à reconstruire un sens à leur existence. Inspirée des approches constructivistes qui reconnaissent l'interaction constante du sujet avec son environnement et la dualité des choses, cette réflexion mène à la nécessité d'explorer l'intentionnalité de la personne ayant un TPL et de développer sa capacité réflexive afin de permettre l'émergence progressive d'un projet de vie. Ce processus de rétablissement s'inscrit dans une démarche où l'espoir et la mobilisation des forces de la personne tiennent une grande place.

Le trouble de personnalité limite (TPL) affecte dramatiquement un grand nombre de personnes et représente un défi de taille pour les cliniciens. Dans cet essai, les concepts d'intentionnalité et de projet de vie sont examinés et exploités en vue d'aider les personnes souffrant d'un TPL à donner un sens à leur vie et à développer leur pouvoir d'agir de manière cohérente. Autrement dit, il est question de mieux outiller les intervenants pour accompagner ces personnes dans leur processus de rétablissement.

La personne souffrant d'un TPL : déroutée et déroutante

Une perte de sens dramatique

Le TPL est l'une des problématiques psychiatriques les plus courantes en Amérique du Nord et est caractérisé par des taux de morbidité et de mortalité importants. Une prédominance de 75 % est observée

* Isabelle Parent, ergothérapeute, M.Sc. au Centre de santé Orléans, Beauport, Québec.

** Monique Carrière, Ph.D., professeure agrégée au département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Ste-Foy, Québec.

chez la femme (Renaud, 1999 ; Jacobson et Curtis, 2000). Ces femmes en souffrent dans les années potentiellement les plus productives de leur vie, soit entre 18 et 40 ans (American Psychiatric Association, 1994), ce qui affecte grandement l'élaboration et la réalisation de leur projet de vie.

À première vue, ces personnes semblent fonctionnelles dans leur quotidien. Pourtant, il s'agit d'une pseudo-compétence car plusieurs domaines occupationnels (productivité, loisirs, interactions sociales, activités de la vie quotidienne et domestiques) sont en réalité perturbés. En effet, une inadéquation des actions dans le contexte ou par rapport aux événements contingents est observée, de même qu'une incohérence avec l'objectif poursuivi, ce qui entraîne un comportement qu'on pourrait qualifier d'erratique. Le traitement de l'information est souvent déficitaire en raison des distorsions de la réalité (Paris, 1996) et de la difficulté, voire de l'incapacité à mentaliser, c'est-à-dire à prendre en compte ses propres états mentaux (expériences perceptuelles, mémoire, croyances, intentionnalité et désirs) et ceux des autres (Fonagy, 1991). Cette incapacité à discerner et à anticiper ses comportements et ceux des autres va de pair avec la non-reconnaissance des conditions de l'action et de ses conséquences. Ces distorsions, qu'elles soient d'origine développementale ou relationnelle, peuvent expliquer le constat de Dawson (1988) à l'effet que la personne souffrant d'un TPL n'arrive pas à se définir comme étant compétente, responsable ou ayant une valeur au sein de la société. Ainsi, cette difficulté à se situer conjuguée à un sentiment chronique de vide, à une instabilité affective, à une imprévisibilité et à un soi instable, contribuent à exacerber chez la personne, cette perte de sens de sa propre existence. Cette combinaison de problèmes se manifeste, entre autres, par de multiples gestes suicidaires et par une difficulté majeure de maintenir à long terme des engagements dans ses relations interpersonnelles ainsi que son implication à l'école, au travail et dans son traitement. Conséquemment, il est difficile de poursuivre et de réaliser un simple projet et, donc, un projet de vie.

À ce sujet, les propos de Frankl (1970) apparaissent encore très actuels à savoir que cette absence de sens de sa propre existence entraîne une véritable frustration existentielle car la volonté de sens est enracinée profondément en l'homme. En effet, le but ultime de la vie humaine est de trouver un sens et un ordre à la vie individuelle et à la vie collective et c'est cette recherche de signification, plus que toute autre quête (recherche de plaisir, de puissance, de réalisation de soi-même), qui amène l'homme à se dépasser. De nos jours, l'homme ne souffre donc pas tant du sentiment d'être moins valable qu'un autre, mais bien plutôt

du sentiment que sa propre existence n'a pas de sens. Plus récemment et dans la foulée du mouvement de désinstitutionnalisation, certains auteurs (Anthony, 1993 ; Provencher, 2002) affirment que le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but est lié à la réappropriation du pouvoir d'une personne et à son rétablissement.

L'intervention : un défi de taille

Les écrits abondent d'observations sur les difficultés thérapeutiques avec cette clientèle (Paris, 1996). Pour les cliniciens, les personnes affectées d'un TPL sont souvent les plus ardues à traiter parce qu'elles jonglent régulièrement avec le suicide, sont impulsives et oscillent entre deux attitudes extrêmes face au thérapeute, les confrontant dans leurs positions existentielle, philosophique et éthique (Cousineau, 1996). Selon lui, l'intervention est une entreprise exigeante et même frustrante en raison des nombreuses stratégies dysfonctionnelles de cette clientèle, spécialement au plan interpersonnel.

L'impact dévastateur du TPL sur la vie et le fonctionnement d'un individu, de même que les difficultés relationnelles avec lui, amènent les intervenants à se questionner sur la meilleure façon d'agir. En effet, le respect de l'autonomie de la personne tout comme sa prise en charge comportent chacun leur part d'avantages et d'inconvénients. Ainsi, bien que leur discours prône des valeurs de respect des choix de la personne et de l'importance de lui redonner du pouvoir sur sa vie, il demeure très difficile pour les intervenants d'accompagner une personne qui se sent perdue, démunie, incapable de choisir et de donner un sens à sa vie. Comment être un bon thérapeute et respecter les principes de primauté de la personne et d'*empowerment* lorsque la personne aidée ne sait pas ce qu'elle veut, exprime une grande détresse, un total égarement et manifeste un désir que sa souffrance soit prise en charge mais agit en faisant fi des moyens proposés pour lui venir en aide. Les approches cognitives (Young, 1990) et les approches cognitives-comportementales (Linehan, 1993) actuelles ne résolvent pas facilement cette désorientation bien que certains auteurs dont Linehan (1993) proposent le suivi d'une série d'étapes de traitement, l'établissement d'une relation saine et la construction d'un environnement prévisible, stable et non rejetant.

La rencontre réalisée avec les intervenants d'une clinique spécialisée pour TPL, dans le cadre de l'essai de maîtrise en santé communautaire, a fait ressortir certaines difficultés avec l'utilisation du concept de projet de vie. En effet, selon eux, la clientèle ressent de l'anxiété et de la résistance de même qu'une peur de l'échec et de la réussite. Ils observent aussi une conduite de mise en échec, des

distorsions cognitives et une difficulté à se projeter dans le futur. De plus, les intervenants consultés déplorent la méconnaissance des préalables nécessaires à l'utilisation du projet de vie et soupçonnent l'absence des pré-requis essentiels chez cette clientèle. Il apparaît donc pertinent de faire le point et d'élaborer des outils thérapeutiques complémentaires permettant de dépasser les limites entourant le projet de vie. Autrement dit, les intervenants consultés souhaitent sortir du cercle vicieux qui les fait piétiner, eux et leurs clients, autour de cette absence de sens. Bullock et al. (2000) et Provencher (2002) vont dans le même sens et affirment qu'outre l'aspect fonctionnel, c'est le développement de sens et l'élaboration d'un projet de vie qui caractérisent le rétablissement.

Projet, projet de vie et intentionnalité

Les difficultés vécues par les intervenants et la clientèle au regard du projet de vie ont orienté la recension des écrits. Ce concept est polysémique et il traverse plusieurs champs : réadaptation psychiatrique, développement humain, philosophie, éducation, sciences de l'orientation, spiritualité (Anthony, 1993 ; Levinson, 1978 ; Monbourquette, 1999 ; Van Nest, 2000). Au-delà d'une certaine confusion entre le concept de projet et celui de projet de vie, plusieurs auteurs (Côté, 1998 ; Drolet, 1995 ; Goguelin et Krau, 1992 ; Lemaire, 1997) s'entendent pour dire que le projet de vie s'inscrit dans une perspective beaucoup plus large et plus globale que le simple projet. Ce dernier ne représente qu'une des étapes de réalisation du « grand » projet de vie, ce n'est qu'une idée plus ou moins élaborée, quelque chose que la personne se propose de réaliser parce qu'elle y trouve de la valorisation. C'est un projet très concret tel qu'avoir un boulot, de l'argent, des vacances, des loisirs, un conjoint, une famille, une maison (Lemaire, 1997). Le projet de vie, c'est d'abord l'intention de vivre (Lemaire, 1997). Ce n'est pas le fruit de la volonté, c'est plutôt la résultante d'une construction progressive à partir de l'intégration de son présent, de ses valeurs, de son histoire et de ses interactions avec l'environnement et, enfin, du sentiment de ce qui constitue son identité profonde (Van Neste, 2000).

Selon Tesolin (citée dans Côté, 1998), le projet de vie s'inscrit dans une démarche d'autonomie faisant se révéler son propre pouvoir et suscite un mouvement de créativité impliquant l'appropriation du passé, la conscience du présent et la capacité de se projeter dans le futur. Le projet de vie constitue donc une sorte de vision projective et réaliste. D'une part, il est une façon de se relier au monde, à la société environnante, et pour ce faire, il doit tenir compte de la réalité extérieure. En

effet, aucun projet ne peut être envisagé sans référence à l'environnement où évolue la personne (Pemartin et Legres, 1988). D'autre part, le projet de vie doit tenir compte du soi de la personne, de ce qu'elle sent en elle, c'est-à-dire de ses capacités, ses limites, ses intérêts, ses aspirations. Le cheminement et l'adaptation de la personne sont donc importants.

Par ailleurs, le projet de vie constitue aussi un moyen sûr de se donner du pouvoir, une structure pour guider la prise de décision. Il contribue à donner un sens aux faits et gestes de chaque jour. Son absence peut entraîner anxiété et dévalorisation. Selon Monbourquette (1999), l'élaboration et la réalisation de son projet de vie augmentent l'estime de soi et la confiance en soi. Bien sûr il n'est pas obligatoire d'avoir un projet de vie et chacun y donne un sens différent. En réalité, plusieurs personnes sont des individus en projet, sans nécessairement avoir en tête un projet de vie parfaitement défini (Côté, 1998). Il s'agit d'un processus dynamique et continu qui mérite d'être soutenu.

Le projet de vie, pour prendre vie, nécessite donc une confrontation avec la réalité. Cela implique la reconnaissance des contraintes et une évaluation de la faisabilité. La personne se doit d'être consciente que l'atteinte de cet objectif exige que certaines conditions soient remplies et que certaines étapes soient franchies. Cette conception correspond à celle de Giddens (1987) montrant l'importance de la reconnaissance des conditions de l'action et la mobilisation ou la constitution des moyens appropriés pour agir. Le projet de vie implique une conduite active, une construction et une élaboration de plans d'action qui ne sont pas instantanées (Goguelin et Krau, 1992). Autrement dit, le projet de vie s'élabore en tenant compte de plusieurs dimensions (psychologiques, cognitives, environnementales). Le projet de vie exige aussi une décentration du moment présent, c'est-à-dire une obligation de quitter le présent pour qu'émerge cette nouvelle orientation vers le futur. Il conduit à évaluer comportements et attitudes, autrement dit à être réflexif au sens de Giddens. Le projet de vie est en effet associé à des conduites d'anticipation et correspond à une élaboration de la personne concernant son devenir. C'est une façon pour elle de reprendre pouvoir sur sa vie et son avenir, ne le subissant pas mais, au contraire, en le prévoyant et même en le provoquant. En ce sens, c'est une marque d'affirmation personnelle (Goguelin et Krau, 1992). Ainsi, élaborer et réaliser des projets, c'est se construire soi-même.

Compte tenu que le projet de vie émerge de la personne et de sa relation au monde, l'intentionnalité devient un fil conducteur à

considérer. Dans le monde de la philosophie, l'intentionnalité caractérise la propriété essentielle de la conscience humaine d'être constamment en lien avec son environnement. Ainsi, la conscience humaine est de nature relationnelle. Elle est orientée vers des objets subjectivement significatifs et c'est à travers son action et ses interactions avec l'environnement que la personne construit et donne un sens à son existence. En effet, toute perception ou action de la personne reflète une intentionnalité traduisant sa façon personnelle de concevoir et d'organiser sa vie, sa façon de prendre position dans la vie (Drolet, 1995).

L'intentionnalité est donc le sens tacite donné à l'action à travers la relation avec l'environnement. Confrontée constamment à l'environnement et aux réalités extérieures changeantes, la véritable question est de savoir comment l'intentionnalité de la personne s'individualise et se maintient malgré ou grâce à ces conditions (Lemaire, 1997). L'exploration de l'intentionnalité, c'est la recherche de l'orientation authentique d'une personne, de son ou de ses projets véritables à un moment et dans un lieu donnés de sa vie. Cette exploration s'annonce essentielle dans le travail thérapeutique avec la personne atteinte d'un TPL puisque l'intentionnalité se retrouve au cœur même de la personne et représente le moteur de l'action. C'est aussi cette même intentionnalité qui explique le comportement observé et potentiel de la personne. On ne doit pas confondre l'intentionnalité avec les intentions. La simple intention est davantage l'expression d'un but conscient, d'un projet, alors que l'intentionnalité représente la dimension profonde qui sous-tend les intentions (Drolet, 1995).

L'intentionnalité est l'essence primaire tandis que l'intention peut être influencée par l'environnement et contrainte par le désir important de plaire aux autres, de répondre à certaines normes sociales ou encore aux attentes des autres. Il est d'ailleurs fréquent qu'il y ait conflit entre l'intention et l'intentionnalité (Drolet, 1995). Ce conflit a pour conséquences de ralentir ou de freiner le processus d'action de la personne, de créer un malaise, ou encore de provoquer un sentiment d'inauthenticité ou d'aliénation. Drolet (1995) donne un exemple mettant en évidence l'intentionnalité en tant que structure de sens et de direction. Il montre aussi que l'intentionnalité implique la personne entière dans son rapport subjectif avec l'ensemble de son environnement.

VIGNETTE CLINIQUE

Cet exemple est celui d'un père de famille qui a subi un congédiement, suite à une importante réduction de personnel dans l'organisation pour laquelle il travaillait. En dépit de ses excellentes qualifications, il n'arrive pas à se retrouver un emploi. Cela semble surtout dû à ses piètres performances lors des entrevues de sélection. Un fort sentiment d'échec commence à affecter sérieusement son image en tant que professionnel. Plusieurs hypothèses peuvent aider à comprendre ce qui se passe dans l'esprit de ce jeune père de famille (deuil non résolu, perte de confiance en soi, manque d'habiletés...). Afin de mieux comprendre la situation vécue par ce jeune père de famille, il faut d'abord postuler qu'elle a un sens pour lui, et de ce fait, le considérer comme un agent actif doté d'une structure intentionnelle, c'est-à-dire un être qui donne un sens et une direction à sa vie. Ainsi, que désire ce jeune père de famille ? Quels sont ses besoins, ses valeurs ? Ces questions ont permis de mettre en lumière différents aspects de la situation de cet homme. Ainsi, depuis sa perte d'emploi, il avoue apprécier le temps qu'il passe avec son jeune enfant. Il n'a plus le même désir de s'investir à corps perdu dans son travail et il est satisfait de son rôle d'homme et de père au foyer.

Dans cet exemple, l'intention exprimée est de décrocher un emploi, mais l'intentionnalité est de rester à la maison et de réaliser une autre sorte de projet tout en faisant le point au plan professionnel. Si on ne reconnaît pas que la réaction de cet homme à la situation contient en elle-même une orientation subjective intentionnelle, on pourrait être amené à mettre beaucoup de pression sur le père de famille pour qu'il retourne au travail. Par exemple, le thérapeute pourrait l'encourager à ne pas se laisser abattre et à se retrousser les manches afin de réintégrer le marché de l'emploi et rater ainsi l'occasion de développer son rôle de père. Il s'avère donc essentiel d'observer l'action et ses conditions, de chercher son sens dans le langage non verbal et de distinguer l'intention de l'intentionnalité.

Une solution au cœur du problème : découvrir et mobiliser l'intentionnalité

À la lumière de ce qui précède, il apparaît qu'il faille explorer l'intentionnalité de la personne souffrant d'un TPL avant de passer à l'élaboration et à la réalisation d'un projet de vie. En effet, il est essentiel de faire ressortir ce qui appartient à la personne, ce qui la mobilise sans qu'elle le sache elle-même. Les intervenants risquent de faire une erreur fondamentale s'ils considèrent que le problème est de ne pas être engagé dans un projet ou de ne pas fonctionner. C'est la désorganisation qui saute alors aux yeux et l'intervention envisagée vise la correction du comportement plutôt que la recherche de sens. En considérant la personne souffrant d'un TPL comme une personne unique et comme l'acteur principal de sa vie, il est conséquent d'examiner son parcours antérieur et ses projets selon sa propre perspective, selon son intentionnalité.

Développer la capacité réflexive

L'activité réflexive d'une personne consiste à prendre conscience de son action, de celle des autres, de leurs interactions, des conditions dans lesquelles elle agit et des conséquences qui en résultent. En général comme en thérapie, la personne doit prendre du recul pour examiner tout cela.

La personne apprend ainsi à reconnaître les capacités et les difficultés qui lui appartiennent ainsi que les caractéristiques de l'environnement qui habilite ou contraignent son action. Elle apprend aussi à reconnaître les meilleurs moyens pour agir et progresser dans son processus de rétablissement. En fait, cet exercice mène à une confrontation entre le discours de la personne et son action, non pas dans le but de l'invalider ou de lui montrer sa dérive par rapport à un projet énoncé mais bien pour lui permettre, d'une part, de développer son activité réflexive vis-à-vis d'elle-même et de son environnement et, d'autre part, d'explorer et d'exprimer une intentionnalité non dite. Cette activité réflexive devrait entraîner la mise en place de meilleures stratégies pour tenter de surmonter les obstacles de manière consciente et efficace.

Dans cette perspective, l'intervenant soutient et oriente la personne dans son processus d'apprentissage afin de reconnaître les conditions nécessaires au déroulement et au succès de son action. Autrement dit, il attire son attention sur les ressources et les règles à constituer ou à mobiliser en tenant compte de leur dualité. Il l'aide aussi à prendre conscience des conséquences de son action sur elle et sur les autres. De toute évidence, le développement de l'activité réflexive de la personne

est à la fois, le moyen utilisé pour la faire progresser et le but recherché à moyen et long terme pour qu'elle reprenne le contrôle sur sa vie.

Donc, cette capacité réflexive se développera chez la personne TPL à travers l'examen systématique avec le thérapeute de son action, des conditions et des conséquences observées. Il faut se rappeler que la personne est dans un rapport dialectique avec son environnement et que c'est à travers ses actions et interactions que la personne construit une représentation plus large, plus subtile et nuancée du monde qui l'entoure, de même que son identité personnelle. En outre, il faut faire ressortir la dualité des choses et montrer qu'un même élément est à la fois habilitant et contraignant. La dualité est omniprésente mais la personne atteinte d'un TPL n'en a guère conscience. Elle fait ce qu'on appelle communément du clivage : tout est noir ou tout est blanc, les uns sont bons, les autres sont mauvais, on est avec elle ou contre elle. Par conséquent, la thérapie gagnera à intégrer des mises en situation qu'on pourra examiner et sur lesquelles on pourra exercer une activité réflexive.

Si l'on reprend la hiérarchisation des objectifs proposée par Linehan (1993), on peut mettre en parallèle le développement progressif de la capacité réflexive (tableau I). Ainsi, la première phase consiste à établir une relation thérapeutique stable et à aider la personne à faire des changements assurant d'abord sa sécurité physique et son bien-être, soit se maintenir en vie et maintenir la relation thérapeutique. Cet objectif de base commande d'abord le développement d'une réflexivité immédiate pour faire face au présent, à l'ici et maintenant. Il s'agit de prendre conscience des besoins fondamentaux de son corps, des actions posées pour ou à l'encontre de sa survie, des dangers et des ressources de l'environnement. Presque simultanément, il faut accroître la capacité réflexive relationnelle pour bien former et entretenir la relation entre l'aidé et l'aidant. C'est donc une phase concrète où la personne est amenée à prendre conscience et à cesser ses actions impulsives et destructrices. Pour ce faire, il est nécessaire de l'amener à s'arrêter pour reconnaître ce qui se passe et l'intéresser à apprivoiser son intentionnalité. Parallèlement, il est nécessaire d'introduire la prise en compte de la dualité des choses et l'examen des conséquences de ses actions. Durant cette phase, l'apprentissage vise, entre autres, à reconnaître l'utilisation du clivage comme mécanisme de défense et, surtout, ses impacts sur la vie, les relations et les projets. Cette étape est cruciale.

La deuxième phase, soit celle de l'exposition et de la considération des émotions liées au passé et aux événements traumatiques, représente pour la personne avec un TPL un retour sur sa vie passée. Ce regard en arrière correspond donc à une activité réflexive élargie qui dépasse le

présent pour intégrer le passé. On pourrait l'appeler réflexivité historique puisqu'elle englobe toute l'histoire de la personne. À ce stade, la personne est appelée à faire des liens, à établir des corrélations entre le passé, le présent et le futur. Le passé est réexaminé à la lumière du présent, comme le présent est réinterprété avec l'éclairage du passé. Un avenir pourra maintenant être envisagé suite à l'intégration de ce passé et de ce présent.

La troisième phase, soit celle du respect de soi et des objectifs personnels, consiste pour la personne à faire une synthèse de ses apprentissages et travailler à l'atteinte d'objectifs personnels et à son accomplissement. Elle passe donc, par le développement d'une réflexivité sur l'identité, sur les projets et sur l'avenir de la personne. C'est une réflexivité qu'on peut qualifier d'identitaire puisqu'elle touche l'être en profondeur.

Finalement, la quatrième phase, soit celle de la consolidation des acquis est fondée sur une relation avec son environnement empreinte de sérénité. Elle devrait s'accompagner du développement d'une capacité à ressentir de la joie et à ressentir une satisfaction personnelle. Ce passage à un autre niveau peut être facilité par la réflexivité dite spirituelle qui s'intéresse aux questions de sens vis-à-vis de sa vie et de reconnaissance vis-à-vis de soi.

Tableau I
**Le développement de la capacité réflexive
 au regard des étapes de traitement de Linehan**

PHASES DE TRAITEMENT DE LINEHAN	DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ RÉFLEXIVE
PHASE 1 Stabilité, sécurité et alliance thérapeutique	* Immédiate (faire place au présent, ici-maintenant) * Relationnelle (ce qui se passe dans la relation aidant-aidé)
PHASE 2 Exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques	* Historique (Histoire de la personne, liens entre son passé, son présent et son futur)
PHASE 3 Respect de soi et objectifs personnels	* Identitaire (Touche la profondeur de l'être, ses projets, ses désirs...)
PHASE 4 Consolidation des acquis Capacité à ressentir de la joie	* Spirituelle (Sens de sa vie, sérénité, satisfaction personnelle)

En développant sa réflexivité, la personne devrait changer son discours et son rapport au monde. La figure I illustre cette possible évolution discursive reflétant un changement plus profond d'attitude.

Figure 1
Évolution du discours suivant le processus de réappropriation et intégrant l'espoir et la dualité des choses

SI POSITION DE DÉSESPOIR	SI POSITION D'ESPOIR	SI POSITION D'ESPOIR AVEC UNE PRISE EN COMPTE DE LA DUALITÉ DES CHOSES
« Je n'existe pas »	« J'existe »	« J'existe avec mes joies et mes souffrances »
« Je ne suis pas une personne réelle »	« Je suis une personne réelle »	« Je suis une personne réelle avec ses forces et ses difficultés »
« Je suis piégé »	« J'ai le choix »	« J'ai le choix, ce n'est pas tout noir ou blanc »
« Je n'ai pas d'espoir »	« J'ai de l'espoir »	« J'ai de l'espoir malgré mes craintes »
« Je suis ma maladie »	« Je suis une personne qui a une maladie »	« Je suis une personne qui a une maladie avec ses avantages et ses inconvénients »
« Je ne compte pas »	« J'ai mon mot à dire »	« Je n'ai pas le pouvoir de tout changer mais j'ai mon mot à dire »

(Inspiré des travaux de Farkas et Vallée, 1996)

Cette prise en compte de la dualité des phénomènes amène donc la personne à entretenir une vision beaucoup plus intégrée, beaucoup plus nuancée de la réalité tout en lui faisant voir l'espace où elle peut agir de façon efficace et harmonieuse.

Écouter la personne et dépasser les mirages

En s'appuyant sur Drolet (1995), qui dit que toute expérience de sens est une manière de participer et de faire partie du monde, il est nécessaire de regarder la personne souffrant d'un TPL dans son processus, dans ce qui l'anime et qui forme, de fait, son positionnement vis-à-vis de ce monde. La personne a une histoire à raconter, une histoire qui parle de ses interactions avec l'environnement, à travers lesquelles s'est établi un positionnement relationnel. Ce cadre unique lui sert à interpréter ses expériences, à organiser sa conduite et à réaliser ses projets. Pour aider la personne atteinte d'un TPL, un accès à sa manière subjective de faire l'expérience de sa vie, c'est-à-dire à sa manière personnelle de lui donner un sens et une direction doit être dégagé.

Dans l'exploration de l'intentionnalité, l'accompagnement de la personne se fait à partir de sa réalité et de son point de vue afin de ne pas la propulser trop rapidement dans un futur indéfini et incertain qui lui causerait plus d'anxiété. Le cheminement se fait même si l'objectif n'est pas connu au départ. L'intentionnalité inconsciente de la personne se manifeste naturellement et subtilement dans son discours et dans ses actes. Il faut être à l'écoute pour la saisir, attirer l'attention de la personne sur ces éléments souvent négligés ou invalidés, lui refléter ce qui est observé et encourager son activité réflexive.

La personne n'est pas une page blanche et souvent le premier défi consiste à comprendre ce qui y est déjà inscrit et qu'elle ne voit pas ou n'ose pas reconnaître. L'erreur consiste à penser que la personne aidée n'est pas positionnée au regard de l'environnement, comme si elle n'avait pas déjà fait certains choix, pris certaines décisions. Or, au delà de l'angoisse de la personne, comment expliquer sa résistance à prendre des décisions, à s'engager dans une direction, ou à réaliser un projet qu'elle a pourtant énoncé verbalement, sinon qu'en admettant qu'elle est probablement mobilisée ailleurs, par autre chose, d'autres personnes, d'autres valeurs, d'autres besoins qu'elle n'exprime pas directement. À défaut de projets explicites, il est vraisemblable de penser qu'elle entretient des projets potentiels qu'elle n'est pas encore parvenue à reconnaître et à formuler. C'est dans cette perspective que l'exploration de l'intentionnalité prend tout son sens, car explorer l'intentionnalité implique surtout de décrire la relation de sens avec l'environnement telle qu'elle existe, afin qu'une véritable démarche de projet puisse avoir lieu. Si nous explorons la structure intentionnelle de la personne aidée, nous découvrirons qu'elle fait quelque chose qui a un sens et une direction. Comme il a déjà été dit, la relation entre la personne et son environnement est le véritable théâtre de l'intentionnalité, et les relations

interpersonnelles particulières en sont les scènes privilégiées. Dans plusieurs cas, il est souvent nécessaire de dénouer certaines relations interpersonnelles très enchevêtrées pour permettre l'émergence de projets actualisant. La voie d'accès à l'intentionnalité, c'est l'univers subjectif. C'est lui qui peut nous permettre de comprendre pourquoi une personne fait ou ne fait pas quelque chose, pourquoi elle tergiverse et ne s'engage qu'à moitié, pourquoi elle refuse, ou encore pourquoi elle s'acharne. L'action, plus que le discours, exprime l'intentionnalité (voir l'histoire de Marie). Les principes d'établissement des buts proposés par Macpherson et al. (1999) sont compatibles avec la vision du projet de vie exposé et conçu comme un enchaînement d'actions et de petits projets. Ces principes renvoient au fait que les buts doivent être choisis par la personne et être réalistes, c'est-à-dire atteignables dans l'année qui suit, que leur nombre doit être réduit au minimum et qu'ils doivent être significatifs pour la personne. En d'autres mots, c'est en s'exprimant dans des projets et dans des actions que l'on peut se réaliser (Drolet, 1995). Selon Goguelin et Krau (1992), se réaliser, c'est rendre concret ce qui était déjà présent au plus profond de soi, avant le projet et qui a pris forme à travers lui.

Histoire de Marie

Marie a 26 ans, elle a connu une vie désorganisée depuis son adolescence. Elle est suivie dans une clinique spécialisée pour TPL depuis 2 ans. Elle dit vouloir retourner à l'école afin de compléter ses études secondaires et un programme en éducation spécialisée. D'une part, Marie a un grand désir d'aider les autres mais, d'autre part, elle a toujours détesté l'école. Le processus d'exploration de l'intentionnalité de Marie a permis de mieux saisir son intention profonde et le sens qu'elle cherche à donner à sa vie. Il est évident que Marie envisage de retourner aux études seulement pour s'assurer une meilleure qualité de vie et une plus grande stabilité. Elle veut être aidante, c'est valorisé. On constate qu'elle aimerait atteindre la cible mais sans répondre aux exigences qui y mènent. Le discours et les actions de Marie sont en contradiction et font ressortir le conflit entre son intentionnalité et son intention. Par exemple, Marie se dit très motivée à préparer son retour à l'école mais elle ne se présente pas à plusieurs de ses rendez-vous et n'amorce aucune démarche concrète pour actualiser son retour aux études. Afin de

saisir sa véritable intentionnalité, il faut donc aller au-delà des intentions exprimées dans son discours, lire et accepter le message de ses comportements. Pour Marie, il semble que la véritable intentionnalité porte à la fois sur son besoin de sécurité et de stabilité, et sur son désir d'être reconnue et d'être utile aux autres qui sont comme elle. Dans l'intention se retrouve souvent un désir de se conformer aux attentes des autres, de plaire à l'environnement. En somme, pour Marie, l'école est un moyen difficile et quasi irréaliste pour atteindre dans un futur trop lointain un statut clair d'employé valorisé et d'aidant utile. En effet, Marie veut faire quelque chose de concret en rapport avec son expérience de vie mais elle a abandonné l'école très jeune. De plus, elle ne semble pas reconnaître la dualité de ce moyen, c'est-à-dire qu'il est à la fois habilitant (il mènera au diplôme) et contraignant (il faudra respecter les règles, faire des efforts, vivre en groupe). Le projet d'études est-il un mirage ? Comment encourager Marie à satisfaire ses véritables besoins ?

Soutenir l'espoir

Selon plusieurs auteurs, l'espoir s'avère même le point de départ de tout projet ou processus de guérison (Byrne et al., 1994 ; Kirkpatrick et al., 2001). L'espoir consiste en un état général de croyances et d'attitudes positives face à l'avenir (Spencer et al., 1997). Selon eux, l'espoir comporte des composantes cognitive (imagination et capacité de choisir), émotionnelle (attitude positive) et spirituelle (conviction que la vie a un sens en dépit des difficultés et des souffrances). Farkas et Vallée (1996) désignent aussi l'espoir comme une des deux catégories de facteurs influençant le processus de rétablissement. Ainsi, outre les occasions offertes à la personne de vivre une démarche de changement et de reprendre le contrôle sur sa vie, il y a le niveau d'espoir que la personne entretient par rapport à elle-même. L'espoir facilite donc le processus de rétablissement et les progrès entretiennent l'espoir. Ces considérations quant à l'espoir sont valables tant pour la personne ayant un TPL que pour le thérapeute qui l'accompagne dans ce difficile parcours. Comme le propose Cyrulnik (2001), les intervenants doivent être des tuteurs de résilience. Ils sont invités à positiver leur regard sur autrui, à modifier leur pratique, à mieux observer et utiliser les

ressources propres des personnes aidées car la résilience se construit dans la relation avec l'autre.

Mobiliser les capacités de la personne

Conformément à la nécessité de reconnaître les conditions d'action pour agir plus efficacement, il importe de considérer les forces et les difficultés fonctionnelles de cette clientèle. Pour abrégier leur présentation et les mettre en évidence, ces forces et ces faiblesses sont exposées ici dans un tableau (voir tableau II). Il est élaboré selon le modèle du rendement occupationnel proposé par l'Association canadienne des ergothérapeutes laquelle met en perspective la relation dynamique et interdépendante qui s'établit entre la personne, l'environnement et l'occupation (ACE, 1993). Le tableau illustre la mince frontière entre les capacités et les difficultés de la personne ayant un TPL tout en précisant la nature des difficultés. Cette manière de présenter parallèlement les forces et les faiblesses de la personne permet d'envisager la pertinence d'explorer l'intentionnalité. De plus, selon les principes de la réadaptation psychiatrique et du processus de rétablissement, il s'avère essentiel de considérer, non seulement les difficultés de la personne, mais aussi ses capacités, lesquelles s'avèrent des ressources, voire des atouts essentiels, pour changer.

Tableau II
**Exemples de capacités et de difficultés fonctionnelles
chez la personne TPL**

DOMAINES DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL	CAPACITÉS	DIFFICULTÉS
Soins personnels	Autonomie dans les soins de base et dans les tâches domestiques Inconstance/motivation	fluctuante Routine de vie déséquilibrée
Productivité	Conservation de certains rôles sociaux ; Capacité de fournir un rendement productif dans une tâche	Instabilité Difficulté relationnelle avec l'autorité Difficulté à maintenir ses engagements

Loisirs	Conservation de l'intérêt pour les loisirs	Désintérêt à réaliser des loisirs seul Difficulté à préciser ses intérêts
DIMENSIONS DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL	CAPACITÉS	DIFFICULTÉS
Affective	Maintien de certains intérêts personnels et professionnels, Habilités de communication et de socialisation	Sentiment permanent de vide, Instabilité affective et relationnelle, Impulsivité, Estime de soi faible, Peu ou absence de contrôle sur l'expression des émotions (surtout la colère)
Cognitive	Bonnes capacités intellectuelles Capacités d'apprentissage Pauvreté du jugement	Rigidité d'interprétation d'une situation Processus de mentalisation altéré
Physique	Peu ou pas de limitations physiques	Comportements autodestructeurs
Spirituelle	Présence d'un désir de donner un sens à sa vie et de mettre à profit son expérience	Difficulté à trouver un sens à sa vie Ambivalence face à la vie (pulsions de mort très présentes)

Ainsi, les difficultés de la personne avec un TPL doivent être vues, d'une part, comme une source d'information sur l'intentionnalité profonde et, d'autre part, comme des cibles de travail pour développer la réflexivité, la reconnaissance des conditions de l'action et la prise en compte de la dualité des choses. Les forces de la personne sont, pour leur part, des leviers extraordinaires à potentialiser afin de permettre à la personne de se mettre en action.

Conclusion

La personne souffrant d'un TPL tout comme l'intervenant qui l'accompagne sont mis en échec par l'absence de sens nécessaire à toute direction de l'action. L'idée que la solution pouvait se situer à l'intérieur de cette absence de sens et qu'il faille œuvrer à cette construction en tout premier lieu a guidé cette réflexion. C'est dans cette perspective que les concepts de projet de vie et d'intentionnalité ont été explorés. Il en ressort qu'il faut d'abord explorer l'intentionnalité de la personne en l'écoutant même dans son non-dit et en développant sa capacité réflexive. Avec les personnes ayant un TPL, le défi c'est quasiment de les remettre au monde et pour ce faire, il semble que l'activité réflexive soit incontournable. En effet, elle mène à l'identité personnelle qui conduit à la réappropriation du pouvoir sur sa vie. Dans ce processus, l'espoir et la mobilisation des forces de la personne sont essentiels.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Committee on Nomenclature and Statistics : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, 4^e éd., American Psychiatric Press Inc, Washington.
- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *The Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 11-24.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES, 1993, *Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client*, in Anderson, D., Brintnell, S., Calsaferrri, K., McGovern, T.J., Marazzani, M.H., Schultz, P., Stern, M., eds.
- BULLOCK, W. A, ENSING, D.S., ALLOY, V. E., WEDDLE, C. C., 2000, Leadership education : evaluation of a program to promote recovery in persons with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, été, 24, 1, 3-11.
- BYRNE, C., WOODSIDE, H., LANDEEN, J., KIRKPATRICK, H., PAWLICK, J., 1994, The importance of relationship in foresting hope, *Journal of Psychosocial Nursing*, 32, 9, 31-34.
- CÔTÉ, G., 1998, Le projet donne un sens à la vie, *Au fil des événements*, Université Laval.
- COUSINEAU, P., 1996, Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité, *Santé mentale au Québec*, 22, 1, 5-15.
- CYRULNIK, B., 2001, Le tissage de la résilience au cours des relations précoces, *La résilience : le réalisme de l'espérance*, Fondation pour l'enfance, Éditions Erès, France, 27-44.

- DAWSON, D., 1988, Treatment of the borderline patient, relationship management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 5, 370-374.
- DROLET, J.-L., 1995, L'insertion socio-professionnelle en tant que relation intentionnelle au monde, *Carriérologie*, 117-140.
- FARKAS, M., VALLÉE, C., 1996, De la réappropriation au pouvoir d'agir: la dimension discrète d'une réelle réadaptation, *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 21-32.
- FONAGY, P., 1991, Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatments of borderline patient, *International Journal of Psycho-analysis*, 72, 639-656.
- FRANKL, V., 1970, *La psychothérapie et son image de l'homme*, Paris, Resna, 98-112.
- GIDDENS, A., 1987, *La constitution de la société*, Presses universitaires de France, Paris.
- GOGUELIN, P., KRAU, E., 1992, *Projet professionnel, Projet de vie*, Paris, ESF, 159-167.
- JACOBSON, N., CURTIS, L., 2000, Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 4, 333-341.
- KIRKPATRICK, H., LANDEEN, J., WOODSIDE, H., BYRNE, C., 2001, How people with schizophrenia building their hopes, *Journal of Psychosocial Nursing*, 3, 1, 46-53.
- LEMAIRE, F., 1997, « *Projet de vie* » : une introduction, Le corps mémoire, Association pour une pédagogie du développement personnel, <http://www.hometown.aol.com/corpsmemo/projetde.htm>
- LEVINSON, D. J., 1978, *The Seasons of a Man's Life*, Alfred A. Koff, New York.
- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, The Guilford Press.
- MACPHERSON, R., JERROM, B., LOTT, G., RYCE, M., 1999, The outcome of clinical goal setting in a mental health rehabilitation service. a model for evaluating clinical effectiveness, *Journal of Mental Health*, 8, 1, 95-102.
- MONBOURQUETTE, J., 1999, *À chacun sa mission : Découvrir son projet de vie*, Novalis, Université Saint-Paul, Ottawa.
- PARENT, I., 2003, *Exploration des concepts d'intentionnalité et de projets de vie en vue de leur utilisation dans le traitement et la réadaptation des*

- personnes présentant un trouble de personnalité limite*, Essai de maîtrise, Faculté de médecine, Université Laval, Québec.
- PARIS, J., 1996, Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de personnalité limite, *Santé mentale au Québec*, 22, 1, 16-29.
- PEMARTIN, D., Legres, J., 1988, *Les projets chez les jeunes: La psychopédagogie des projets personnels*, Collection Orientations, 17-92.
- PROVENCHER, H., 2002, L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27, 1, 35-64.
- RENAUD, S., 1999, Les troubles de la personnalité: guide à l'usage de l'omnipraticien, *Le Clinicien*, 117-132.
- SPENCER, J., DAVIDSON, H., WHITE, V., 1997, Helping clients develop hopes for the future, *The American Journal of Occupational Therapy*, 51, 3, 191-198.
- VAN NEST, M., 2000, Au cœur de la réussite: le projet de vie de l'élève, *Vie pédagogique*, novembre-décembre, 117, 21-24.
- YOUNG, J. E., 1990, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, Sarasota, Fla, Professional Resource Exchange, Inc.

ABSTRACT

Seeking the solution at the heart of the problem: facing the intentionality of people suffering of borderline personality disorder (BPD)

This essay takes its support on the study of concepts of intentionality and life projects and their use in the rehabilitation of people with borderline personality disorder (BPD). It considers that these people are disconcerted and disconcerting and the pertinence of envisaging new ways of helping them reconstruct a sense of their existence. Inspired by constructivist approaches that recognize the constant interaction of the subject with his environment and the duality of things, this reflection leads to the necessity of exploring the intentionality of people with BPD and develop their reflexive capacity in order to allow the progressive emergence of a life project. This recovery process is part of an approach where hope and mobilization of the person's strengths take an important place.

RESUMEN

Buscar la solución en el centro del problema: enfrentarse a la intencionalidad de las personas que sufren de un trastorno de personalidad límite (TPL).

Este ensayo se apoya en el estudio de los conceptos de intencionalidad y de proyecto de vida y su utilización en la readaptación de las personas que sufren de un trastorno de personalidad límite (TPL). Parte del hecho de que estas personas están desconcertadas y son desconcertantes, y de la pertinencia de considerar maneras nuevas de ayudarles a reconstruir su sentido de la existencia. Inspirada de los enfoques constructivistas que reconocen la interacción constante del sujeto con su entorno y la dualidad de las cosas, esta reflexión conduce a la necesidad de explorar la intencionalidad de la persona con TPL y de desarrollar su capacidad de reflexión a fin de permitir el surgimiento progresivo de un proyecto de vida. Este proceso de restablecimiento se inscribe en un procedimiento en el que la esperanza y la movilización de las fuerzas de la persona tienen un lugar importante.

RESUMO

Buscar a solução no coração do problema: enfrentar a intencionalidade nas pessoas que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe (Borderline - TPL)

Este ensaio apóia-se no estudo dos conceitos de intencionalidade e de projeto de vida e sua utilização na readaptação das pessoas que sofrem de um Transtorno de Personalidade Limítrofe (TPL). Ele parte do fato de que estas pessoas são confusas e imprevisíveis e da pertinência em considerar novas maneiras de ajudá-las a reconstruir um sentido em sua existência. Inspirada pelas abordagens construtivistas que reconhecem a interação constante do sujeito com seu ambiente e a dualidade das coisas, esta reflexão leva à necessidade de explorar a intencionalidade da pessoa sofrendo de um TPL e de desenvolver sua capacidade reflexiva, a fim de permitir a emergência progressiva de um projeto de vida. Este processo de restabelecimento inscreve-se em uma abordagem onde a esperança e a mobilização das forças da pessoa têm grande importância.