



HAL
open science

Thérapies comportementales dialectiques brèves et trouble de la personnalité borderline : revue systématique

Arnaud Godet

► **To cite this version:**

Arnaud Godet. Thérapies comportementales dialectiques brèves et trouble de la personnalité borderline : revue systématique. Psychiatrie et santé mentale. 2018. dumas-02112250

HAL Id: dumas-02112250

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02112250>

Submitted on 26 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année : 2018

THESE D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Thérapies comportementales dialectiques brèves et trouble de la
personnalité borderline : revue systématique**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 2018 à AMIENS

Par Monsieur GODET Arnaud

n° de thèse : 2018 - 191

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guilé Jean-Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Dervaux Alain

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Lalau Jean-Daniel

Monsieur le Professeur Desablens Bernard

Monsieur le Professeur Krzisch Claude

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordinateur régional du DES de Psychiatrie

Chef du service Consultation de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je tiens à vous remercier pour la grande qualité de votre enseignement et l'enthousiasme avec lequel vous continuez à nous accompagner et à nous transmettre votre savoir. Veuillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Président de COPEPPI (prévention et éducation du patient)

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse. Veuillez accepter mes sincères remerciements pour votre présence dans ce jury.

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Hématologie - Transfusion)

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Claude KRZISCH

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Cancérologie, radiothérapie)

Oncopôle

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Psychiatrie Adulte et Addictologie)

Chef du Service Consultation de Psychiatrie et Psychologie Médicale

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir confié ce travail et de m'avoir guidé tout au long de sa rédaction. Veuillez trouver à travers ce travail, l'expression de mon profond respect.

A ma famille,

A mes parents, pour votre soutien dans tous les aspects de ma vie, et vos encouragements.

A mes sœurs, Marine et Océane, pour votre amour et votre soutien sans faille tout au long de ces années.

A tous les autres membres de la famille.

Aux amis,

A Marco, pour nos road-trip aux quatre coins du monde.

A Simon, pour ta bonne humeur à toute épreuve.

A Daniela, por tu alegría de vivir, nuestros viajes y tu apoyo en los momentos difíciles.

A Mathieu, pour les moments sportifs et festifs que nous avons partagé sur Amiens.

A Tibo et Claire, pour l'amitié dont vous me faites part et votre soutien durant toutes ces années.

A Alexandre, pour nos vingt années d'amitié, notre passion commune pour l'histoire et ce projet d'un article conjoint.

A Julien, pour tous les voyages et les rencontres que l'on a fait depuis dix années.

A Alexandra, budapesti találkozóért és kedvességért.

A Floraine, Seb, Henri, Geo, Yacine, Sebastien, Arnaud, Julien, Yulia, Mickael, Romain, Serge, Julien, Clémence, Tiphaine, Ludivine, Thomas, Alexis,

Vous m'avez accompagné avec enthousiasme. Je vous remercie pour votre soutien sans faille.

A mes collègues, chefs et co-internes,

A Madame le Docteur Bernadette BACKHACHE

Chef du Pôle de Psychiatrie Adulte au Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Notre rencontre a été déterminante dans mon parcours. Je vous remercie pour le savoir que vous m'avez transmis dès les premiers moments de ma formation.

A Hamza, pour toutes les connaissances (médicales et footballistiques) que tu m'as transmis. Merci pour ta pédagogie et l'amitié que tu m'accordes.

A Seb, par ton enseignement de qualité et le partage de tes connaissances. Tu as joué un rôle majeur dans l'élaboration de ce projet. Merci d'avoir dirigé mon mémoire et pour ton soutien amical.

A Benoît, une superbe rencontre qui nous a conduit à faire un bout d'internat ensemble. La perspective de continuer à travailler avec toi est un grand honneur pour moi.

A Benjamin, pour ton amitié et tes appels réconfortants.

A Sofian, Hélène, Camille, Vicky, Iuliana, Nicolas, Ivan, Mathieu, Anthony, Clarisse, Hélène, Charles-Henri, Bastien, Sophia.

Aux équipes médicales et paramédicales, de l'UMA, des Pavillons Marcé Nord, du CH de Saint-Quentin, d'Abbeville et de Péronne avec qui j'ai eu la chance de travailler

Pour votre accueil chaleureux, pour la générosité dont vous faites preuve tant auprès des patients que dans le partage de votre expérience et de votre savoir.

Aux patients, qui sont les premiers auprès desquels nous apprenons notre art, pour leur tolérance face à nos faux-pas.

A tous ceux que je n'ai pas cité et qui ont fait partie de l'aventure « médecine ».

UN GRAND MERCI !

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

APA : American Psychiatric Association

CIM : Classification Internationale des maladies

DBT-ST : Dialectical Behavior Therapy-Skills training

DSM : Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders

HDJ : Hôpital de jour

IS : Idées suicidaires

LTD : Living Through Distress

TAU : Treatment As Usual / Traitement Habituel

TBM : Thérapie Basée sur la Mentalisation

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCD : Thérapie Comportementale Dialectique

TCG : Thérapie Comportementale de Groupe

TFT : Thérapie Focalisée sur le Transfert

TGS : Thérapie de Groupe Standard

TPB : Trouble de la Personnalité Borderline

TS : Tentative de Suicide

TSY : Thérapie des Schémas de Young

UMA : Unité de Médecine de l'Adolescent

USD : United States Dollar

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCTION.....	11
A. Objectif du travail de thèse	11
B. Le trouble de la personnalité limite (TPL)	12
1. Epidémiologie	12
2. Diagnostic.....	12
<i>a) Classification du DSM V.....</i>	<i>12</i>
<i>b) Classification selon la CIM 10.....</i>	<i>14</i>
3. La théorie bio-psycho-sociale.....	14
4. Prise en charge	16
5. Evolution	17
6. Comportements auto-dommageables et suicide : un enjeu de santé publique	17
7. Comorbidités	18
C. La thérapie comportementale dialectique (TCD).....	18
1. Les modalités de prise en charge de la TCD.....	19
<i>a) Les groupes d'entraînement aux compétences.....</i>	<i>19</i>
<i>b) La thérapie individuelle</i>	<i>19</i>
<i>c) Le soutien téléphonique.....</i>	<i>20</i>
<i>d) La supervision d'équipe</i>	<i>20</i>
<i>e) Les interventions auxiliaires</i>	<i>20</i>
2. Les cinq grandes étapes du traitement.....	20
<i>a) La phase de prétraitement : orientation, engagement ..</i>	<i>20</i>
<i>b) La phase 1 : stabilité, sécurité et alliance thérapeutique</i>	<i>21</i>
<i>c) La phase 2 : exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques.....</i>	<i>21</i>
<i>d) Les phases 3 et 4 : synthèse, respect de soi, objectifs personnels</i>	<i>22</i>
3. Les groupes d'apprentissage des compétences	22
<i>a) Les compétences de pleine conscience (Mindfulness)...</i>	<i>23</i>

	b)	<i>Les compétences de régulation des émotions.....</i>	24
	c)	<i>Les compétences de tolérance à la détresse.....</i>	25
	d)	<i>Les compétences d'efficacité interpersonnelle.....</i>	25
	4.	Revue de la littérature concernant la TCD standard	26
II.		MATERIELS ET MÉTHODES	28
	A.	Étude de la littérature scientifique	28
		1. Objectif de la recherche	28
		2. Recherche des références bibliographiques.....	28
		a) <i>Bases de données.....</i>	28
		b) <i>Termes utilisés</i>	28
		c) <i>Algorithme utilisé sur les différents moteurs de recherche</i>	29
		d) <i>Sélection des articles.....</i>	29
		e) <i>Extraction des données.....</i>	30
		f) <i>Outils de traduction.....</i>	30
III.		RÉSULTATS.....	31
	A.	Flow chart de la revue	31
	B.	Description des articles sélectionnés	32
IV.		DISCUSSION	43
	A.	Analyse des résultats.....	43
		1. Bénéfices sur la diminution de la symptomatologie du TPB43	
		a) <i>Diminution des passages à l'acte auto-agressifs</i>	43
		b) <i>Diminution des autres symptômes du TPB et amélioration des compétences</i>	44
		2. Evaluation de la dépression.....	44
		3. Evaluation en termes de coût et de recours aux structures de soin	45
		4. Evaluation de l'observance de la thérapie	45
		5. Efficacité comparée à d'autres thérapies spécifiques	46
	B.	Limites.....	46
		1. Limites des études incluses	46
		2. Limites de la revue	48
	C.	Perspectives d'avenir	48
		1. Les intérêts de développer des formes brèves de la TCD ...	48

2.	Les intérêts concernant une instauration de la TCD au sein d'une unité de soin	49
3.	Les intérêts de développer une TCD centrée sur l'apprentissage groupal des compétences	50
4.	Perspectives des études à venir	51
V.	CONCLUSION.....	52
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	54

RESUME

Introduction : Les psychothérapies efficaces dans la prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline (TPB) telle que la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) nécessitent des moyens humains et financiers les rendant difficilement accessibles. Pour essayer de surmonter ces limites, plusieurs équipes ont développé des versions brèves de la TCD. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature concernant les études évaluant l'efficacité des formes abrégées de TCD dans la prise en charge de patients souffrant de TPB.

Méthode : Les recherches ont été effectuées à partir des bases de données *Pubmed*, *Cochrane*, *Clinicaltrials*, *Sciencedirect*, sans limite de temps. Les mots clés utilisés ont été : *Borderline personality disorder / Borderline* et *Dialectical / Dialectical Behavioral Therapy / DBT*. Les critères d'inclusion comprenaient les études en anglais ou en français évaluant l'efficacité de formes brèves de TCD sur la symptomatologie de patients souffrant de trouble de la personnalité borderline adultes. La sélection des articles s'est faite à la lecture du titre puis du résumé en respectant les critères PRISMA.

Résultats : Dix articles ont été sélectionnés. Ils présentaient des adaptations allant d'une durée de trois semaines à six mois. Quatre de ces adaptations ont été développées au sein d'une unité hospitalière. Quatre de ces adaptations étaient centrées sur l'apprentissage groupal des compétences.

Conclusions : L'ensemble de ces adaptations avait un impact positif sur la prise en charge des patients borderline. Les bénéfices concernaient une amélioration de la symptomatologie du TPB, des troubles de l'humeur et des recours aux services de soins urgents. Ces résultats suggèrent que ces thérapies pourraient être diffusées plus largement à moindre coût.

Mots clés : Suicide, Passages à l'acte auto-agressifs, Trouble de la Personnalité Borderline, TPB, Thérapie Comportementale Dialectique, TCD.

ABSTRACT

Introduction: Effective psychotherapies in the management of patients suffering from Borderline Personality Disorder (BPD) such as Dialectical Behavior Therapy (DBT) require human and financial means that make them difficult to access. To try to overcome these limitations, several teams have developed short versions of DBT. We conducted a systematic review of the literature on studies evaluating the effectiveness of abridged forms of DBT in the management of patients with BPD.

Method: Research was conducted using the databases *Pubmed*, *Cochrane*, *Clinicaltrials*, *Sciencedirect*, with no time period limit. The keywords used were: *Borderline personality disorder/Borderline* and *Dialectical/Dialectical Behavior Therapy/DBT*. Inclusion criteria included studies in English or French evaluating the efficacy of short forms of DBT on the symptomatology of patients with adult borderline personality disorder. The articles were selected by reading the title and then the abstract according to the PRISMA criteria.

Results: Ten articles have been selected. The length of adaptations ranged from three weeks to six months. Four of these adaptations were developed within a hospital unit. Four of these adaptations focused on group learning of skills.

Conclusions: All of these adaptations had a positive impact on the management of patients with borderline. Benefits included improved BPD symptomatology, mood disorders and urgent care services. These results suggest that these therapies could be used more widely at a lower cost.

Key words : Suicide, Self-aggressive acts, Borderline Personality Disorder , BPD , Dialectical Behavioral Therapy, DBT .

I. INTRODUCTION

A. Objectif du travail de thèse

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est une pathologie psychiatrique fréquente touchant de 0,5 à 5,9% de la population générale (1,2). Il se caractérise chez les personnes qui en souffrent par une instabilité émotionnelle, des distorsions cognitives, des difficultés dans les relations interpersonnelles ainsi qu'une impulsivité marquée. Ces éléments favorisent le recours à des actes-autoagressifs chez ces patients, pouvant avoir des conséquences majeures. En effet, on considère que 10% de ces sujets décèderont par suicide, ce qui représente un taux plus de 50 fois supérieur à celui de la population générale (2). Cela se traduit également par une consommation élevée en ressources de santé (3,4). L'ensemble de ces éléments font du TPB une maladie difficile à traiter ainsi qu'un réel enjeu de santé public.

Malgré l'apparition de plusieurs psychothérapies ayant montré des bénéfices dans la prise en charge de ces patients (5), celles-ci nécessitent des moyens humains et financiers les rendant difficilement accessibles pour de nombreuses structures de santé. De plus, ces thérapies s'adressent majoritairement à une population capable de s'impliquer dans un suivi en ambulatoire sur le long terme. Tous ces facteurs font qu'une grande partie des patients borderlines n'a pas accès à ces traitements spécialisés.

Parmi ces psychothérapies, la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) développée par Linehan (6) a démontré son efficacité dans de nombreux essais cliniques randomisés ce qui en fait une thérapie reconnue par l'American Psychiatric Association (APA) (7) et par le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (8).

Ces dernières années, plusieurs équipes soumises aux mêmes limites se sont mises à développer des versions brèves ou intensives de la TCD dans le but de rendre accessible cette thérapie à un maximum de patients. Nous avons décidé de faire une revue systématisée des différentes adaptations de la TCD en terme de durée.

Avant de présenter ce travail, il est important de préciser certains concepts.

B. Le trouble de la personnalité limite (TPL)

1. Epidémiologie

Le TPB est le trouble de la personnalité le plus fréquent (2) avec une prévalence comprise entre 0,5 et 5,9 % au sein de la population générale (2,9). Il apparaît le plus souvent au cours de l'adolescence (10) et représenterait environ 10 à 15 % des patients psychiatriques suivis en ambulatoire et 15 % à 40 % des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie (11,12).

Le sex-ratio retrouvé chez ces populations est d'environ 70 % de femmes pour 30 % d'hommes dans les unités spécialisées (13), alors que les études réalisées dans la population générale ne retrouvent pas de différence entre les deux sexes (9,14).

2. Diagnostic

Le concept de TPB a longtemps été débattu. Le terme « borderline » est utilisé la première fois en 1884 par Hugues dans ses conférences de *The borderland of insanity*¹(15) pour décrire des cas de symptômes physiques survenant lors d'affections psychiatriques. Durant de nombreuses années, ce trouble a été intégré au champ des psychoses et il faut attendre près d'un siècle après sa première évocation pour le voir intégré au sein d'une classification (16).

a) Classification du DSM V

Le TPB fait son apparition dans le DSM en 1980 suite aux travaux de Gunderson, Singer et Zanarini. Ces auteurs ont repris les caractéristiques les plus spécifiques décrites dans la littérature, afin d'établir des critères diagnostiques précis. Ces critères sont d'abord au nombre de six lors de l'introduction dans le DSM III (1980) (17) puis ils passent à neuf dans le DSM-IV (2000) (18) et le DSM-V (2013) (19).

¹ Frontière de la folie

La classification du DSM-V (19) contrairement aux versions précédentes utilise à la fois un modèle catégoriel et dimensionnel pour déterminer le TPB.

Le modèle catégoriel (19) reste inchangé par rapport au DSM-IV (18) et pose le diagnostic de TPB lorsque le sujet présente cinq des neuf critères suivants depuis une durée d'au moins une année :

- des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- une perturbation de l'identité ; une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi ;
- une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, conduite automobile dangereuse) ;
- la répétition de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations ;
- une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur ;
- un sentiment chronique de vide ;
- une colère intense et inappropriée ou une difficulté à contrôler sa colère ;
- la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Le modèle dimensionnel (19) détermine le TPB selon les critères suivants :

- une altération modérée à sévère du fonctionnement de la personnalité caractérisée par des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivant : l'identité, l'autonomie, l'empathie et l'intimité avec ;
- la présence d'au moins quatre traits de personnalité pathologiques parmi sept dont au moins l'impulsivité, la prise de risques ou l'hostilité. Les sept critères étant : la labilité émotionnelle, l'anxiété, l'insécurité liée à la séparation, la dépressivité de l'humeur, l'impulsivité, la prise de risques et l'hostilité.

b) *Classification selon la CIM 10*

En 1992, apparaît dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10) (20) « le trouble de la personnalité émotionnellement labile », avec deux sous-types :

- **un sous-type impulsif** caractérisé par la présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes : une tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considérations pour les conséquences ; une tendance marquée aux comportements querelleurs particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués ; tendance aux éclats de colère ou de violence avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent ; une difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate et une humeur instable et capricieuse.

- **un sous-type borderline** défini par la présence d'au moins trois caractéristiques du type impulsif et d'au moins deux caractéristiques suivantes : des perturbations et incertitudes concernant sa propre image, ses buts et choix personnels ; une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles ; des efforts démesurés pour éviter d'être abandonné ; des menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs ; un sentiment permanent de vide.

Malgré ces critères, le TPB reste une maladie difficile à diagnostiquer de par son polymorphisme et les nombreuses comorbidités qui lui sont associées (5).

3. **La théorie bio-psycho-sociale**

La théorie bio-psycho-sociale décrite par Linehan (1993) (6), suppose que les troubles présentés par les sujets borderlines ont pour origine un déficit dans la régulation de leurs émotions. Ce déficit serait dû à la conjonction d'une « vulnérabilité émotionnelle constitutionnelle » et d'un « environnement invalidant ».

La vulnérabilité émotionnelle se traduirait chez ces sujets par :

- une plus grande sensibilité aux stimuli émotionnels ;
- des émotions ressenties de façon plus intenses ;
- un retour plus lent au niveau émotionnel de base (amenant ces personnes à vivre leurs émotions sur une plus longue période de temps que la population générale).

Selon cette hypothèse, les enfants ayant cette vulnérabilité nécessiteraient un espace et un entourage leur permettant de développer certaines capacités pour mieux gérer leurs émotions. Mais, bien souvent, ces enfants se retrouvent dans un environnement répondant de façon inadaptée à l'expression de leurs pensées et de leurs émotions. De par cet environnement, que Linehan définit comme « invalidant », ces enfants n'ont pas eu la possibilité d'apprendre à assimiler leurs émotions. Ils n'ont pas non plus appris à réguler et à tolérer les émotions intenses de détresse.

Linehan prend pour exemple l'abus sexuel comme d'une forme extrême d'invalidation. Il s'agit d'une situation où l'adulte incite un enfant à des expériences sexuelles tout en lui faisant croire que cet acte est permis, mais qu'il ne doit en aucun cas faire part de cette expérience à d'autres personnes. Si l'enfant décide d'aller chercher du soutien dans son environnement, il sera blâmé ou ne sera tout simplement pas cru. Dans cette situation, l'enfant ne peut ni faire confiance à ce qu'il ressent, ni faire des demandes d'aide car dans les deux cas il sera puni ou invalidé. Par conséquent, à l'âge adulte, l'individu adopte les mêmes caractéristiques que l'environnement dans lequel il a grandi.

Les études s'intéressant aux facteurs de risque environnementaux ont retrouvé un taux important d'évènements traumatiques ou de négligence dans l'enfance des patients borderlines, avec des antécédents d'abus sexuels chez 40 à 71 % d'entre eux (21). On retrouve également de la violence physique dans 25 à 73 % des cas (22). Ces évènements traumatiques sont aussi plus fréquents que dans les autres troubles de personnalité (23).

Concernant les recherches en génétique chez ces sujets, Torgensen et al. (24) ont retrouvé dans une étude publiée en 2000, une héritabilité de 68 % chez ces personnes avec une concordance génétique plus forte chez les jumeaux (35 % de concordance chez les jumeaux monozygotes et 7 % de concordance chez les jumeaux dizygotes). Ceci semblerait donc

conforter l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique supposée par Linehan. Cependant dans une revue de littérature récente, Amad et son équipe (25) soulignent qu'à l'heure actuelle aucune association significative avec des gènes candidats typiques pour la vulnérabilité aux troubles psychiatriques n'a été rapporté. Ils émettent donc l'hypothèse de l'implication de « gènes de plasticité » plutôt que « de gènes de vulnérabilité ». Un tel cadre stipule que les événements environnementaux selon qu'ils soient positifs ou négatifs influeraient sur l'apparition ou non du TPB (25).

La collusion de ces observations ouvre donc la porte à une possible théorisation épigénétique du trouble.

4. Prise en charge

La prise en charge des patients souffrant de TPB est complexe, la nature même de leurs troubles rendant une adhésion aux soins difficile. Les sujets borderlines sont parmi les plus grands utilisateurs de services de soins (3). Bien qu'une prise en charge institutionnelle ne soit pas conseillée chez ces sujets (26), ils se retrouvent souvent dans les services de psychiatrie et d'urgence de par la gravité de leurs passages à l'acte (3,27). L'APA (American Psychiatric Association), dans son guide de prise en charge des patients TPB (7), ne décrit pas de protocole standardisé mais recommande une prise en charge à adapter selon la symptomatologie de chaque patient.

Il est conseillé de privilégier une approche multimodale pouvant associer une psychothérapie psychodynamique avec une approche cognitivo-comportementale et des entraînements aux habilités sociales. Actuellement, quatre psychothérapies ont montré le plus d'efficacité dans la prise en charge de ces patients (26) :

- la thérapie comportementale dialectique de Linehan (6) ;
- la thérapie des schémas de Young (28) ;
- la thérapie focalisée sur le transfert de Kernberg et Clarkin (29) ;
- et la thérapie basée sur la mentalisation de Bateman et Fonagy (30).

Les traitements médicamenteux sont eux, utilisés essentiellement pour la prise en charge des comorbidités et des symptômes sur la plus courte durée possible (26,31).

5. Evolution

L'évolution du TPB est plutôt favorable au fil des années. Gunderson et al. (32), dans une étude portant sur le suivi de 175 patients borderlines pendant dix ans, ont retrouvé un taux de rémission élevé de 45 % après deux ans d'évolution et de 85 % après dix ans d'évolution. Les critères de rémission étant la présence de deux critères de diagnostique maximum selon le DSM-IV depuis au moins 12 mois.

Une autre étude longitudinale de Zanarini et al. (33) au sein de la cohorte MSAD (Mc Lean Study of Adult Development) a montré un taux 50 % de rémission totale du trouble (correspondant à une diminution des symptômes associée à une amélioration des compétences sociales et professionnelles) et près de 90 % de rémission partielle du trouble après dix ans de suivi.

Ces résultats ont été renforcés après 16 ans (34) de suivi. Les auteurs ont déterminé plusieurs facteurs de bon pronostic comme ; l'absence d'hospitalisation psychiatrique et de comorbidité antérieure, un niveau d'intelligence élevé ou encore une bonne insertion professionnelle. Les symptômes qui perdurent le plus dans le temps sont les sentiments de colère et de solitude qui restent les plus prégnants à dix ans. Les épisodes dépressifs et l'anxiété présentent une durée moyenne d'évolution de six à huit ans, et entre deux et quatre ans pour les abus et dépendance aux substances psychoactives, les automutilations et les tentatives de suicide répétées.

6. Comportements auto-dommageables et suicide : un enjeu de santé publique

Environ 75 % des patients souffrant de TPB se livreraient à des passages à l'acte auto-agressifs (suicidaires ou non) (13,35). Pour Linehan (36), ces comportements d'extériorisation seraient des mécanismes de défense inadaptés développés par ces sujets pour palier leurs difficultés à gérer leurs émotions. Ces passages à l'acte sont favorisés et aggravés par l'impulsivité marquée présente chez ces patients avec des conséquences extrêmement graves pouvant aller jusqu'au suicide. En effet, 8 à 10 % de ces personnes décéderont ainsi, avec un taux de mortalité par suicide 50 fois supérieur à celui de la population générale (2). Du fait de ces comportements, ces personnes se retrouvent fréquemment dans les services d'urgence (4)

et spécialisés (3,27). Le traitement des comportements suicidaires et para-suicidaires constituent donc un enjeu de santé publique ainsi qu'un réel défi pour le personnel soignant.

7. Comorbidités

Les personnes borderlines présentent souvent de nombreuses comorbidités. Les études retrouvent un trouble de l'humeur associé chez 40 à 85 % des patients, un trouble de stress post-traumatique dans 45 à 55 % des cas et des troubles anxieux dans 30 à 50 % des cas. Un trouble bipolaire (10 à 20 % des cas), des abus de substances toxiques (65 % des patients) et des TCA (30 à 50 % des cas) sont aussi fréquemment retrouvés (9,12,23,37).

C. La thérapie comportementale dialectique (TCD)

La TCD développée par Linehan (6) fait partie de la troisième vague des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Contrairement aux deux premières vagues de TCC, les thérapies de la troisième vague s'intéressent particulièrement aux spécificités de chaque individu afin de définir des objectifs personnalisés discutés avec le patient avant d'initier la thérapie. Ces principes sont des éléments importants de la TCD.

L'approche dialectique de Linehan considère que la personne souffrant de TPB a des « spécificités » propres à sa pathologie qu'elle n'a pas choisi et qui l'empêche de « fonctionner dans son environnement » mais qu'il va falloir tout de même résoudre. Le but de la TCD est de travailler avec le patient sur ces « spécificités » pour les rendre opérationnelles dans son environnement. Cependant, demander au patient de changer ses comportements peut être vécu comme une expérience aversive car reproduisant certains aspects de son environnement invalidant.

La « philosophie dialectique » consiste donc essentiellement à passer par une étape d'acceptation de la personne « telle qu'elle est en ce moment » tout en essayant de l'aider à changer. L'intervenant qui adhère à cette philosophie se doit de développer une attitude de respect et d'acceptation du patient.

1. Les modalités de prise en charge de la TCD

La TCD standard (6) propose cinq cadres thérapeutiques présentés ci-dessous :

a) Les groupes d'entraînement aux compétences

Cette intervention dirigée par deux animateurs se déroule une fois par semaine lors de séances d'une durée de deux heures et trente minutes. L'objectif est d'acquérir les compétences relatives aux différents modules de la TCD dans des groupes comprenant six à huit patients. Les participants suivent un cycle entier sur une période de six mois, renouvelé une fois pour renforcer les compétences acquises. Les trois modules de compétences principales sont conçus pour durer entre cinq et sept semaines chacun et sont toujours précédés par une période d'apprentissage de pleine conscience de deux semaines (qui se répète donc trois fois).

Ces séances sont accompagnées de tâches à domicile en lien avec les différentes habiletés développées pendant les séances de groupe, dans le but de les appliquer lors de situations du quotidien.

b) La thérapie individuelle

Le thérapeute individuel est considéré comme étant l'intervenant principal. Il rencontre le patient à raison d'un entretien hebdomadaire d'environ une heure. Cet entretien est établi selon un ordre hiérarchique bien précis, après un recensement des événements survenus au cours de la semaine. Les situations de mise en danger seront abordées en priorité, puis les éléments interférant avec la réussite de la thérapie ainsi que les éléments permettant d'améliorer la qualité de vie du patient.

Elle vise également en l'intégration et l'application des compétences développées lors des groupes dans les situations du quotidien.

c) Le soutien téléphonique

Un système d'assistance téléphonique est proposé par le thérapeute principal qui établit les conditions au début de la thérapie. Ce support téléphonique doit permettre au patient d'avoir en permanence un soutien adapté, particulièrement lors des situations de crise. Il permet également au patient d'apprendre à demander de l'aide lorsqu'il se sent en difficulté.

d) La supervision d'équipe

Cette activité consiste à réunir chaque semaine toutes les personnes intervenant dans la thérapie. Les principaux objectifs sont de prévenir l'épuisement des membres de l'équipe et de s'assurer que tous les thérapeutes restent sur une même ligne de prise en charge dans le but, notamment, d'éviter les attitudes de clivage.

e) Les interventions auxiliaires

Les interventions auxiliaires correspondent aux démarches réalisées par d'autres instances ou d'autres professionnels investis dans la prise en charge du patient mais n'entrant pas dans la TCD. Il peut s'agir d'autres psychothérapies, d'un traitement médicamenteux, d'un suivi social etc. En pratique la TCD doit être associée à une autre thérapie individuelle.

2. Les cinq grandes étapes du traitement

Linehan (6) a subdivisé la thérapie en cinq grandes étapes qui, en dehors de la phase de prétraitement, sont hiérarchisées par ordre de priorité selon les besoins du patient.

a) La phase de prétraitement : orientation, engagement

La période de prétraitement permet de fournir au patient des informations sur le principe de la thérapie, sur la théorie bio-sociale, ainsi que sur les objectifs du traitement. Il peut alors décider s'il est en mesure d'initier le travail de TCD.

De même, cette phase permet au thérapeute de recueillir des informations et d'évaluer le patient avec des outils standardisés pour ensuite élaborer des objectifs ciblés.

b) La phase 1 : stabilité, sécurité et alliance thérapeutique

Cette étape est à la fois la plus longue et la plus importante de la thérapie individuelle. Elle a pour objectifs de créer une alliance thérapeutique durable et de favoriser un changement dans les comportements du patient tout en s'assurant de son bien-être.

Le thérapeute et le patient abordent, à chaque séance, les difficultés rencontrées au cours de la semaine en suivant la hiérarchie des cibles du traitement de TCD suivante :

- 1 : prendre en charge les comportements suicidaires et para-suicidaires et en diminuer leurs fréquences ;
- 2 : travailler sur les comportements interférant avec la thérapie (par exemple : manquer des rencontres ou arriver en retard, se présenter au domicile du thérapeute, etc.) ;
- 3 : travailler sur les comportements qui compromettent la qualité de vie du patient (abus de substances, comportements sexuels à risque, ne pas payer son loyer, etc.) ;
- 4 : enrichir le répertoire des compétences dans la vie de tous les jours.

Cette étape doit permettre au patient d'acquérir les outils nécessaires pour entreprendre une thérapie de type conventionnel. À la fin de la première phase du traitement, l'individu est susceptible de passer « d'un état de désespoir destructeur à un état de désespoir moins destructeur » (36).

c) La phase 2 : exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques

La deuxième phase de la thérapie vise à diminuer le stress associé aux diverses expériences traumatiques passées : abus sexuel, négligence grave, violence physique, etc.

Lors de cette étape, les objectifs principaux sont les suivants :

- reconnaître et accepter la réalité de l'abus et du traumatisme ;

- réduire la part de blâme que l'individu s'attribue, le sentiment de stigmatisation, et la fréquence des comportements d'invalidation de soi ;
- diminuer les réponses de stress extrême observées en présence d'indices associés au traumatisme.

d) Les phases 3 et 4 : synthèse, respect de soi, objectifs personnels

La phase 3 du traitement consiste à faire la synthèse des apprentissages, accroître le respect de soi et travailler à l'accomplissement ainsi qu'à l'atteinte des objectifs personnels « à long terme » choisis par le patient.

La phase 4 a été rajoutée en 1996 par Linehan (6) après que cette dernière ait constaté que plusieurs des patients terminant la troisième phase de traitement éprouvaient encore un sentiment d'incomplétude. Cette phase a pour objectif de développer la capacité à « ressentir des émotions positives » durant une période prolongée.

3. Les groupes d'apprentissage des compétences

Comme décrit précédemment, dans la TCD, l'association entre le dérèglement émotionnel et l'environnement invalidant est considéré comme l'élément central expliquant l'instabilité retrouvée chez le sujet TPB. Cette instabilité peut être :

- comportementale (automutilations, conduites suicidaires et comportements impulsifs) ;
- interpersonnelle (relations chaotiques, peur de l'abandon) ;
- émotionnelle (labilité affective, colères intenses) ;
- personnelle (troubles identitaires, sentiment de vide, perturbation cognitive).

Elle a donc proposé un module d'apprentissage pour chaque catégorie d'instabilité :

- la thérapie de pleine conscience pour l'instabilité personnelle ;
- la régulation des émotions pour l'instabilité émotionnelle ;
- la tolérance à la détresse pour l'instabilité du comportement ;

- l'efficacité interpersonnelle pour l'instabilité interpersonnelle.

Ces modules doivent permettre au patient d'affronter plus facilement les événements du quotidien par l'apprentissage de compétences. Le protocole de prise en charge des sujets TPB mis en place initialement par Linehan (6) consiste en l'acquisition de ces habiletés lors de séances de groupe (de six à huit participants), suivi de l'utilisation et du renforcement de ces compétences lors des rendez-vous hebdomadaires avec le psychiatre référent en consultation individuelle.

Les différents modules sont détaillés ci-dessous :

a) Les compétences de pleine conscience (Mindfulness)

La « *mindfulness* » ou pleine conscience en français constitue la principale compétence de la TCD et sert de base pour l'apprentissage des trois autres.

Elle est issue de la pratique bouddhiste traditionnelle, bien que la version enseignée dans la TCD n'implique aucun concept religieux ou métaphysique. Elle doit permettre au patient d'améliorer ses aptitudes attentionnelles sans porter de jugement, pour qu'il puisse vivre pleinement sa vie et ses émotions dans l'instant présent. La pratique de la pleine conscience peut aussi aider le patient à être davantage conscient de son environnement à travers l'utilisation de ses cinq sens.

Trois éléments sont nécessaires à la bonne maîtrise de la pleine conscience : observer, décrire et participer activement.

L'observation a pour objectif d'aider le patient à se distancier des événements pour qu'il puisse comprendre plus facilement ce qui se passe autour de lui dans une situation donnée. Il doit apprendre à laisser passer les sentiments et les expériences sans les garder à l'esprit.

Le but de la description est d'arriver à nommer les expériences observées afin de mieux comprendre l'environnement et d'expliquer plus facilement aux autres ce que l'on a observé.

La troisième compétence qui est la participation active consiste à se concentrer pleinement sur l'activité que l'on est en train de faire et d'y participer de façon consciente et non « automatique » ou en se dispersant dans plusieurs activités en même temps.

Pour arriver à développer ces compétences, le patient doit avoir une attitude « non jugeante » c'est-à-dire arriver à décrire des faits, des situations sans les étiqueter en termes de « bon » ou « mauvais », de « juste » ou « injuste ». Cette attitude doit amener le sujet à être en

capacité de faire valoir son point de vue de manière efficace sans les biais engendrés par le jugement.

Afin de développer ces compétences, le patient va devoir également apprendre à se concentrer sur « une chose à la fois » en restant dans l'instant présent et en faisant abstraction des stimuli extérieurs.

Enfin, troisièmement, le patient va devoir « faire les choses de façon efficace », c'est-à-dire « faire ce qui fonctionne dans la situation comme elle est, et non comme elle devrait être » (36).

b) Les compétences de régulation des émotions

Comme vu précédemment, la difficulté à réguler ses émotions est selon Linehan la composante majeure à l'origine de l'apparition du TPB. Le vécu émotionnel des sujets borderline est souvent plus intense et instable que celui des autres personnes, ce qui les a amené à développer des stratégies comportementales inadaptées dans le but de le contrôler (par exemple : les scarifications). Ils ont également tendance à vouloir gérer cette détresse en essayant d'éviter leurs émotions. Il s'agit d'un réflexe qui découle de leur évolution dans un environnement invalidant mais qui s'avère pratiquement impossible.

Ce module doit premièrement aider les patients TPB à nommer leurs émotions, à en comprendre leur utilité pour leur permettre ensuite de mieux les accepter.

Les autres enseignements ont pour objectif d'aider les patients à diminuer leur « vulnérabilité émotionnelle » ainsi que l'intensité de leur « vécu émotionnel douloureux ».

Le module se développe autour de la théorie selon laquelle la détresse émotionnelle serait principalement engendrée par des processus secondaires aux émotions primaires. Selon ce concept, les émotions de base seraient adaptées mais des cognitions réflexes acquises au cours de la vie du patient en augmenteraient la souffrance. La réduction de cette détresse nécessiterait une compréhension des schémas entre les émotions secondaires et les cognitions automatiques afin de permettre une exposition aux émotions primaires, ce qui est habituellement évité par les sujets borderlines. Un des objectifs est donc d'aider le patient à identifier et à nommer ses émotions pour qu'il comprenne dans quel contexte celles-ci apparaissent, ainsi que les comportements et les conséquences qu'elles provoquent.

La diminution de la vulnérabilité émotionnelle a pour principe de tout faire pour éviter l'apparition d'une « escalade émotionnelle ». Certains environnements stressants et contextes physiques sont reconnus comme favorisant l'augmentation de la vulnérabilité émotionnelle. Le point le plus important correspond au respect des règles hygiéno-diététiques de base (sommeil, alimentation équilibrée, exercice physique, soin des problèmes somatiques, arrêt ou diminution des conduites toxiques). Un autre élément essentiel est d'augmenter les événements agréables du quotidien, c'est-à-dire d'arriver à profiter des expériences positives lorsqu'elles surviennent, sans se soucier de leur fin.

Lorsque le patient arrivera à prendre conscience et à accepter ses émotions sans porter de jugement sur celles-ci, il sera plus facilement capable d'atténuer sa souffrance émotionnelle qui est le dernier objectif du module.

c) Les compétences de tolérance à la détresse

Ce module vise à aider le patient à traverser plus facilement les périodes de crise. Durant ces moments de détresse, le sujet est envahi par ses émotions et il tente de les maîtriser à travers des comportements impulsifs inadaptés. Ce module doit donc l'aider à accepter ces moments de détresse car ils font partie intégrante de la vie et qu'ils ne peuvent pas toujours être évités. D'autre part, une fois que le patient aura accepté ces événements, il pourra travailler avec le thérapeute sur la mise en place de stratégies adaptées pour traverser plus facilement ces périodes. Les quatre types de stratégies de survie développées par Linehan sont d'arriver à se distraire, à se calmer, à améliorer le moment présent et d'être capable de peser les « pour » et les « contre ». Il s'agit là d'un travail central sur les stratégies de coping à réaliser avec le patient, l'amenant progressivement à y avoir recours lors des périodes de crise.

d) Les compétences d'efficacité interpersonnelle

Une des caractéristiques principales définissant le TPB est la difficulté que ces individus éprouvent dans l'interaction avec l'autre et dans le maintien de relations stables. Ces dernières sont souvent « chaotiques » alors que paradoxalement, ces patients ont généralement de bonnes aptitudes relationnelles qui sont entravées par leurs comportements impulsifs et leurs réactions émotionnelles intenses.

Ce module vise à développer certaines stratégies permettant au patient :

- de résoudre ses problèmes relationnels ;
- de l'aider à agir de manière à ce que l'environnement puisse répondre positivement face à ses demandes ainsi qu'à ses refus ;
- d'arriver à maintenir ses relations tout en gardant le respect de soi ce qui passe par un travail d'affirmation de soi.

4. Revue de la littérature concernant la TCD standard

Depuis l'apparition de la TCD « standard » (6), de nombreuses études ont démontré l'efficacité de cette thérapie chez les sujets borderlines.

La diminution des passages à l'acte auto-agressifs (suicidaires ou non) étant l'objectif majeur de la thérapie, la majorité des auteurs l'ont utilisée comme critère d'évaluation principal. Ainsi, plusieurs études contrôlées et randomisées ont révélé une efficacité significativement supérieure de la TCD dans la diminution des actes auto-dommageables comparée au traitement habituel. On peut notamment citer les études de Linehan et al. (1991, 2006, 2015) (38–40), Verheul et al. (2003) (41), Priebe et al. (2012) (42), et de Feigenbaum et al. (2012) (43).

Quelques études ont également comparé la TCD avec d'autres thérapies. Ainsi, Turner et al. (2000) (44) ont retrouvé une diminution plus importante des comportements suicidaires et para-suicidaires chez les patients borderlines ayant suivi la TCD par rapport aux patients ayant suivi une thérapie centrée sur le patient.

En 2007, Clarkin et al. (45) ont constaté, dans une étude contrôlée et randomisée, que la TCD avait une efficacité supérieure par rapport à la thérapie de soutien concernant la diminution des passages à l'acte suicidaire. Ils ont également découvert une efficacité équivalente à la thérapie focalisée sur le transfert dans ce domaine.

Par la suite, Mc Main et al. (2009 et 2012) (46,47) ont retrouvé une efficacité similaire au niveau de la diminution de la « suicidalité » entre la TCD et la thérapie psychodynamique de Gunderson.

Outre son efficacité sur la diminution des gestes autodommageables, la TCD a également montré des bénéfices sur la diminution des symptômes du TPB. En effet, certaines

études ont mis en avant que cette thérapie avait un impact positif sur la diminution de la colère (Turner et al. (44), McMMain (47) et al., Feigenbaum et al. (43)), de l'impulsivité (Turner et al. (44), McMMain et al. (47)), ou encore de l'irritabilité (McMMain et al. (47) et Feigenbaum et al. (43)).

Enfin, certains auteurs ont démontré un impact positif de la TCD sur la dépression (Turner et al. (44), Linehan et al. (38,39), McMMain et al. (47) et Feigenbaum et al. (43)).

Ces travaux ont donc permis de valider la TCD comme étant une thérapie performante dans la prise en charge des sujets TPB. Elle fait partie des thérapies recommandées par l'APA (7) et par le NICE (8).

Cependant, la TCD standard, comme la plupart des thérapies développées pour la prise en charge des sujets borderlines, requiert la formation de plusieurs thérapeutes ce qui représente un coût financier et humain non négligeable pour de nombreuses structures de santé. De plus, ces thérapies s'adressent, pour la plupart, à des populations capables d'intégrer un suivi ambulatoire au long cours (6). Or, un grand nombre de patients borderlines ne sont pas suffisamment engagés et stabilisés pour investir ce type de suivi (26). Ces limites ont poussé plusieurs équipes à développer des versions brèves ou intensives de la TCD dont nous allons en faire la revue ci-dessous.

II. MATERIELS ET MÉTHODES

A. Étude de la littérature scientifique

1. Objectif de la recherche

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature concernant les études évaluant l'efficacité de formes abrégées de TCD chez des populations adultes souffrant de TPB. L'objectif principal de ce travail est donc de faire une revue des données scientifiques actuelles concernant ces adaptations pour en discuter leurs modes de mise en pratique et leurs résultats.

2. Recherche des références bibliographiques

a) Bases de données

L'étude des données de la littérature a été effectuée selon les critères de recommandations PRISMA (48) à partir des bases de données *Pubmed*, *Cochrane*, *Clinicaltrials* et *Scencedirect*.

Afin de maintenir une reproductivité, les mêmes mots clés ont été utilisés dans les quatre bases de données. Nous avons également complété la recherche informatisée par une recherche manuelle.

b) Termes utilisés

Nous avons utilisé les termes [MeSH] suivants pour former notre équation : *Borderline personality disorder* / *Borderline* que nous avons associé aux mots clés : *Dialectical* / *Dialectical Behavioral Therapy* / *DBT*.

c) *Algorithme utilisé sur les différents moteurs de recherche*

("borderline personality disorder"[MeSH Terms] OR "borderline") AND (dialectical behavior therapy[All Fields] OR dbt[All Fields] OR dialectical[All Fields]).

d) *Sélection des articles*

Plusieurs phases de sélection ont été utilisées dans l'ordre suivant :

1. *Le titre de la référence*
2. *La lecture du résumé*
3. *La lecture des articles*

Les critères d'inclusion choisis étaient :

- les articles publiés en anglais ou en français
- les études concernant des adaptations de la TCD sous forme condensées (d'une durée inférieure à un an)
- les études portant sur des populations TPB adultes

Ont été exclus :

- les études traitant de populations TPB d'âge inférieur à 18 ans
- les études pour lesquelles les critères principaux d'évaluation n'étaient pas l'amélioration de la symptomatologie et/ou des passages à l'acte des sujets TPB
- les études de mauvaise qualité méthodologique selon les critères ANAES
- les études publiées dans un document non révisé par des pairs
- les études dont les processus de diagnostic clinique ne sont pas décrits ou n'ayant pas utilisé une évaluation standardisée valide et fiable

e) Extraction des données

Chaque publication a été analysée selon la méthode de la lecture critique d'article. Seules les données de publications dont la méthodologie était de bonne qualité ont été retenues. Pour cette analyse, nous nous sommes aidés du guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations publié en 2000 par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé) (49).

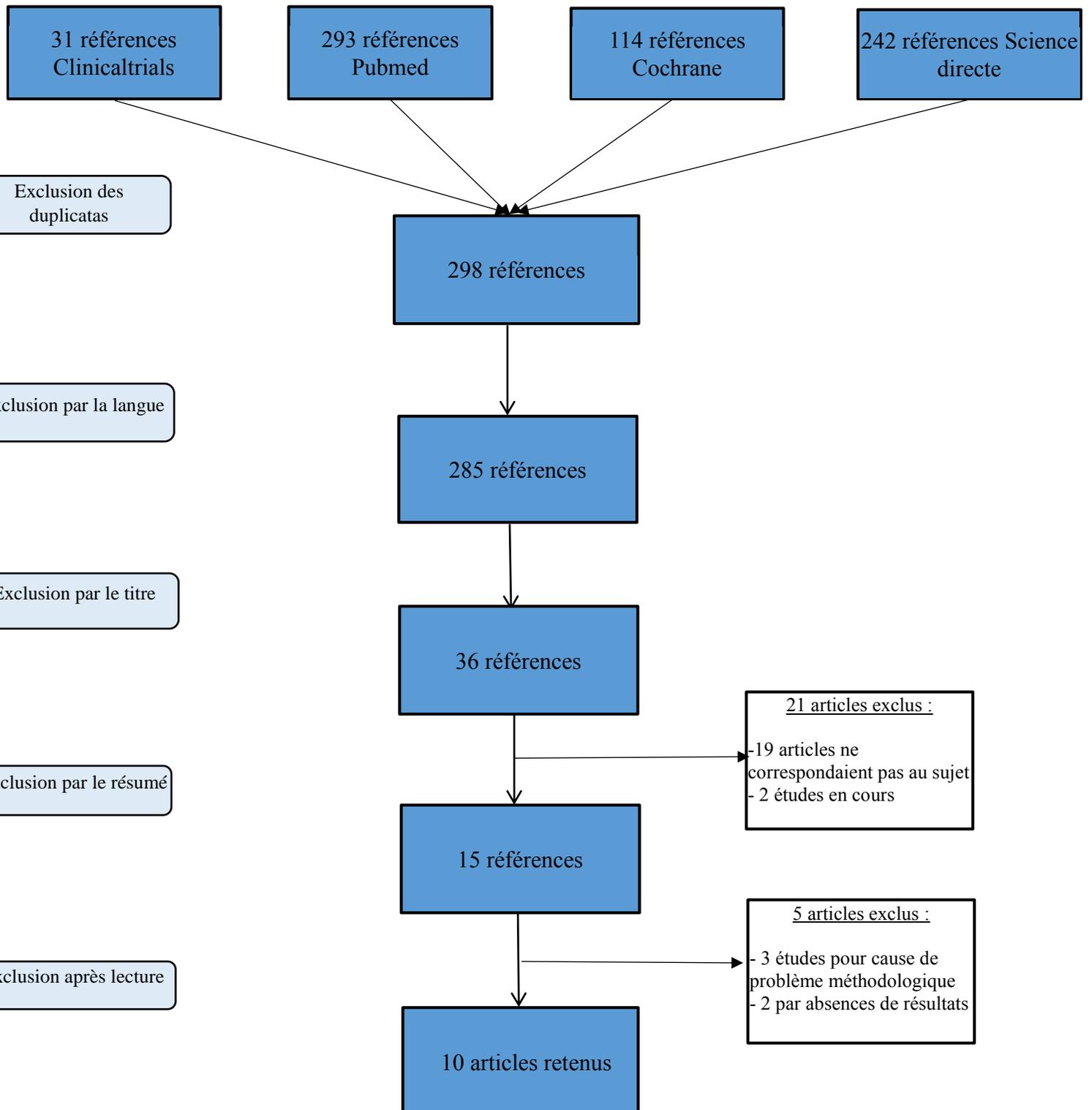
f) Outils de traduction

Pour la traduction des articles et revues en anglais, nous nous sommes aidés des traducteurs suivants sur internet : « Wordreference » et « Google traduction ».

III. RÉSULTATS

A. Flow chart de la revue

Figure 1: Diagramme de flux représentant le processus de sélection des revues



B. Description des articles sélectionnés

Dans la littérature, notre recherche a permis d'identifier dix études évaluant l'impact de formes abrégées de TCD sur les passages à l'acte auto-agressifs et/ou sur la symptomatologie des patients atteints de TPB (**Tableau 1**) :

Bohus et son équipe ont développé en l'an **2000** (50) un programme de TCD d'une durée de trois mois en milieu hospitalier. Le programme en question est constitué de trois étapes :

- une première étape permettant de poser le diagnostic, d'informer le patient sur la nature de ses troubles et de déterminer des objectifs et des stratégies de traitement
- une deuxième étape consacrée à l'apprentissage des compétences en groupe associée à un suivi individuel
- une troisième étape centrée sur la préparation à la sortie de l'hôpital

Ils ont tout d'abord réalisé une étude pilote prospective pré-test/post-test sur 24 patients borderlines ayant des antécédents récents de passages à l'acte auto-agressifs (au moins deux gestes autodomageables au cours des deux dernières années). Les critères d'exclusion étaient la présence concomitante d'un trouble psychotique, d'un trouble bipolaire de type 1, d'une dépendance aux drogues ou à l'alcool ou d'un retard mental. Les principaux critères évalués étaient la fréquence des passages à l'acte auto-agressifs, les symptômes du TPB et la dépression. Les réévaluations un mois après la fin de la thérapie ont retrouvé une diminution significative de la fréquence des gestes auto-agressifs ainsi qu'une amélioration significative de la dépression, des symptômes dissociatifs, de l'anxiété et du stress global.

Cette équipe a renforcé quatre ans plus tard les résultats obtenus par une étude contrôlée et randomisée (**2004**) (51) évaluant l'efficacité de cette même adaptation brève de la TCD chez 40 sujets borderlines (avec les mêmes critères que dans la première étude) comparée à 20 patients suivant le traitement habituel (Treatment As Usual / TAU). Ils ont retrouvé des améliorations significatives au niveau de la dépression, de l'anxiété, des relations interpersonnelles ainsi qu'une diminution des actes d'automutilation chez les patients ayant suivi la TCD comparé aux patients ayant reçu le TAU.

Adaptation TCD de Bohus et al.

Milieu : Hôpital

Durée : 12 semaines

Contenu de la thérapie :

- Thérapie individuelle (3h30 par semaine)
- Groupe d'apprentissage des compétences (4h par semaine)
- Réunions d'équipe

Trois étapes :

- une première étape dédiée au diagnostic, à l'information des patients sur la nature de leurs troubles et sur les principes de la thérapie ainsi qu'à la fixation d'objectifs réalisables (3 semaines)
- une deuxième étape comprenant l'apprentissage des compétences en groupe et les temps de thérapie individuelle
- une troisième étape centrée sur la préparation à la sortie de l'hôpital (préparation du patient au retour au domicile, faire le lien avec le thérapeute en charge du suivi et des travailleurs sociaux...)

En 2005, **McQuillan et al.** (52) ont développé une forme intensive de TCD, d'une durée de trois semaines, destinée à des patients TPB en crise (définis comme ayant des antécédents récents de gestes suicidaires ou para-suicidaires). Les critères d'exclusion étaient les mêmes que ceux définis par Bohus et al. avec également l'exclusion des sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire. La thérapie avait lieu au sein d'une « unité hybride » c'est-à-dire étant à la fois un centre de crise et un hôpital de jour (HDJ). Ce centre était ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours par an et les patients avaient la possibilité d'y séjourner en cas de crise pour un maximum de deux nuits consécutives. La thérapie était composée de quatre séances groupe hebdomadaire (d'une durée deux heures par séance) associée à une thérapie individuelle. Une étude prospective non contrôlée de cette thérapie a été réalisée avec pour instruments de mesure : les échelles de dépression, de désespoir et d'adaptation sociale. Les résultats ont montré une diminution significative des échelles de dépression et de désespoir chez les 71 sujets ayant terminé la thérapie.

Adaptation TCD de McQuillan et al.

Milieu : Ambulatoire au sein d'une unité hybride HDJ / centre de crise

Durée : 3 semaines

Contenu de la thérapie :

Thérapie individuelle ; Réunions d'équipe ; Soutien téléphonique 24h/24

Séances d'apprentissage en groupe (deux à quatre heures par jour ; quatre jours par semaines) :

- un groupe d'apprentissage des compétences
- un groupe centré sur des analyses en chaîne
- un groupe centré sur l'identification des sensations corporelles, des émotions et le renforcement des compétences acquises

L'année suivante, **Kröger et son équipe** (53) ont étudié l'efficacité d'une TCD de trois mois (une heure de thérapie individuelle et trois séances de groupes par semaine) chez 50 sujets TPB hospitalisés sans groupe contrôle. Les critères d'exclusion comprenaient les personnes ayant des antécédents de démence, d'épilepsie, de psychose, un trouble bipolaire de type 1 ou une dépendance aux toxiques. Ils ont retrouvé une diminution significative des critères étudiés notamment la symptomatologie du TPB et la dépression. De plus, les bénéfices étaient toujours présents lors d'une réévaluation un an après la fin de la thérapie.

Adaptation TCD de Kröger et al.

Milieu : Hôpital

Durée : 3 mois

Contenu de la thérapie :

- Thérapie individuelle : une heure par semaine
- Groupe d'apprentissage des compétences : trois séances de 100 minutes par semaine
- Réunions d'équipe

Stanley et al. (2007) (54) ont pratiqué une TCD standard raccourcie à six mois chez 20 patientes souffrant de TPB et ayant des idéations suicidaires. Les critères d'exclusion étaient les antécédents de psychose, de retard mental ou de traumatisme crânien. L'évaluation pré-test/post-test de cette étude prospective non contrôlée a également retrouvé une diminution significative de tous les critères évalués qui étaient : la fréquence des idéations suicidaires et des gestes auto-agressifs, l'importance de la détresse psychique et la dépression.

Adaptation TCD de Stanley et al.

Milieu : Ambulatoire

Durée : 6 mois

Contenu de la thérapie : TCD standard raccourcie à 6 mois

Lors d'une étude contrôlée et randomisée **Soler et al. (2009)** (55) ont cherché à évaluer l'efficacité d'une TCD exclusivement centrée sur les groupes d'apprentissage des compétences (*Dialectical Behavior Therapy-Skills training/DBT-ST*) en la comparant à une Thérapie de Groupe Standard (TGS : groupe animé par deux thérapeutes d'orientation psychodynamique où les sujets borderlines peuvent partager leurs problèmes et leurs expériences). Les patients de chaque groupe (dont les critères d'exclusion étaient similaires aux études précédentes en excluant également les personnes souffrant d'un état dépressif majeur) ont bénéficié d'une séance de deux heures par semaine pendant une durée de trois mois. Bien que l'étude n'ait pas retrouvé de différence significative sur la diminution des passages à l'acte entre les deux groupes, la DBT-ST s'est montrée plus efficace dans la diminution de la dépression et des symptômes du TPB.

Adaptation TCD de Soler et al.

Milieu : Ambulatoire

Durée : 3 mois

Contenu de la thérapie :

- Groupe d'apprentissage des compétences : une séance de 2 heures hebdomadaire
- Réunions d'équipe

En 2011, une étude contrôlée et randomisée australienne réalisée par **Pasieczny et al. (2011)** (56) a évalué la rentabilité et l'efficacité clinique d'un programme de TCD standard raccourci à six mois, sur un groupe de 43 patients TPB comparé à 47 sujets TPB suivant le TAU. Pour faire partie de l'étude les sujets devaient avoir eu fréquemment recours à des actes suicidaires et parasuicidaires avec également un épisode d'hospitalisation et/ou trois passages dans les services d'urgence au cours des six derniers mois. Contrairement aux études

précédentes, aucun critère d'exclusion n'était nécessaire. Après les six mois de traitement, le groupe ayant suivi la TCD a montré des réductions significativement plus importantes concernant les gestes suicidaires et non suicidaires, ainsi qu'une amélioration significative de la dépression, de l'anxiété et des scores de gravité générale des symptômes du TPB. De plus, une diminution de l'utilisation des services de santé (services d'urgence et hospitalier) a été remarquée chez les patients ayant suivi la thérapie. Associé à cela, le bénéfice économique de la TCD a été démontré comparé au traitement habituel. Ils ont retrouvé un coût moyen total par patient environ 30 % inférieur pour les sujets ayant suivi leur thérapie par rapport aux autres sujets (12196,00 United States Dollars (USD) contre 18123,00 USD). Leur calcul comprenait à la fois les frais relatifs aux consultations en externe et au sein des services d'urgence, les frais concernant les hospitalisations et les frais nécessaires à la formation des équipes à la TCD (qui n'étaient donc pas comptabilisés pour le groupe ayant suivi le traitement habituel). Les coûts nécessaires à la formation des équipes à la TCD ont été compensés par la diminution du nombre de visites aux services d'urgences et du nombre et de la durée des hospitalisations de leurs patients.

Il a été proposé aux sujets qui le souhaitent de refaire un cycle de thérapie, ce qui a entraîné chez les 30 patients ayant participé à ce second cycle, une diminution encore plus importante des passages à l'acte autoagressifs (suicidaires ou non), mais aucune amélioration supplémentaire n'a été retrouvée dans les autres critères évalués, notamment le recours aux structures de soins.

Adaptation TCD de Pasieczny et al.

Milieu : Ambulatoire

Durée : 6 mois

Contenu de la thérapie : TCD standard raccourcie à 6 mois

En 2014, une étude de **Gibson et al.** (57) a également testé un programme intensif d'apprentissage groupal des compétences dénommé *Living Through Distress (LTD)* chez 70 patients TPB hospitalisés avec des antécédents récents d'automutilation comparé à 21 patients suivant le traitement habituel. Comme l'étude précédente, les critères d'exclusion ne comportaient pas les comorbidités psychiatriques. L'apprentissage s'effectuait au cours de quatre séances hebdomadaires d'une heure pendant une durée six semaines. Les éléments comparés étaient la fréquence des automutilations, les capacités de régulation des émotions,

l'anxiété et la dépression évalués avant, à la fin et six semaines après la thérapie. Les résultats ont retrouvé des réductions plus importantes de la fréquence des actes d'automutilation et des améliorations dans certains aspects de la régulation des émotions chez les patients ayant suivi le programme comparé aux patients ayant bénéficié du traitement habituel.

Adaptation TCD de Gibson et al.

Milieu : Hôpital

Durée : 6 semaines

Contenu de la thérapie :

- Séances d'apprentissage des compétences en groupe : 4 séances d'une heure par semaine
- Réunions d'équipe

En 2016, **Mc Main et al.** (59) ont étudié, dans une étude contrôlée et randomisée, le retentissement sur la fréquence des gestes suicidaires et parasuicidaires d'une autre TCD centrée sur l'apprentissage des compétences (deux heures par semaine) d'une durée de cinq mois. Les sujets inclus devaient avoir fait deux passages à l'acte suicidaire et/ou parasuicidaire au cours des cinq dernières années, avec au moins un des épisodes survenus moins de dix semaines avant l'engagement dans la thérapie. Les critères d'exclusion comprenaient les personnes souffrant de trouble psychotique, de trouble bipolaire de type I, de démence ou d'un retard mental.

Ils ont retrouvé une diminution significative des gestes autodommageables chez les 42 patients ayant suivi la thérapie par rapport aux 42 patients ayant suivi un traitement habituel.

Adaptation de Mc Main et al.

Milieu : Ambulatoire

Durée : 20 semaines

Contenu de la thérapie :

- Groupe d'apprentissage des compétences : 2 heures par semaine
- Soutien en cas de crise (soutien téléphonique, centre de détresse)

Pour finir, **Lin et Al. (2018)** (58) ont comparé une adaptation de la TCD centrée sur

l'apprentissage groupal des compétences à la thérapie cognitive de groupe (TCG) chez une population d'étudiants chinois borderlines et dépressifs avec un antécédent de TS dans les six mois précédant le début de la thérapie. 42 sujets ont bénéficié de la TCD et 40 patients de la TCG à une fréquence de deux heures par semaine pendant une durée de deux mois. Les critères d'exclusion comprenaient la présence d'autre trouble psychiatrique hormis les troubles anxieux et la dépression. Cette étude a retrouvé des améliorations significatives dans les deux groupes sur la suicidalité, la diminution des passages à l'acte auto-agressifs, la dépression à la fin de la thérapie mais également à trois et six mois après l'arrêt du suivi. De plus, des améliorations précoces sont apparues sur la dépression dès quatre semaines d'intervention et aucun participant n'a fait de tentative de suicide pendant la période de suivi (six mois). Les deux groupes ont également montré une diminution significative des symptômes du TPB mais seuls les patients ayant reçu la TCD ont maintenu cette diminution dans le temps. Ils ont également montré de plus grandes capacités dans la régulation de leurs émotions.

Adaptation TCD de Lin et al.

Milieu : Ambulatoire

Durée : 2 mois

Contenu de la thérapie :

- Groupe d'apprentissage des compétences : 2 heures par semaine
- Soutien téléphonique et sur les réseaux sociaux (où les patients peuvent partager les stratégies de coping utilisées dans les situations du quotidien)
- Réunions pluridisciplinaires

Il est important de souligner que toutes les populations incluses dans ces études bénéficiaient également du traitement habituel, avec pour la majorité des patients la présence de traitements médicamenteux.

Tableau 1. Tableau des études évaluant l'impact d'adaptations brèves de la TCD chez des sujets TPB

Auteurs et année de l'étude	Type d'étude	Durée de la thérapie (en semaines)	- Nombre de sujets TPB traités par la TCD (nombres de sujets masculins) /Nombre de sujets traités par une autre thérapie - Critères de diagnostic utilisés	- Critères d'évaluation - Echelles d'évaluation utilisées - Fréquence des évaluations	Principaux résultats
Bohus et al. 2000 (50)	- Etude prospective non contrôlée	12	- 24 (0) - DIB-R/DSM-IV	- Evaluation du nombre de gestes parasuicidaires, de la symptomatologie du TPB, de la dépression et des IS - LPC/SCL-90-R/BDI/HAMD/FDS/STAXI - À l'admission puis un mois après la fin de la thérapie	- Diminution significative de la fréquence des gestes autoagressifs - Diminution significative des critères de dépression, des symptômes dissociatifs, de l'anxiété et du stress global - Taux d'abandon : 0 %
Bohus et al. 2004 (51)	- Etude contrôlée et randomisée vs TAU	12	- 40 (0)/20 (0) - DIB-R/DSM-IV	- Evaluation du nombre de gestes parasuicidaires, de la symptomatologie du TPB, de la dépression et des IS - LPC/SCL90-R /BDI/HAMD/HAMA/STAXI/STAI/GAF/IIP - À l'admission puis un mois après la fin de la thérapie	- Amélioration significativement supérieure au TAU dans tous les mesure hormis la colère et la dissociation - Taux d'abandon : 22%
Mc Quillan et al. 2005 (52)	- Etude prospective non contrôlée	3	- 87 (non renseigné) - CIM-10	- Mesures des critères de dépression, de désespoir, des IS et du fonctionnement social	- Améliorations significatives dans les mesures de dépression et de désespoir chez les sujets ayant suivi la

				<ul style="list-style-type: none"> - BDI/BHS/SASS - Evaluation avant le début de la thérapie et une semaine après l'arrêt de celle-ci 	<ul style="list-style-type: none"> thérapie comparée au groupe ayant suivi le traitement usuel - Taux d'abandon : 18 %
Kröger et al. 2006 (53)	- Etude prospective non contrôlée	12	<ul style="list-style-type: none"> - 50 (6) - DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la symptomatologie du TPB, de la dépression et des IS - SCL-90-R/GAF/BDI - Lors de l'admission, à l'arrêt de la TCD et un an après la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative des domaines évalués à la fin de la thérapie et lors de l'évaluation à distance - Taux d'abandon : 12 %
Stanley et al. 2007 (54)	- Etude prospective non contrôlée	26	<ul style="list-style-type: none"> - 20 (3) - DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des gestes parasuicidaires, de la dépression, des IS et du vécu subjectif de la détresse psychique - BHS/BDI/HAMD - À l'inclusion et à la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative de tous les critères évalués - Taux d'abandon : 5 %
Soler et al. 2009 (55)	- Etude contrôlée et randomisée en simple aveugle vs TGS	12	<ul style="list-style-type: none"> - 29 (6)/30 (4) - DIB-R/DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des symptômes du TPB, de la dépression, des IS des actes auto-agressifs, des visites aux urgences et des hospitalisations - BI/CGI-BPD/ HRSD-17/ SCL90-R/BDI/ HAMA - Avant, au cours (toutes les deux semaines) et à la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution significativement plus importante de la dépression, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère et de l'instabilité chez les sujets ayant suivi la TCD comparé au groupe TGS - Taux d'abandon significativement moins important pour le groupe TCD (groupe TCD 30% ; groupe TGS : 65 %)
Pasieczny et al. 2011 (56)	- Etude contrôlée et randomisée vs TAU	26	<ul style="list-style-type: none"> - 43 (2)/47 (4) - DIB-R/DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du nombre de passages à l'acte autoagressifs (suicidaires et non suicidaires), de la dépression, des IS, des passages dans les services d'urgence et des jours d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution significativement plus importante du nombre de passages à l'acte, de la dépression et de l'anxiété dans le groupe TCD vs TAU

				<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du coût de prise en charge des patients des deux groupes après les six mois de suivi - BDI-II/STAI/BSI/BSS - Au début, après trois mois et à la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'utilisation des services de soins et coût de prise en charge plus bas pour les patients du groupe TCD - Faible taux d'abandon dans le groupe TCD : 7 % vs 13 % pour le groupe TAU
Gibson et al. 2014 (57)	- Etude contrôlée et randomisée vs TAU	6	<ul style="list-style-type: none"> - 70 (15)/21 (9) - DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des passages à l'acte autoagressifs, de l'anxiété, de la dépression, des IS et de la régulation des émotions -DSHI/BDI/SCL-90-R/DERS/CERQ - À l'inclusion, à la fin de la thérapie et six semaines après la fin de la thérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité en terme de réduction du nombre de gestes autoagressifs pour le groupe TCD vs le groupe TAU en post traitement et à distance - Améliorations dans certains aspects de la régulation des émotions - Taux d'abandon : 17 %
Mc Main et al. 2016 (47)	- Etude contrôlée et randomisée en simple aveugle vs TAU	20	<ul style="list-style-type: none"> - 42 (7)/42 (11) - DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des gestes suicidaires et parasuicidaires, des symptômes du TPB, de la dépression et des IS -LSASI/DSHI/THI-2 /SCL-90-R/STAXI/BLS-23/BIS-11/BDI-II/SASSR/ DERS/ DTS/KIMS - Avant la thérapie puis à 10,20 (fin de la thérapie) et 32 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative des gestes suicidaires et parasuicidaires pour le groupe ayant bénéficié de la TCD -Amélioration de la gestion des émotions et de la tolérance à la détresse dans le groupe TCD - Taux d'abandon 29 %
Lin et Al. 2018 (58)	- Etude contrôlée et randomisée vs TCG	8	<ul style="list-style-type: none"> - 42 (10)/40 (14) - DSM-IV 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des symptômes du TPB, de la dépression, des IS, des actes auto-agressifs et de la fréquentation des services d'urgences et hospitaliers - Avant la thérapie ; un mois 	<p><u>Dans les deux groupes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diminutions significatives de la suicidalité, des passages à l'acte auto-agressifs, des symptômes du TPB et de la dépression à la

				<p>après le début de celle-ci ; à la fin de la thérapie ; puis à 3 et 6 mois après l'arrêt de la thérapie</p> <p>- CMSADS-Lshort/ BPDFS /KDI/ASIQ-S/CEQ-S/ERS</p>	<p>fin de la thérapie mais également à distance dans les deux groupes</p> <p><u>Pour le groupe TCD :</u></p> <p>- plus grande persistance de l'amélioration de la symptomatologie du TPB dans le temps</p> <p>- plus grande amélioration de la régulation des émotions</p> <p>- Taux d'abandon : 14 % pour le groupe TCD</p>
--	--	--	--	---	--

. **ASIQ-S** : *Adult Suicidal Ideation Questionnaire-Short* / Version abrégée du Questionnaire sur les idéations suicidaires chez l'adulte (Reynolds, 1991)

. **BDI** : *Beck Depression Inventory* / Echelle de Dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961)

. **BI** : *Barratt Impulse Inventory* / Echelle d'impulsivité de Barratt (Barratt, 1995)

. **BPDFS** : *Borderline personality disorder features scale* / Echelle des caractéristiques du TPB (Wu, Ko, Tung, & Li, 2016)

. **BHS** : *Beck Hopelessness Scale* / Echelle de désespoir de Beck (Beck, 1988)

. **BSI** : *Brief Symptom Inventory* / L'inventaire bref des symptômes (Derogatis & Spencer, 1982)

. **BSS** : *Beck Scale for Suicidal Ideation* / Echelle de Beck pour la cotation des idées suicidaires (Beck, 1991)

. **CEQ-S** : *Cognitive Error Questionnaire-Short* / Version abrégée du questionnaire d'erreur cognitive (Chang, Ko, Yeh, & Lu, 1996).

. **CERQ-Short** : *The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short* / Version courte du questionnaire sur la régulation cognitive des émotions (Garnefski & Kraaij, 2007)

. **CMSADS-Lshort** : *Chinese version of the Modified Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime-Short form* / Version chinoise de la liste modifiée des troubles affectifs et schizophrénie tout au long de la vie - Forme abrégée (Wu, Ko, & Lane, 2016)

. **DES** : *Dissociative Experiences Scale* / Echelle des expériences dissociatives (Bernstein & Putnam, 1986)

. **DIB-R** : *Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder—Revised* / Entrevue diagnostique révisée pour les troubles de la personnalité borderlines (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989)

. **DSHI** : *Deliberate Self-Harm Inventory* / Inventaire des gestes auto-agressifs délibérés (Gratz, 2001)

. **ERS** : *Emotion Reactivity and Regulation Scale* / Échelle de régulation des émotions (Nock & al., 2008)

. **FDS** : *Frustration intolerance and Discomfort Scale* / Echelle d'intolérance à la frustration et à l'inconfort d'Harrington (Harrington, 2005)

. **GAF** : *Global Assessment of Functioning Scale* / Echelle d'évaluation du fonctionnement global (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976)

. **HAMA** : *Hamilton Anxiety Scale* / Echelle d'anxiété d'Hamilton (Hamilton, 1959)

. **HAMD** : *Hamilton Depression Scale* / Echelle de dépression d'Hamilton (Hamilton, 1960)

. **IS** : Idées suicidaires

. **IIP** : *Inventory of Interpersonal Problems* / Inventaire des problèmes interpersonnels (Horowitz, Rosenberg, Baer, & Ureno, 1988)

. **LPC** : *Lifetime Parasuicide Count* / Evaluation du nombre de gestes parasuicidaires tout au long de la vie (Linehan & Comtois, 1994)

. **KDI** : *Ko Depression Inventory* / Inventaire de la dépression de Ko (Chien, Ko & Wu, 2007)

. **KIMS** : *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* / Inventaire de l'échelle de la pleine conscience (Baer, Smith & Allen, 2004)

. **LSASI** : *Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Interview* / Entrevue des tentatives de suicides tout au long de la vie (Linehan, Comtois, 1996)

. **SASS** : *Social Adaptation Self-evaluation Scale* / Echelle d'autoévaluation de l'adaptation sociale (Bech, Lunde, Undén, 2002)

. **SCL-90-R** : *Symptom Checklist according to Derogatis* / Liste des symptômes révisée de Derogatis à 90 items (Derogatis 1977)

. **STAI** : *State-Trait-Anxiety Inventory* / Inventaire des traits d'anxiété (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

. **STAXI** : *State-Trait-Anger Inventory* / Inventaire de colère-trait et de colère-état (Spielberger, 1988)

. **TAU** : *Treatment as usual* / Traitement habituel

. **TCG** : Thérapie Cognitive de Groupe

. **TGS** : Thérapie de Groupe Standard

. **TPB** : Trouble de la Personnalité Borderline

. **Vs** : versus

IV. DISCUSSION

Notre recherche a permis d'identifier dix études évaluant des adaptations brèves de thérapie comportementale dialectique dans la prise en charge de patients adultes atteints d'un trouble de la personnalité borderline. La durée de ces adaptations allait de trois semaines à six mois (56) (52). Certaines d'entre elles ont été initiées au sein d'une structure de soin et quatre de ces thérapies se sont centrées sur l'apprentissage des compétences en groupe. Quelque soit leurs programmes et leurs modes de mise en pratique, elles ont toutes montré, à différents niveaux, des bénéfices dans la prise en charge des sujets borderlines que nous allons résumer dans cette partie. Dans un second temps, nous nous attacherons à exposer les limites de cette revue de la littérature ainsi que celles des études sélectionnées, avant de réfléchir sur les perspectives d'avenir de telles adaptations.

A. Analyse des résultats

1. Bénéfices sur la diminution de la symptomatologie du TPB

a) *Diminution des passages à l'acte auto-agressifs*

La diminution de la fréquence des passages à l'acte auto-agressifs (suicidaires et non suicidaires) constitue l'objectif majeur de la TCD et il fut logiquement un des critères d'évaluation principal dans huit des dix études sélectionnées.

Tout d'abord, Bohus et son équipe ont retrouvé une diminution significative du nombre de gestes parasuicidaires un mois après la fin de leur thérapie chez les sujets TPB ayant bénéficié de leurs soins dans deux études successives (50,51). Des résultats similaires ont été retrouvés dans les deux adaptations de la TCD standard raccourcie à six mois réalisées par Stanley et al. (54) puis Pasieczny et al. (56).

Concernant les quatre adaptations s'étant centrées sur l'apprentissage groupal des compétences ; trois d'entre elles ont montré une diminution significative de ces gestes auto-dommageables à la fin de la thérapie et à distance de celle-ci (57-59), avec même pour les 42 patients ayant bénéficié de la thérapie de Lin et al. (58), une absence totale de passage à l'acte

après une réévaluation à distance de la thérapie (six mois après la fin de celle-ci). Seule l'étude de Soler et al. (55) n'a pas retrouvé de diminution significative de ce critère comparé à la TGS.

b) Diminution des autres symptômes du TPB et amélioration des compétences

En dehors de la diminution des passages à l'acte auto-agressifs, la TCD standard a déjà démontré son efficacité dans la diminution d'autres symptômes du TPB. Une évaluation de la symptomatologie de ce trouble a également été réalisée dans huit des dix études, le plus souvent grâce à l'utilisation d'outils standardisés tels que le *Symptom Checklist according to Derogatis Revised* (SCL-D-90-R) comprenant 90 items, le *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis & Spencer, 1982) à 52 items, le *Borderline Symtoms List* à 23 items (BSL-23) (60) ou encore le *Borderline Personality Disorder Features Scale* (BPDFS).

Ainsi, Pasiieczny et al. (56), Kröger et al. (53) et Lin et al. (58) ont retrouvé une amélioration significative des scores généraux concernant la symptomatologie du TPB, avec un maintien de ces améliorations dans le temps pour les deux dernières études. Concernant les autres travaux, une diminution significative de l'anxiété (Soler et al. (55), Bohus et al. (50,51), Gibson et al.(57)), de la colère (Soler et al. (55) , Mc Main et al. (59)), des problèmes dans les relations interpersonnelles (Bohus et al. (50,51)), des symptômes dissociatifs (Bohus et al. (50,51)), du stress global (Bohus et al. (50,51)) et de l'irritabilité (Soler et al. (55)), a été retrouvée.

Concernant l'évaluation des compétences acquises au cours de ces thérapies, des améliorations dans les capacités de régulation des émotions ont été retrouvées dans trois études (Soler et al. (55), Mc Main et al. (59), Gibson et al. (57)).

2. Evaluation de la dépression

Toutes les études ont évalué l'évolution des scores de dépression qui est un trouble fréquemment retrouvé chez les sujets souffrant de TPB. L'échelle la plus utilisée était la *Beck Depression Inventory* (BDI) dans neuf des dix études. Lin et son équipe ont utilisé la *Ko's Depression Inventory* (KDI). Huit des dix études ont retrouvé des diminutions significatives des critères de la dépression chez les patients ayant bénéficié de leur thérapie. Seules deux thérapies centrées sur l'apprentissage exclusif des compétences (Gibson et al. (57) et Mc main et al. (59))

n'ont pas montré d'amélioration significative. Il est à noter que deux adaptations ont mis en avant des diminutions significatives précoces de ces critères, dès quatre semaines de suivi (Lin et al. (58) et Mc Quillan et al. (52)). Pour terminer, certaines d'entre elles ont montré un maintien de ces bénéfices à distance de la thérapie (à un mois pour Bohus et al (50,51), six mois pour Lin et al. (58) et même un an pour Kröger et al. (53)).

3. Evaluation en termes de coût et de recours aux structures de soin

Bien que l'objectif de ces adaptations soit de rendre la TCD plus accessible aux structures de santé en étant donc moins onéreuse, seule l'équipe de Pasieczny et al. (56) s'est intéressée à évaluer les bénéfices en termes de coût de sa thérapie comparée au traitement habituel. Ils y ont intégré notamment l'importance de l'utilisation des structures de santé. Ils ont retrouvé une diminution plus importante de l'utilisation des services de santé (nombre et temps d'hospitalisation et utilisation des services d'urgence) chez les sujets ayant bénéficié de cette thérapie. En lien avec ces résultats, ils ont calculé un coût moyen total par patient environ 30% inférieur chez les sujets qui ont suivi leur thérapie par rapport aux autres patients. Les coûts nécessaires à la formation des équipes à la TCD ont été compensés par un recours plus faible aux structures de soins. Lin et son équipe (58) ont également retrouvé une diminution des recours aux structures de santé dans les deux groupes de patients incluent dans leur étude mais sans en calculer les bénéfices économiques.

4. Evaluation de l'observance de la thérapie

De par leurs troubles, les patients borderlines éprouvent de grandes difficultés à investir un projet de soins et une thérapie (26). En effet, un taux d'abandon élevé est fréquemment retrouvé et ce quelque soit le type de thérapie (26). C'est également le cas pour la TCD standard qui comprend un taux d'abandon précoce situé entre 25 et 30% (36). Concernant les adaptations de la TCD étudiées ici, les taux d'abandon retrouvés étaient relativement faibles. Hormis les études de Bohus et al. (51) (22 % d'abandon) Mc Main (59) (29 % d'abandon) et de de Soler et al. (55) (34,5 % d'abandon) sept des adaptations avaient un taux d'observance compris entre 83 % à 100 %. Il est à noter également que la majorité de ces adaptations de la TCD a été réalisée chez des sujets « instables » et à « haut risque de suicide ».

En effet, l'objectif principal de leur mise en place étant de les rendre accessibles à un grand nombre de patients, les populations étudiées étaient souvent plus en difficulté que les sujets habituellement intégrés dans la TCD standard (36).

5. Efficacité comparée à d'autres thérapies spécifiques

Deux adaptations de la TCD ont été comparées à d'autres thérapies spécialisées en y retrouvant une efficacité similaire voir supérieure dans certains domaines. En effet, l'adaptation de Lin et Al. (58) retrouve une efficacité similaire sur la suicidalité, la diminution des passages à l'acte auto-agressifs, la dépression et des symptômes TPB mais seuls les patients ayant reçu la TCD ont maintenu cette diminution des symptômes dans le temps. Ils avaient également de plus grandes capacités à réguler leurs émotions à la fin de la thérapie. De leur côté, Soler et al. (55) ont retrouvé une efficacité supérieure dans la diminution de la dépression et des symptômes du TPB de leur TCD centrée sur les groupes d'apprentissage des compétences en la comparant à une TGS.

B. Limites

1. Limites des études incluses

Tout d'abord, nous pouvons noter un certain nombre de biais et de limites dans les études analysées.

Premièrement, des biais de sélection de plusieurs ordres. En effet, de multiples échantillons ou groupes sont non représentatifs des sujets borderlines retrouvés dans la population générale. C'est le cas par exemple pour le sex-ratio des sujets évalués, qui dans toutes les études comportaient peu voire pas de sujets masculins alors que les dernières données de la littérature ne retrouvent pas de différence de sexe ratio du TPB au sein de la population générale (14) . De plus, les patients borderlines présentent bien souvent plusieurs comorbidités notamment psychiatriques (9,26) et les nombreux critères d'exclusions utilisés par certaines équipes ont probablement entraîné également un défaut de cette représentativité.

Dans un second temps, on repère pour certaines études des éléments subjectifs liés à l'enquête par l'intermédiaire de l'absence d'évaluation régulière, d'absence d'évaluations

à distance afin de déterminer le maintien des bénéfices à long terme, de l'utilisation de moyens de comparaison reposant sur des auto-évaluations (pour toutes les études) ou encore l'absence de critères essentiels à l'évaluation des bénéfices de la thérapie. Concernant le dernier point, on peut souligner notamment l'absence dans deux études (52,53) de l'évaluation des comportements auto-agressifs (suicidaires ou non) dont la diminution est un des objectifs majeur de la thérapie. De plus, l'un des éléments ayant motivé la plupart de ces adaptations étant de développer une thérapie accessible et moins coûteuse, une évaluation des soins en terme financier et du recours au services de santé comme développé dans l'étude de Pasieczny et al. (56) aurait semblé pertinente pour les autres travaux réalisés. Pour finir sur ce sujet, hormis l'utilisation des échelles d'évaluation des capacités de régulation des émotions, peu d'études se sont servies d'outils standardisés permettant d'évaluer les trois autres domaines des compétences travaillés en TCD (la pleine conscience, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle). Ceci aurait permis d'attester de l'efficacité de la thérapie et donc limiter le biais décrit ci dessous.

En effet, dans toutes les études on peut noter un biais de confusion concernant les effets de la thérapie car tous les patients qui en bénéficiaient avaient également recours au traitement usuel comprenant bien souvent une thérapeutique médicamenteuse. De plus, concernant les études réalisées au sein d'une unité hospitalière en temps plein (50,51,53,57), l'effet de cette dernière a pu influencer sur certains symptômes aigus présentés par les patients. Tout comme pour les études comparant leur thérapie au traitement usuel, qui consistent principalement à mettre les sujets sur liste d'attente. L'absence d'information concernant les soins dont ces patients ont disposé, et le fait que les sujets qui ont suivi la TCD bénéficiaient d'un suivi probablement plus important et régulier, peut rendre difficile l'évaluation des bénéfices réellement apportés par le contenu de la thérapie en elle-même. Un autre élément important est qu'une grande partie des études retenues était pratiquée par des personnes ayant participé au développement de la TCD avec Linehan (Bohus et Mc Main) ou au sein de leurs pays respectifs.

Pour finir, certaines études, de par leur méthodologie (notamment celles n'utilisant pas de groupe contrôle (50,52-54) ou celles sans randomisation aléatoire des patients (55-57,60)) ou du faible nombre de patients inclus, ne bénéficient pas d'un haut niveau de preuve.

2. Limites de la revue

Un biais de sélection inhérent à la revue repose sur l'algorithme de mots clés malgré l'utilisation de cinq bases de données différentes. Des articles ont pu être omis par les restrictions liées aux critères d'inclusion (mots clés, mode de sélection des études par le titre et le résumé). Une autre limite est que la recherche documentaire n'a été réalisée que par un examinateur (moi-même).

De plus, l'inclusion des études portant sur les populations adolescentes aurait semblé pertinente. En effet la prévalence de ce trouble est importante chez ces sujets (10) et des adaptations brèves ont été spécifiquement développés pour ces personnes peu observantes (notamment la TCD-Adolescent). On peut citer l'adaptation mise en place au sein de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens (Pr Guilé) et dirigée par le Dr Garny de la Rivière au sein de l'HDJ de l'Unité de médecine de l'adolescent (UMA).

Pour finir, l'hétérogénéité de ces adaptations et de leurs évaluations ne permettent pas de faire une méta-analyse des résultats retrouvés.

C. Perspectives d'avenir

La majorité des personnes atteintes de TPB n'a pas accès à un traitement spécialisé (5) et il existe un besoin urgent de trouver des moyens efficaces et accessibles à nos structures de santé pour prendre en charge ces patients. Le but de cette thèse était de faire un état des lieux des formes abrégées d'une thérapie, la TCD, qui comme décrite précédemment a montré les preuves de son efficacité dans la diminution des troubles de ces sujets.

Les résultats retrouvés dans cette revue de la littérature permettent de discuter de certaines perspectives intéressantes concernant une adaptation de la TCD à notre système de santé.

1. Les intérêts de développer des formes brèves de la TCD

Tout d'abord, il est important d'envisager la question de l'adhésion aux soins qui est au centre de la problématique du TPB. Les caractéristiques propres de ce trouble induisent bien souvent une ambivalence vis-à-vis des soins avec une faible adhésion à ceux-ci, surtout

lorsqu'ils s'inscrivent dans la durée (11,26). La motivation au changement, ainsi que l'adéquation aux besoins du patient sont deux éléments qui permettent une forte implication du sujet borderline dans les soins. La TCD offre ces deux perspectives (6). On a pu remarquer que même des formes intensives de TCD limitées à plusieurs semaines ont montrées des bénéfices chez ces patients. Elles n'ont certes pas permis la disparition du trouble, mais elles ont tout du moins favorisé une stabilisation de l'état des patients borderlines avec une diminution de leurs symptômes, les rendant de ce fait plus accessibles pour investir une thérapie au long cours dans un second temps. Cette thérapie s'axerait sur une résolution plus en profondeur de l'origine des problèmes de ces sujets. Ces formes brèves donneraient aussi la possibilité aux thérapeutes de suivre un plus grand nombre de patients. Il pourrait être envisagé la mise en place de structures spécialisées telles que des HDJ pour TPB comme cela a été développé dans l'adaptation de Mc Quillan et al. (52) ou plus près de chez nous, au sein de l'HDJ du service de l'UMA comme décrit précédemment. Ces structures existent déjà pour d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles du comportement alimentaire. Si nécessaire, un renforcement des compétences acquises pourrait être proposé aux sujets qui en ont besoin comme ce fut le cas dans l'étude de Pasieczny et al. (56).

2. Les intérêts concernant une instauration de la TCD au sein d'une unité de soin

Les dernières études reconnaissent que la prise en charge des sujets TPB doit se faire préférentiellement en ambulatoire, notamment à cause des difficultés de ces patients à supporter les contraintes relatives à la vie en institution (respect des règles, difficulté dans l'interaction avec les patients et le personnel soignant) (3,5). Cependant, de par leur symptomatologie et principalement leurs comportements suicidaires, ces patients se retrouvent fréquemment dans des unités de soins (3,27,61). Selon une étude de Widiger et al. (62), 72 % des patients souffrant de TPB seront hospitalisés au moins une fois en service de psychiatrie, et une grande partie d'entre eux seront réadmis à plusieurs reprises (3). Ces hospitalisations sont malgré tout nécessaires après une TS, le temps d'une stabilisation médicale et d'une prise en charge psychiatrique adaptée chez des patients ayant un fort taux de mortalité par suicide (2). C'est en considérant ce problème que Bohus et al. (50,51), Kröger et al. (53) et Gibson et al. (57) ont décidé de développer une TCD au sein d'une unité d'hospitalisation à temps complet. Les premiers en y proposant un suivi individuel associé à des séances de groupe d'apprentissage,

alors que Gibson et son équipe se sont centrés sur un apprentissage exclusif des compétences s'ajoutant au suivi habituel.

Le fait d'initier la TCD dans une unité de soins leurs a permis de repérer plusieurs avantages tels que :

- la possibilité de sensibiliser plus facilement les différents acteurs intervenants dans la prise en charge du patient ;
- pour Bohus et al. et Kröger et al., les premières étapes de la prise en charge concernant l'évaluation, l'information, l'alliance et l'engagement qui prennent habituellement un certain temps à se mettre en place ont pu ici être développées assez rapidement ;
- ils ont montré la possibilité d'initier la TCD chez des patients à haut risque de suicide en permettant notamment de diminuer l'importance de leurs symptômes.

Concernant le dernier point, il est transposable à la majorité des études qui pour la plupart ont cherché à proposer leur thérapie à des sujets TPB définis comme étant en « crise » et ayant eu récemment recours à des passages à l'acte. Pour ces patients, il était difficile d'envisager une thérapie ambulatoire au long cours au moment de leur inclusion. Les adaptations ont permis de diminuer l'importance des troubles dont ils souffraient et de renforcer l'alliance thérapeutique.

3. Les intérêts de développer une TCD centrée sur l'apprentissage groupal des compétences

On remarque au travers de cette revue que depuis quelques années ont été développés des formes de TCD exclusivement centrées sur l'apprentissage groupal des compétences, avec pour les adaptations étudiées ici, des résultats intéressants quant à la prise en charge de patients borderlines « en crise ». Ces résultats sont renforcés par une étude de Linehan et son équipe datant de 2015 (38). Ces derniers ont évalué l'efficacité de la TCD standard en la comparant à une TCD ne comportant que des séances individuelles et une TCD ne comportant que les séances d'acquisition de compétences sur une période d'un an. Leurs résultats montrent pour chacun des trois groupes une diminution significative des tentatives de suicides, des idées suicidaires et de la gravité des automutilations avec une efficacité plus importante, mais non significative, sur la réduction des gestes automutilatoires dans les groupes TCD standard et TCD centrées sur les compétences. Ceci met en avant l'importance de ces séances dans la diminution de la suicidalité chez les sujets borderline.

4. Perspectives des études à venir

Au regard des différents travaux exposés ici, il semblerait pertinent que d'autres études puissent s'intéresser à des populations plus représentatives des patients TPB présents dans la population générale. Ce trouble apparaissant souvent à l'adolescence, l'étude de ces populations semble également nécessaire, même si plusieurs travaux et adaptations ont déjà été développés mais n'ont malheureusement pas été traités dans cette thèse à cause de nos critères d'exclusion. Les prochaines études devraient également s'intéresser à d'autres critères d'évaluation, notamment les évaluations des compétences développées ainsi qu'à l'intérêt en termes de rapport coût-efficacité et de l'utilité économique de fournir un modèle condensé aux patients atteints de TPB. Il pourrait également être intéressant de comparer des TCD en hospitalisation à une TCD ambulatoire de durée comparable, ou encore une TCD abrégée à une TCD standard. Les TCD centrées sur l'apprentissage des compétences semblent également une perspective intéressante et pourraient être facilement intégrées au sein des structures de santé.

V. CONCLUSION

Ce travail de thèse avait pour objectif principal de faire une revue de la littérature actuelle concernant les adaptations brèves de la TCD développées dans la prise en charge des personnes adultes souffrant de TPB.

Cette recherche nous a permis de découvrir les travaux de plusieurs équipes ayant adapté la TCD à leurs conditions d'exercice. Les durées de ces thérapies allaient d'une période de trois semaines (52) à six mois (54,56) et ont toutes montré des effets bénéfiques dans la prise en charge de sujets TPB souvent « en crise ». Cependant, l'amélioration clinique des patients étudiés ne peut pas être exclusivement attribuée à la TCD. En effet, l'application de cette dernière s'est faite en supplément des soins habituels prodigués pour aider ces sujets.

Les personnes borderlines constituent une population particulièrement délicate à prendre en charge. La réalité est que de nombreux patients atteints de ce trouble ne sont pas suffisamment stabilisés pour s'engager dans un traitement ambulatoire au long cours. Il est donc important de pouvoir développer un traitement capable de diminuer l'intensité des symptômes et des troubles de ces patients. Comme nous avons pu le constater lors de la revue de littérature, une forme intensive de la TCD semblerait montrer des bénéfices quant à la diminution des symptômes et dans la stabilisation de ces patients. Une fois cet équilibre trouvé, le patient pourrait s'investir plus facilement dans une prise en charge au long cours, permettant un travail sur la résolution de ses troubles ainsi que sur la concrétisation de ses objectifs personnels.

Par conséquent, si un traitement à long terme n'est pas possible chez un patient, un traitement intensif telle qu'une TCD brève semblerait être une intervention raisonnable à proposer en premier lieu afin de diminuer l'intensité des troubles, mais pas en tant que remplacement d'un traitement complet.

Concernant le mode de mise en œuvre de ces adaptations, elles devraient se développer en fonction des moyens dont disposent les structures de santé. Des formes centrées sur l'apprentissage des compétences et/ou intégrées au sein des structures de soins semblent intéressantes. Des initiatives autres que la TCD se développent actuellement. On peut notamment citer le *General Psychiatric Management* (GPM) développé par Gunderson (26), qui est une thérapie alliant des techniques de gestion du stress, d'augmentation de l'estime de soi et d'amélioration des compétences sociales, développée pour la prise en charge de patients

souffrants de TPB « non sévère » et dont l'objectif est de proposer une thérapie accessible à tous les professionnels de santé (spécialistes ou non).

Ce travail de thèse sera présenté lors de la 17^{ème} édition du congrès de l'encéphale (janvier 2019) sous la forme d'un poster.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):533-45.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. 2011;377:11.
3. Linehan M, L. Heard H. Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. 2018;13
4. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv*. 2003;54(8):1149-54.
5. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2018;4:18029.
6. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press; 1993. 584 p.
7. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. In: *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*: American Psychiatric Association; 2006
8. Borderline personality disorder: treatment and management (NICE clinical guideline 78). :41.
9. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):533-45.
10. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150(8):1237-43.
11. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):530-9.
12. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E, et al. Patterns of Comorbidity among DSM-III-R Personality Disorders. *Psychopathology*. 2000;33(2):69-74.
13. Clarkin JE, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1983;92:263-275.
14. De Moor MHM, Distel MA, Trull TJ, Boomsma DI. Assessment of borderline personality features in population samples: is the Personality Assessment Inventory-Borderline Features scale measurement invariant across sex and age? *Psychol Assess*. 2009;21(1):125-30.
15. Russell I, Winchendon MD, Mass: *The borderland of insanity*. 1884:16 p.
16. Chaine F et Guelfi JD. États limites. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-395-A-10, 1999, 10 p.

17. DSM-III:diagnostic and statistical manual of mental disorders american psychiatric association 1980.494p.
18. DSM-IV:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 1994.886p.
19. DSM-V:diagnostic and statistical manual of mental disorders.American psychiatric association 2013.991p.
20. CIM-10.classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. Dixième édition.1993.328p.
21. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis.*2002;190(6):381-7.
22. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry.*1989;30(1):18-25.
23. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis.*2002;190(8):510-8.
24. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry.*2000;41(6):416-25.
25. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev.*2014;40:6-19.
26. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer.*2018;4:18029.
27. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al: Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 28-36.
28. La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité - Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, Jean Cottraux, Bernard Pascal.2014.564p
29. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal.* juin 2008;89(3):601-20.
30. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.*2010;9(1):11-5.
31. Paris J. Pharmacological treatments for personality disorders. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.*2011;23(3):303-9.
32. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(8):827-37.
33. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.*2010;167(6):663-7.

34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand.*2014;130(3):205–13.
35. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1984.204p
36. Linehan M-M, Prada P, Nicastro R, Perroud N. *Manuel d'entraînement aux compétences TCD 2e ed.* 2e édition. Médecine & Hygiène; 2017. 574 p.
37. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.*1998.1733-1739.
38. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry.*2015;72(5):475.
39. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry.*1991. 48:1060–1064.
40. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63:2006.757–766.
41. Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2003.182:135–40.
42. Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(6):356–65.
43. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc.* 2012;51(2):121–41.
44. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice,*2000. 7(4), 413-419.
45. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry.* 2007;7.
46. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2012;169(6):650–61.
47. McMain SF, Links PS, Gnam WH, et al: A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry.*2009.166: 1365–1374.
48. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al: The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine.*2009 6:1–28.
49. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151–5.

50. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Linehan M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder Ð a prospective study. *Behav Res Ther.* 2000;13.
51. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.*2004;42(5):487-99.
52. McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, Girard M, Lissner C, Ferrero F. Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. *Psychiatr Serv.*2005;56(2):193-7.
53. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.*2006;44(8):1211-7.
54. Stanley B, Brodsky B, Nelson JD, Dulit R. Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self Injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11(4):337-41.
55. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther.* 2009;47(5):353-8.
56. Pasioczny, N. et Connor, J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*,2011.49(1), 4-10.
57. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behav Res Ther.*2014;60:8-14.
58. Lin T-J, Ko H-C, Wu JY-W, Oei TP, Lane H-Y, Chen C-H. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Arch Suicide Res.*2018;1-18.
59. McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand.*2017;135(2):138-48.
60. Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*,2009 42(1), 32-39.
61. Chaput, Y. J. A. & Lebel, M. J. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatr. Serv.*2007. 58, 335-341.
62. Widiger TA, Weissman MM: Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry.*1991.42:1015- 1021.

Thérapies comportementales dialectiques brèves et trouble de la personnalité borderline : revue systématique

Résumé

Introduction : Les psychothérapies efficaces dans la prise en charge des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline (TPB) telle que la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) nécessitent des moyens humains et financiers les rendant difficilement accessibles. Pour essayer de surmonter ces limites, plusieurs équipes ont développé des versions brèves de la TCD. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature concernant les études évaluant l'efficacité des formes abrégées de TCD dans la prise en charge de patients souffrant de TPB.

Méthode : Les recherches ont été effectuées à partir des bases de données *Pubmed*, *Cochrane*, *Clinicaltrials*, *Sciencedirect*, sans limite de temps. Les mots clés utilisés ont été : *Borderline personality disorder / Borderline et Dialectical / Dialectical Behavioral Therapy / DBT*. Les critères d'inclusion comprenaient les études en anglais ou en français évaluant l'efficacité de formes brèves de TCD sur la symptomatologie de patients souffrant de trouble de la personnalité borderline adultes. La sélection des articles s'est faite à la lecture du titre puis du résumé en respectant les critères PRISMA.

Résultats : Dix articles ont été sélectionnés. Ils présentaient des adaptations allant d'une durée de trois semaines à six mois. Quatre de ces adaptations ont été développées au sein d'une unité hospitalière. Quatre de ces adaptations étaient centrées sur l'apprentissage groupal des compétences.

Conclusions : L'ensemble de ces adaptations avait un impact positif sur la prise en charge des patients borderline. Les bénéfices concernaient une amélioration de la symptomatologie du TPB, des troubles de l'humeur et des recours aux services de soins urgents. Ces résultats suggèrent que ces thérapies pourraient être diffusées plus largement à moindre coût.

Mots clés : Suicide, Passages à l'acte auto-agressifs, Trouble de la Personnalité Borderline, TPB, Thérapie Comportementale Dialectique, TCD.

Brief Dialectical Behavioral Therapies and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review

Abstract

Introduction: Effective psychotherapies in the management of patients suffering from Borderline Personality Disorder (BPD) such as Dialectical Behavior Therapy (DBT) require human and financial means that make them difficult to access. To try to overcome these limitations, several teams have developed short versions of DBT. We conducted a systematic review of the literature on studies evaluating the effectiveness of abridged forms of DBT in the management of patients with BPD.

Method: Research was conducted using the databases *Pubmed*, *Cochrane*, *Clinicaltrials*, *Sciencedirect*, with no time period limit. The keywords used were: *Borderline personality disorder/Borderline and Dialectical/Dialectical Behavior Therapy/DBT*. Inclusion criteria included studies in English or French evaluating the efficacy of short forms of DBT on the symptomatology of patients with adult borderline personality disorder. The articles were selected by reading the title and then the abstract according to the PRISMA criteria.

Results: Ten articles have been selected. The length of adaptations ranged from three weeks to six months. Four of these adaptations were developed within a hospital unit. Four of these adaptations focused on group learning of skills.

Conclusions: All of these adaptations had a positive impact on the management of patients with borderline. Benefits included improved BPD symptomatology, mood disorders and urgent care services. These results suggest that these therapies could be used more widely at a lower cost.

Key words : Suicide, Self-aggressive acts, Borderline Personality Disorder , BPD , Dialectical Behavioral Therapy, DBT .