

PSYCHIATRIE

Conférences scientifiques

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

UNIVERSITÉ DE TORONTO

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE

TORONTO, ONTARIO

MARS 2000

Volume 4, numéro 1

La thérapie comportementale dialectique : un traitement prometteur du trouble de la personnalité borderline

SHELLEY MCMAIN, Ph.D., C. Psych. et LORNE KORMAN, Ph.D., C. Psych.
Programme sur les troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto
Professeurs adjoints, Département de psychiatrie, Université de Toronto

Le traitement des patients atteints du trouble de la personnalité borderline pose d'importants défis pour le clinicien. L'absence de traitement efficace pour ce trouble est l'un des problèmes les plus affligeants. La recherche sur le traitement de cette population était axée principalement sur l'intervention pharmacologique. La majorité des études conclut que les médicaments psychotropes ont peu d'effets et sont considérés au mieux comme un appoint thérapeutique au traitement psychosocial à long terme^{1,2}. Bien qu'il existe de nombreux livres et articles sur la psychothérapie du trouble de la personnalité borderline, jusqu'à récemment peu de recherches ont été effectuées sur les interventions psychosociales. Au cours de ces dernières années, on a fait preuve d'optimisme à propos du pronostic clinique du trouble de la personnalité borderline étant donné les nombreuses données à l'appui de l'efficacité d'un nouveau traitement psychologique, la thérapie comportementale dialectique³.

Épidémiologie

Les estimations de la prévalence du trouble de la personnalité borderline parmi les populations psychiatriques varient de 11 % chez les patients externes⁴ à 14 à 20 % chez les patients hospitalisés⁴. Les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline présentent un taux extrêmement élevé d'autres troubles psychiatriques concomitants. Chez ces patients, on a noté un taux élevé de troubles affectifs, de syndrome de stress post-traumatique, de troubles de l'alimentation, de toxicomanie et d'autres troubles de la personnalité⁵. La comorbidité contribue à la complexité du traitement en augmentant le caractère incurable des autres troubles mentaux et en nécessitant l'adoption d'une approche thérapeutique globale et à plusieurs facettes. Les difficultés du traitement du trouble de la personnalité borderline sont aggravées par les crises souvent réfractaires, la colère intense et les déficits dans les relations interpersonnelles⁶, qui engendrent souvent la colère, le découragement, le rejet et l'épuisement professionnel chez le personnel soignant. Le taux élevé d'abandon du traitement chez ces patients aggrave les difficultés.

En plus des multiples difficultés cliniques posées par les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline, le traitement de cette population peut être véritablement une question de vie ou de mort aux enjeux élevés. Les actes auto-destructeurs intentionnels et le suicide constituent les comportements qui sont peut-être les plus souvent associés à ce trouble, ce qui



Centre
for Addiction and
Mental Health
Centre de
toxicomanie et
de santé mentale



UNIVERSITY
OF TORONTO

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale à été créé par le regroupement de :
Institut psychiatrique Clarke
Addiction Research Foundation
Donwood Institute
Queen Street Mental Health Centre

Médecin-chef

David S. Goldbloom, MD, FRCPC
(*rédacteur*)

Chefs de clinique

Howard Barbaree, PhD, C. Psych
Joseph Beitchman, MD, FRCPC
Jean Byers, MD, FRCPC
Gloria Chaim, MSW
Barbara Dorian, MD, FRCPC
Luis Fornazzari, MD, FRCPC
Dennis James, MSc
Sidney Kennedy, MD, FRCPC
David Marsh, MD
Susan Morris, MSW
Joel Sadavoy, MD, FRCPC
Wayne Skinner, MSW
Robert Zipursky, MD, FRCPC

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale
250, rue College
Toronto, Ontario M5T 1R8
www.camh.net

Les opinions exprimées dans Psychiatrie, Conférences scientifiques™ sont exclusivement celles des membres de le Centre de toxicomanie et de santé mentale

Tableau 1 : Hiérarchie des comportements cibles au cours du premier stade de la maladie	
Comportements cibles	Exemples
Comportement suicidaire et para-suicidaire	Gestes suicidaires Menaces suicidaires Idées suicidaires Coupures et brûlures
Comportement gênant le traitement : Client	Manque des séances de traitement Arrive en retard aux séances de traitement Dérange les séances de groupe N'effectue pas les tâches assignées/ ne remplit pas son journal
Comportement gênant le traitement : Thérapeute	Oublie les séances Commence les séances en retard Inattentif ou regarde l'horloge Reçoit des appels/permets d'autres interruptions pendant la séance Traite le client comme une personne fragile Considère le client comme inférieur au thérapeute
Comportement interférant avec la qualité de vie	Toxicomanie Alimentation insuffisante ou excessive Relations sexuelles à risque Dépenses exagérées Compromet le revenu/la maison
Adaptation de Linehan, M.M. <i>Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder</i> , New York: Guilford Press, 1993.	

a conduit Gunderson⁷ à intituler ces comportements « la spécialité comportementale » des sujets atteints de ce trouble. De 70 % à 75 % des patients atteints du trouble de la personnalité borderline commettent au moins un acte auto-destructeur^{8,9} et le taux estimé de suicides réussis est en général d'environ 9 %¹⁰⁻¹². Parmi les patients répondant aux huit critères du trouble de la personnalité borderline énoncés dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (1980), le taux de suicides réussis a monté en flèche pour atteindre 36 %¹⁰. Il n'est alors pas surprenant que les patients atteints de ce trouble présentent des taux élevés d'hospitalisations, qui représentent selon les estimations de 10 à 25 % de toutes les hospitalisations psychiatriques⁷. Le taux élevé d'utilisation des services de soins de courte et de longue durée représente un coût important pour le système de santé et les ressources communautaires.

La théorie biosociale du trouble de la personnalité borderline

Linehan³ a élaboré une thérapie comportementale dialectique dans le contexte du traitement de patients

chroniquement suicidaires atteints du trouble de la personnalité borderline. La thérapie comportementale dialectique repose sur une théorie biosociale de la dysfonction borderline postulant que des facteurs biologiques et environnementaux déterminants interagissent et contribuent avec le temps au dérèglement du système émotionnel. Bien que le rôle des facteurs constitutionnels n'ait pas été bien établi, on reconnaît de plus en plus que les facteurs biologiques, en particulier les irrégularités psychiques dans le contrôle des affects et des impulsions prédisposent les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline au dérèglement des émotions¹³⁻¹⁵. Les problèmes de régulation de l'affect sont gérés de façon dysfonctionnelle, ce qui entraîne des comportements tels que la dissociation et l'engourdissement émotionnel qui bloquent les stimuli transmis émotionnellement. Les problèmes de modulation des émotions entraînent également des comportements qui fournissent une évasion aux émotions douloureuses telles que les actes suicidaires et para-suicidaires, la toxicomanie et d'autres comportements impulsifs.

Les expériences invalidantes dans l'environnement interagissent avec le tempérament émotionnellement

Tableau 2 : Stratégies de la thérapie dialectique	
Dialectique	
Le changement comparativement à l'acceptation	
Intervention	
Résolution des problèmes : Amélioration des compétences Gestion des événements imprévus Analyse du comportement Analyse des solutions Restructuration cognitive Exposition <i>comparativement à</i> Validation, reflet juste Amélioration de l'auto-validation Acceptation des problèmes Observation Tolérance de la détresse Authenticité radicale	
Dialectique	
L'irrévérence comparativement à la communication réciproque	
Intervention	
Irrévérent, provocateur, agressive, bizarre, attitude outrageuse <i>comparativement à</i> Réciprocité, réceptivité chaleureuse Travailler avec le patient pour améliorer son aptitude à gérer ses réseaux social et thérapeutique <i>comparativement à</i> Intervenir au nom du patient lorsque les bénéfices à court terme l'emportent sur l'absence d'apprentissage à long terme.	

vulnérable du sujet pour contribuer au développement de la personnalité borderline. Linehan³ fait remarquer que les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline ont grandi dans des environnements où ils ont appris que leurs expériences personnelles sont invalides et fondamentalement déficientes. Le taux élevé d'abus physiques et sexuels signalés par les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline¹⁶ sont des exemples des formes plus insidieuses de l'invalidation. On enseigne à ces sujets que les problèmes de la vie peuvent être résolus facilement, ce qui explique pourquoi ils

abordent souvent les problèmes en faisant preuve d'une surestimation de leur capacité à les résoudre. Étant donné que les expressions d'affects négatifs sont souvent ignorées jusqu'à ce que la réaction d'autrui augmente, ces sujets apprennent que la façon d'obtenir une réponse de l'environnement est d'afficher ses émotions et ses comportements de façon spectaculaire (p. ex. comportement para-suicidaire, menace de suicide et débordements de colère).

Dans la thérapie comportementale dialectique, les comportements dysfonctionnels associés au trouble de la personnalité borderline sont considérés comme des stratégies de prise en charge mal adaptées qui constituent des tentatives de la part du sujet de réguler ses émotions douloureuses ou qui sont la conséquence d'émotions non régulées. L'implication de cette théorie pour le traitement est que les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline doivent apprendre des stratégies fonctionnelles pour moduler leur réactivité et l'intensité et la durée de leur réaction émotionnelle. Les cliniciens font souvent face à un dilemme : le fait de pousser ces patients à changer est une expérience aversive pour ces derniers puisqu'elle reproduit certains aspects de l'environnement invalidant. La thérapie comportementale dialectique résout ce dilemme en établissant dialectiquement un juste milieu entre la validation des comportements du patient et l'incitation aux changements.

Traitement

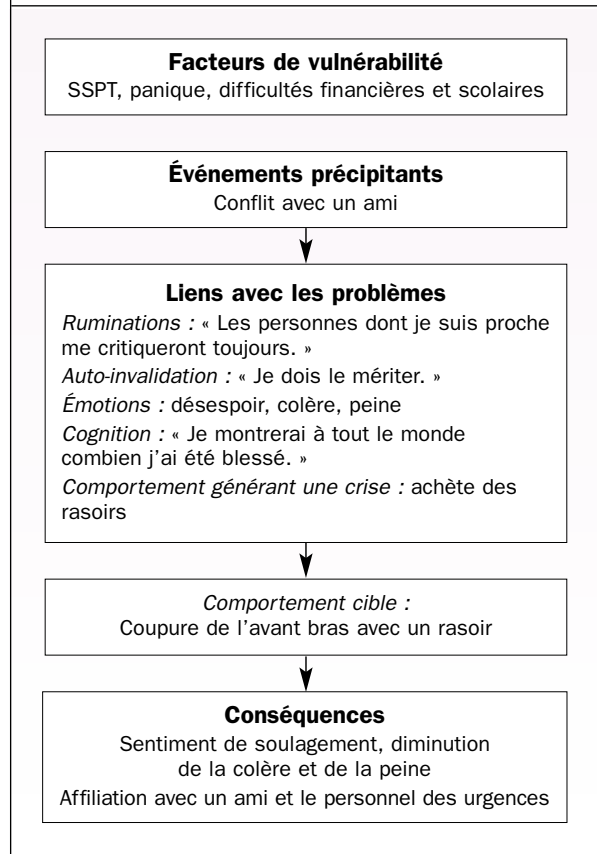
La thérapie comportementale dialectique est une psychothérapie combinant les approches cognitivo-comportementales traditionnelles et la validation et l'acceptation (p. ex. la psychothérapie centrée sur le client). La dialectique consiste à concilier des facteurs opposés dans un processus continu de synthèse³. Linehan a mis au point la thérapie comportementale dialectique après avoir observé les limites des interventions cognitivo-comportementales traditionnelles, qui selon elle mettaient principalement l'accent sur le changement de comportement et accordaient peu d'attention à la validation et à l'acceptation. Cette conciliation de perspectives opposées (le changement et l'acceptation) forme la dialectique centrale de la thérapie comportementale dialectique.

Nous vous donnons ci-après un aperçu du protocole standard de thérapie comportementale dialectique chez

les patients de consultation externe, élaboré initialement pour traiter les sujets atteints du trouble de la personnalité borderline. Les quatre méthodes standards utilisées dans le cadre de la thérapie comportementale dialectique sont les suivantes : thérapie individuelle, groupe d'apprentissage de compétences, consultation téléphonique après les heures d'affaires et réunion des thérapeutes administrant la thérapie comportementale dialectique à des fins de consultation. Comme d'autres thérapies comportementales, le traitement est extrêmement structuré et est organisé en fonction du mode d'intervention et du stade de la maladie. Bien que Linehan ait divisé ce trouble en quatre stades et ait établi des objectifs différents à chaque stade, le traitement a été élaboré et évalué chez des patients au premier stade de la maladie, au cours duquel l'objectif est de réduire le dérèglement du comportement. Au cours de la première phase du traitement des patients, trois classes de comportement sont visées de façon hiérarchique. Par ordre de priorité, ces classes comprennent les comportements suicidaires et para-suicidaires, les comportements interférant avec le traitement et les comportements interférant avec la qualité de vie. Des exemples de ces comportements cibles sont présentés au tableau 1. On notera que les comportements du thérapeute qui font obstacle à ce que le patient obtienne le plein bénéfice du traitement sont également examinés. Les décisions sur les comportements à analyser au cours de chaque séance sont guidées par les renseignements notés par le patient dans son journal. Étant donné que les comportements émotionnels secondaires (p. ex. vulnérabilité émotionnelle, passivité active) peuvent gêner la réalisation des objectifs primaires, il est souvent nécessaire de les examiner, de les évaluer et de les traiter.

La thérapie comportementale dialectique emploie une large gamme d'interventions dans le cadre d'une approche globale. Le tableau 2 fournit un aperçu des principales stratégies dialectiques de la thérapie comportementale dialectique. Les deux principaux types d'intervention dans cette thérapie consistent en des stratégies de validation et de résolution de problèmes. Les séances sont structurées en partie autour de stratégies de résolution de problèmes dans le cadre desquelles on analyse les comportements cibles problématiques. Une liste des objectifs prioritaires est utilisée pour déterminer le problème sur lequel on devra se concentrer à chaque séance. Les antécédents, leurs liens avec le pro-

Figure 1 : Illustration d'une analyse comportementale



blème et les conséquences associées fonctionnellement aux comportements cibles sont identifiés et des analyses en vue de trouver des solutions sont effectuées pour promouvoir un comportement plus fonctionnel. Des analyses répétées des comportements à problème avec le temps et en fonction des situations permettent d'identifier certains types de problème. Un exemple d'analyse d'une chaîne de comportements associés à un comportement cible para-suicidaire est illustré à la figure 1.

En outre de l'accent mis sur le changement, la thérapie comportementale dialectique accorde une aussi grande importance à la validation par le thérapeute du bien-fondé de l'expérience faite par les patients. La validation de l'expérience des patients ne consiste pas à « valider l'invalidé ». Par exemple, dans la thérapie comportementale dialectique, un thérapeute ne dirait pas que le comportement suicidaire d'un patient a du sens, mais il pourrait communiquer au patient que le désir d'échapper à des émotions douloureuses est parfaitement compréhensible. Le juste milieu entre l'acceptation des

patients tels qu'ils sont et la persistance à les pousser à changer constitue la dialectique centrale de la thérapie comportementale dialectique.

La thérapie comportementale dialectique implique des changements comportementaux importants et exigeants de la part des sujets atteints du trouble de la personnalité borderline, très souvent en raison de la présence d'un dérèglement émotionnelle intense, de souffrance et de déficits relationnels et d'autres compétences fondamentales de la vie. Le fait d'exiger et de ré-exiger de la part des patients qu'ils s'engagent à atteindre ces objectifs difficiles constitue un défi majeur. Linehan³ a souligné un nombre de stratégies spécifiques dans la thérapie comportementale dialectique en vue d'orienter le patient et d'améliorer son engagement. Les stratégies d'orientation comprennent la clarification des règles de l'abandon et la communication de renseignements clairs sur ce que l'on attend du patient, du clinicien et sur les modalités du traitement. Les stratégies d'engagement consistent à jouer à l'avocat du diable, à évaluer le pour et le contre de ne pas suivre le traitement, à souligner la liberté de choix en l'absence d'options et à adopter les stratégies de vente classiques du "pied dans la porte" et "de la porte dans le visage".

Un groupe d'apprentissage se réunissant chaque semaine améliore les habiletés du patient qui apprend la régulation des émotions, la tolérance de la détresse, l'efficacité interpersonnelle, la prise de conscience sans porter de jugement et l'acceptation de l'expérience actuelle (c.-à-d. « la conscience »). Les consultations par téléphone aident le patient à accroître ses compétences en dehors du cadre thérapeutique et lui fournissent l'occasion de gérer des comportements de crise dans le cadre d'un plan thérapeutique bien établi. Enfin, la réunion hebdomadaire des thérapeutes chargés de la thérapie comportementale dialectique améliore la motivation des cliniciens et leur capacité à s'engager dans un traitement efficace et les aide à éviter l'épuisement professionnel et les perceptions négatives à l'égard du patient. L'équipe favorise également la libre expression de perspectives divergentes sur le traitement et encourage la synthèse de positions polarisées, prévenant ainsi le clivage du personnel soignant.

L'efficacité clinique

Au cours de la décennie passée, la thérapie comportementale dialectique s'est distinguée comme la

première et l'unique psychothérapie fondée sur des données probantes utilisée pour le trouble de la personnalité borderline (à l'exception d'une étude¹⁷). Un nombre croissant d'études démontrent que la thérapie comportementale dialectique est efficace et supérieure aux traitements communautaires standards. Le protocole type de la thérapie comportementale dialectique pour les patients externes pendant un an a été évalué dans un certain nombre d'études. Cette thérapie a été soutenue initialement par une étude menée par Linehan et ses collaborateurs⁵, qui la comparait à un traitement standard communautaire. Les patients ayant suivi la thérapie comportementale dialectique présentaient des comportements para-suicidaires moins nombreux, un comportement para-suicidaire médicalement moins grave, un taux d'hospitalisations réduit et une meilleure observance thérapeutique. Après un suivi d'un an¹⁸, les patients ayant suivi la thérapie comportementale dialectique ont continué à présenter des comportements para-suicidaires moins nombreux et un taux d'hospitalisation en psychiatrie moins élevé.

L'efficacité du traitement a également été démontrée lorsque l'on a raccourci la durée du traitement par rapport au protocole standard d'un an. Des essais cliniques d'une durée de six mois sur la thérapie comportementale dialectique^{19,20} ont également suggéré qu'elle peut procurer des bienfaits importants aux patients en réduisant leur comportement para-suicidaire, les idées de suicide, les impulsions suicidaires, la colère et la dissociation.

Les hôpitaux aux États-Unis et en Europe ont commencé à utiliser la thérapie comportementale dialectique pour traiter les patients atteints du trouble de la personnalité borderline ainsi que d'un certain nombre d'autres troubles comportementaux. Cette thérapie a été appliquée dans les services hospitaliers de consultation externe, de traitement de jour, d'hébergement et d'intervention d'urgence. Diverses approches ont été adoptées pour intégrer ce type de traitement dans des contextes hospitaliers. Dans deux études^{21,22}, les auteurs ont constaté que l'introduction de la thérapie comportementale dialectique dans des contextes hospitaliers était associée à une réduction des comportements para-suicidaires.

Une étude récente²³ compare des patients abusant de substances traités en consultation externe au moyen d'une thérapie comportementale dialectique à des patients traités à l'aide d'un traitement standard. Les

patients dans le groupe de thérapie comportementale dialectique ont montré une observance thérapeutique significativement supérieure, un moins grand nombre de jours d'utilisation de substances et un meilleur ajustement social et global après un an de traitement et un suivi de 16 mois. La thérapie comportementale dialectique a également été appliquée dans le traitement des adolescents suicidaires en consultation externe à New York²⁴. Dans ce contexte, cette thérapie a été modifiée pour inclure des groupes de traitement de la famille. Dans ces cas également, on a noté une meilleure observance thérapeutique et un moins grand nombre d'hospitalisations parmi les patients recevant la thérapie comportementale dialectique comparativement à ceux recevant le traitement standard. Cependant, aucune différence entre les groupes n'a été observée dans les comportements suicidaires.

McCann et Ball²⁵ ont signalé l'application de la thérapie comportementale dialectique dans une unité fermée de psychiatrie légale. Comparativement aux patients hospitalisés dans l'unité régulière, les patients hospitalisés dans l'unité de thérapie comportementale dialectique présentaient une réduction de la dépression, de l'humeur hostile, de la paranoïa et des comportements psychotiques. En outre, le personnel dans l'unité de thérapie comportementale dialectique présentait des symptômes moins nombreux d'épuisement professionnel. Dans une autre étude²⁶, des groupes de thérapie comportementale dialectique et une équipe de consultation ont été formés dans le pavillon de santé mentale d'un établissement correctionnel pour jeunes contrevenants de sexe féminin. Les détenus recevant la thérapie comportementale dialectique présentaient un moins grand nombre de problèmes comportementaux (agression, para-suicide et perturbation de l'identité), et le personnel dans le pavillon de thérapie comportementale dialectique avait recours à un moins grand nombre d'interventions restrictives et punitives.

Efficiences

On estime que le trouble de la personnalité borderline se situe parmi les troubles psychiatriques les plus coûteux à traiter²⁷. Ces dépenses élevées sont associées aux coûts de soins de santé, de l'aide sociale et du système judiciaire. Jusqu'à présent, aucune étude n'a évalué l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique. Cependant, on a de bonnes raisons de croire

que la thérapie comportementale dialectique s'avèrera efficace et rentable. L'efficacité clinique de cette thérapie a des implications directes sur la réduction des coûts dans divers domaines. Par exemple, la réduction du nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie a été observée en général dans les études sur la thérapie comportementale dialectique, laquelle a des implications importantes sur la réduction des coûts hospitaliers.

Un rapport non vérifié suggère que l'implantation de la thérapie comportementale dialectique a des répercussions bénéfiques sur les coûts. L'American Psychiatric Association a récemment offert la palme d'or à un programme de santé mentale communautaire à Manchester, dans le New Hampshire pour le succès clinique et économique de l'intégration de la thérapie comportementale dialectique à leur programme thérapeutique²⁸. Une évaluation après un an du programme destiné aux sujets atteints du trouble de la personnalité borderline indiquait une réduction des coûts totaux du traitement de 50 %. Bien que les coûts des consultations externes aient augmenté de 49 000 \$ à 141 000 \$, les coûts hospitaliers globaux ont diminué de 453 000 \$ à 83 000 \$.

Conclusion

La thérapie comportementale dialectique est une thérapie globale initialement mise au point comme traitement externe des symptômes hautement dysfonctionnels associés au trouble de la personnalité borderline. Des travaux de recherche de plus en plus nombreux démontrent l'efficacité de cette thérapie pour réduire les actes suicidaires, les hospitalisations récurrentes, la colère, la toxicomanie et l'arrêt du traitement. Cette thérapie a suscité un enthousiasme considérable dans la communauté de la santé mentale en tant que traitement validé empiriquement du trouble de la personnalité borderline qui est un trouble psychiatrique associé à des coûts sociaux et économiques élevés. Les psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale peuvent jouer un rôle important dans les équipes de thérapie comportementale dialectique et contribuer à améliorer le niveau des soins à ces patients à haut risque.

Références

1. Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psych* 1988;45:111-119.
2. Soloff PH. Is there any drug treatment of choice for the borderline patient? *Acta Psych Scand* 1994;379:50-55.

3. Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
4. Widiger TA, Frances AJ. Epidemiology, diagnosis and comorbidity of borderline personality disorders. In: Tasman A, Hales RE, Frances AJ (eds.). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 8; 8-24. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987.
5. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psych* 1991;48:1060-1064.
6. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual*, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
7. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1984.
8. Clarkin JE, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1983;92:263-275.
9. Cowdry RW, Pickar D, Davies R. Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *Intern J Psych Med* 1985;15:201-211.
10. Stone MH. The course of borderline personality disorder. In: Tasman A, Hales RE, Frances AJ (eds). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*; Vol 8; 103-122. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989.
11. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in general hospital. *Comp Psych* 1987;28:530-535.
12. Kroll JL, Carey KS, Sines LK. *Twenty-year follow-up of borderline personality disorder: A pilot study*. IVth World Congress of Biological Psychiatry, Vol. 7; New York: Elsevier, 1985.
13. Zuckerman M. *Psychobiology of Personality*. New York: Cambridge University Press, 1991.
14. Rothbart MK, Ahadi SA. Temperament and the development of personality. *J Abnorm Psychol* 1994;103:150-155.
15. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psych* 1991;148:1647-1658.
16. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psych* 1987;144: 1426-1430.
17. Turner RM. *Dynamic cognitive behavior therapy for borderline personality disorder*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Atlanta 1993.
18. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psych* 1993;50:971.
19. Koons CR, Robins CJ, Bishop GK et al. Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: A randomized controlled trial. Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C, 1998.
20. Stanley B, Ivanoff A, Brodsky B, Oppenheim S, Mann J. Comparison of DBT and "treatment as usual" in suicidal and self-mutilating behavior. Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, D.C, 1998.
21. Barley WD, Buie SE, Peterson EW et al. The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *J Personal Dis* 1993;7:232-240.
22. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C et al. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behavior Research and Therapy*. In: Koerner K., Linehan MM, Dimeff LA. *Summary of research on DBT*. Seattle: The Behavioral Technology Transfer Group, 1999 (sous presse).
23. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addiction* (sous presse).
24. Miller AL, Rathus JH, Leigh E, Landsman M. A pilot study: Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Poster presented at the 1st annual meeting of the International Society for the Improvement and Teaching of Dialectical Behavior Therapy, New York, NY. Novembre, 1996.
25. McCann R, Ball EM. Using dialectical behavior therapy with an inpatient forensic population. Workshop presented at the 1st annual meeting of the International Society for the Improvement and Teaching of Dialectical Behavior Therapy (ISITDBT), New York, NY. Novembre, 1996.
26. Trupin EW, Stewart DG, Boesky L, McClung B, Beach B. (under review). Effectiveness of a dialectical behavior therapy program for incarcerated female offenders. In: Koerner K, Linehan MM, Dimeff LA. *Summary of research on DBT*. Seattle: The Behavioral Technology Transfer Group. 1999.
27. Linehan MM, Heard HL. Borderline personality disorder: Costs, course and treatment outcomes. In: Miller N, Magruder N (eds.), *The Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers and Policy Makers*. New York: Oxford University Press 1999:291-305.
28. Integrating dialectical behavior therapy into a community mental health program. The Mental Health Center of Greater Manchester, New Hampshire. *Psychiatric Services* 1998;49:1338-1340.

Résumés scientifiques présentant un intérêt particulier

Traitement cognitivo-comportemental des patients atteints du trouble de la personnalité borderline chroniquement parasuicidaire

AUTEURS : MARSHA M. LINEHAN, PH.D., HUBERT E. AMSTRONG, PH.D., ALEXANDRA SUAREZ, PH.D., DOUGLAS ALIMON, PH.D., HEIDI L. HEARD.

Un essai clinique randomisé a été mené pour évaluer l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental, plus précisément une thérapie comportementale dialectique, chez des femmes chroniquement parasuicidaires qui répondent au critère du trouble de la personnalité borderline. Le traitement a duré un an avec une évaluation tous les quatre mois. Les témoins recevaient un « traitement standard » dans la communauté. Lors de la plupart des périodes d'évaluation et pendant toute l'année, les patientes ayant reçu la thérapie comportementale dialectique ont présenté une incidence moins élevée de parasuicides et un moins grand nombre de parasuicides médicalement graves. Elles étaient plus susceptibles de poursuivre leur thérapie individuelle et présentaient un moins grand nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie. On n'a noté aucune différence entre les groupes en ce qui concerne la mesure de la dépression, du désespoir, des idées de suicide ou des raisons de vivre, bien que les cotes pour les quatre mesures aient diminué tout au long de l'année.

Réimpression de *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:1060-1064

L'usage de la thérapie comportementale dialectique dans un programme d'hospitalisation partielle pour les femmes atteintes du trouble de la personnalité borderline

AUTEURS : ELIZABETH B. SIMPSON, M.D., JACQUELINE PISTROELLO, M.A., ANN BEGIN, PH.D., ELLEN COSTELLO, PH.D., JACQUELINE LEVINSON, M.S.W., SHARON MULBERRY, INF., TERI PEARLSTEIN, M.D., KAREN ROSEN, M.D., MARYDALE STEVENS, INF.

La thérapie comportementale dialectique, un traitement psychosocial externe pour les femmes chroniquement suicidaires atteintes du trouble de la personnalité borderline, a été adaptée au cadre d'un programme d'hospitalisation partielle pour les femmes. Les patientes suivent le programme pendant cinq jours au minimum pendant lesquels elles reçoivent un traitement individuel ou de groupe et le nombre total de femmes est de douze. Environ 65 % des participantes répondent au moins à trois critères du trouble de la personnalité borderline et la plupart ont un comportement suicidaire et d'auto-mutilation. Les diagnostics comorbides comprennent les affections liées à un traumatisme et les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation graves, la toxicomanie et la dépression. Le programme hospitalier partiel est lié à un programme de suivi offrant un apprentissage pendant six mois pour l'acquisition de compétences en tant que patient externe fondée sur la thérapie comportementale dialectique. Les deux programmes se concentrent sur l'apprentissage de quatre compétences : La "conscience" d'attention à l'égard de ses propres expériences, les relations inter-personnelles, la régulation des émotions et la tolérance de la détresse. Les deux années pendant lesquelles le programme d'hospitalisation partielle pour les femmes a été appliqué fournissent des données prometteuses selon lesquelles la thérapie comportementale dialectique, une approche de soins en consultation externe, peut être efficacement modifiée en fonction d'un contexte d'hospitalisation partielle et d'une population plus diverse.

Réimpression de *Psychiatric Services*, 1996; 49 :669-673

La thérapie cognitivo-comportementale par utilisation d'un manuel : un essai contrôlé et randomisé sur une courte intervention avec bibliothérapie dans le traitement de l'auto-mutilation délibérée récurrente

AUTEURS : K. EVANS, PETER TYRER, J. CATALAN, U. SCHMIDT, K. DAVIDSON, J. DENT, P. TATA, S. THORNTON, J. BARBER, S. THOMPSON

Les auteurs ont examiné l'efficacité d'un nouveau traitement par utilisation d'un manuel contre l'auto-mutilation délibérée récurrente qui variait de la bibliothérapie seule (six brochures d'entraide) à six séances de thérapie cognitivo-comportementale associées aux brochures qui contenaient des éléments de la thérapie comportementale dialectique. Trente-quatre patients âgés de 16 à 50 ans, ayant consulté après un épisode d'auto-mutilation délibérée et atteints d'un trouble de la personnalité et ayant présenté antérieurement un épisode para-suicidaire dans les douze derniers mois ont été répartis au hasard pour recevoir un traitement cognitivo-comportemental (18 séances) ou un traitement standard (16 séances). L'évaluation des symptômes cliniques et du fonctionnement social a été effectuée au départ et à des intervalles de six mois. Le nombre et le taux de toutes les tentatives de para-suicide, le temps écoulé jusqu'au prochain épisode et les coûts des soins ont également été déterminés. Trente-deux patients (18 patients recevant la thérapie cognitivo-comportementale manuelle, 14 recevant le traitement standard) ont été suivis et dix patients dans chaque groupe (16 % recevant la thérapie cognitivo-comportementale manuelle et 71 % recevant le traitement standard) ont commis un geste suicidaire durant les six mois. Le taux des gestes suicidaires par mois était plus faible dans le groupe recevant la thérapie cognitivo-comportementale manuelle (moyenne de 0,17 par mois chez les patients recevant la thérapie cognitivo-comportementale manuelle; 0,37 par mois chez les patients recevant le traitement standard) et les symptômes dépressifs auto-évalués se sont également améliorés. Le traitement comprenait en moyenne 2,7 séances et le coût moyen observé des soins était de 46 % inférieur chez les patients recevant la thérapie cognitivo-comportementale manuelle. Les résultats suggèrent que cette nouvelle forme de thérapie cognitivo-comportementale est prometteuse en raison de son efficacité et qu'elle est faisable dans la pratique clinique.

Réimpression de *Psychological Medicine*. 1999; 29:19-25

Réunions scientifiques à venir

30 mars au 2 avril, 2000

**Annual Symposium,
American College of Forensic Psychiatry**
Newport Beach, California

Personne Ressource :

Organisateur du symposium

Téléphone : 949-673-7773

Télécopieur : 949-673-7770

6-8 avril, 2000

Réunion régionale, World Psychiatric Association
Foz do Iguassu, Brazil

Personne Ressource :

Téléphone : 011-55-51-212-0065

Courriel : salahum@cpovo.net

28-29 avril, 2000

Research Conference on Women's Development
Harvard Medical School and the Stone Center at
Wellesley College

Personne Ressource :

Téléphone : 617-503-3460

Télécopieur : 617-503-3462

Courriel : hms-cme@hms.harvard.edu

Automne 2000

**Introductory and Advanced
Dialectical Behavior Therapy (DBT) Workshops**
Centre for Addiction and Mental Health

Personne Ressource :

Kathryn Parker

Téléphone : 416-535-8501 ext:6791

Courriel : kathrynparker@camh.net

La traduction française a été révisée par le Dr Isabelle Paquette, Montréal.
L'auteur demeure responsable de la forme et du contenu du texte.

Fourni à titre de service à la médecine grâce à une subvention à l'éducation de

Merck Frosst Canada & Co.

©2000 Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, seul responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Tous droits réservés. Tout recours à un traitement thérapeutique, décrit ou mentionné dans *Psychiatrie, Conférences Scientifiques* doit être conforme aux renseignements d'ordonnance au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de l'éducation médicale continue de niveau supérieur.