

La thérapie comportementale dialectique

Recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale

Dialectical behavior therapy

a review of studies on skills training groups and applications in psychiatric settings

Julie Jomphe, M.D., FRCPC

Volume 38, Number 2, Fall 2013

Pleine conscience et psychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1023991ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1023991ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique : recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 83–109. <https://doi.org/10.7202/1023991ar>

Article abstract

Patients suffering from borderline personality disorder (BPD) represent a substantial proportion of hospitalized and outpatient patients in psychiatry. They use up to 40% of mental health resources. Dialectical behavioral therapy (DBT) is one of the best studied treatment for this population. Unfortunately, its deployment in Quebec remains quite limited partly because resources are lacking to provide individual therapy and a response to emergency calls. Although the complete package, as originally studied, is not widely available, several psychiatric departments offer skills training groups for patients with BPD. This article aims to provide a brief overview of the DBT model, review studies on DBT groups and some existing adaptations to the original model. The author will also present the model used in two psychiatric settings, the Centre de Santé et Services Sociaux du Sud de Lanaudière and Pavillon Albert-Prévost, as well as the adaptations in the context of transfers to community health settings.

La thérapie comportementale dialectique

Recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale

Julie Jomphe, M.D., FRCPC^a

■ **RÉSUMÉ** Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (TPL) représentent une proportion importante de la clientèle hospitalisée en psychiatrie et de la clientèle ambulatoire. Elles consomment jusqu'à 40 % des ressources en santé mentale. La thérapie comportementale dialectique (TCD) est l'une des thérapies les mieux validées dans les écrits scientifiques pour traiter cette clientèle. Malheureusement, son déploiement au Québec demeure assez limité, entre autres à cause d'un manque de ressources pour offrir la thérapie individuelle et les appels téléphoniques d'urgence. Même si l'approche globale, telle que préconisée initialement, est peu accessible, plusieurs départements de psychiatrie proposent des groupes d'entraînement aux compétences aux personnes souffrant de TPL. Cet article vise à dresser un bref portrait de ce qu'est la TCD, de rendre compte des études sur les groupes TCD et de quelques adaptations existantes. L'auteure présentera le modèle appliqué dans deux milieux psychiatriques québécois, le Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière et le pavillon Albert-Prévost, ainsi que les adaptations prévues dans le cadre du plan d'action en santé mentale.

MOTS CLÉS groupe d'entraînement aux compétences, thérapie comportementale dialectique, personnalité borderline, adaptations

Dialectical behavior therapy: a review of studies on skills training groups and applications in psychiatric settings

ABSTRACT Patients suffering from borderline personality disorder (BPD) represent a substantial proportion of hospitalized and outpatient patients in psychiatry. They use up to 40% of mental health resources. Dialectical behavioral therapy (DBT) is one of the best studied treatment for this population. Unfortunately, its deployment in Quebec remains quite limited partly because resources are lacking

a. Médecin psychiatre, FRCPC. Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière et pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal).

to provide individual therapy and a response to emergency calls. Although the complete package, as originally studied, is not widely available, several psychiatric departments offer skills training groups for patients with BPD. This article aims to provide a brief overview of the DBT model, review studies on DBT groups and some existing adaptations to the original model. The author will also present the model used in two psychiatric settings, the Centre de Santé et Services Sociaux du Sud de Lanaudière and Pavillon Albert-Prévost, as well as the adaptations in the context of transfers to community health settings.

KEYWORDS dialectical behavior therapy, skills training, borderline personality disorder, adaptations

Le trouble de la personnalité borderline (TPL) touche 1,8 % (Swartz, Blazer *et al.*, 1990) à 5,9 % (Grant, Chou *et al.*, 2008) de la population, mais représente 14 à 20 % de la clientèle hospitalisée en psychiatrie (Widiger et Fances, 1989; Widiger et Weissman, 1991, cités par Dimeff et Koerner, 2007) et 8 à 11 % de la clientèle ambulatoire (Kroll, Sines *et al.*, 1981; Modestin, Abrecht *et al.*, 1997; Widiger *et al.*, 1989, cités par Dimeff *et al.*, 2007). Les TPL consomment jusqu'à 40 % des ressources en santé mentale (Dimeff *et al.*, 2007).

Au cours des dernières années, les statistiques sur le taux de suicide de cette clientèle se sont améliorées: du traditionnel 8 à 10 % (Black, Blum *et al.*, 2004; Linehan, Rizvi *et al.*, 2000), on parle maintenant de 4,5 % (Stoffers, Völlm *et al.*, 2012; Zanarini, Frankenburg *et al.*, 2007; Zanarini, 2013). Il est possible qu'un meilleur dépistage du trouble et l'avènement de thérapies propres à cette problématique puissent expliquer en partie cette baisse.

La thérapie comportementale dialectique (TCD) est l'une des thérapies les mieux validées dans les écrits scientifiques pour traiter cette clientèle. On recense au moins 13 études randomisées contrôlées (ÉRC) de cette thérapie, répliquées indépendamment des auteurs, dans neuf sites différents et dans six pays (McMain, 2013). De plus, ses résultats ont avantageusement été comparés à ceux d'un traitement par des experts d'orientations diverses (Clarkin, Levy *et al.*, 2004; Linehan, Comtois *et al.*, 2006; McMain, Guimond *et al.*, 2012; McMain, Links *et al.*, 2009).

Malheureusement, son déploiement au Québec demeure assez limité. Plusieurs facteurs expliquent ce fait. Parmi les obstacles, le besoin d'une formation spécifique et onéreuse qui n'est pas offerte en

langue française. Ensuite, vient la nécessité de constituer une équipe complète désirant mettre en place une TCD dans les mois à venir. Ajoutons que l'implication d'intervenants faisant preuve d'une motivation élevée est nécessaire à l'engagement dans ce genre de traitement. Finalement, l'allocation limitée des ressources pour la thérapie individuelle et le soutien téléphonique d'urgence vient également compliquer la mise en place d'un tel programme d'intervention.

Ceci étant, ce sont les groupes d'entraînement aux compétences que l'on a vus se déployer au Québec et ailleurs dans le monde. Ajoutée au traitement usuel (TAU), cette modalité de thérapie est intéressante : elle est facile à mettre sur pied et peut contribuer à aider beaucoup de monde.

Cet article vise à dresser un bref portrait de ce qu'est la TCD, de rendre compte des études portant sur les groupes TCD et de quelques adaptations existantes du modèle de traitement de la Dre Marsha M. Linehan. Pour plus de détails sur le modèle TCD, se référer à l'article de Bégin et Lefebvre (1997) dans cette même revue ou au manuel de traitement (Linehan, 1993).

Sommaire de la TCD

La TCD est un traitement cognitivo-comportemental auquel on a ajouté des stratégies d'acceptation, des stratégies dialectiques et un entraînement à la pleine conscience (PC). Son but est de traiter les gens suicidaires qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline. Elle cible directement les comportements qui menacent la vie, les comportements qui interfèrent avec la thérapie et les autres comportements qui diminuent la qualité de vie (Linehan *et al.*, 2006).

La TCD globale vise cinq objectifs : 1) développer les compétences comportementales psychosociales ; 2) augmenter la motivation à utiliser ses propres compétences via la gestion des contingences et la réduction des pensées et émotions interférentes ; 3) permettre la généralisation des apprentissages dans l'environnement naturel de la personne ; 4) structurer l'environnement de traitement afin de renforcer les comportements fonctionnels plutôt que dysfonctionnels ; 5) accroître la compétence des thérapeutes et leur motivation à traiter les TPL efficacement (Linehan *et al.*, 2006).

L'atteinte de ces cibles se produit via quatre modalités de traitement soit : a) la thérapie individuelle hebdomadaire, qui est le moteur principal de la motivation, de l'application spécifique des compétences et

de leur généralisation dans la vie quotidienne; b) les groupes d'entraînement, dont le but est l'acquisition des compétences; c) la consultation téléphonique, qui permet la généralisation des compétences, la réparation de la relation thérapeutique, et la prévention des gestes qui menacent la vie; et d) la supervision hebdomadaire avec l'équipe qui soutient le thérapeute, lui permettant de demeurer motivé, dialectique et qui lui permet d'augmenter ses compétences tout en prévenant l'épuisement (Linehan *et al.*, 2006; Soler, Pascual *et al.*, 2009).

Traitements globaux vs traitements non globaux

Les écrits scientifiques divisent les études en deux catégories selon qu'une partie significative du traitement est constituée de la psychothérapie individuelle TCD ou pas. Un traitement TCD global comprend donc les quatre modalités de traitement, telles que décrites ci-haut. Un traitement TCD non global (communément appelé d'*orientation TCD*) n'inclura pas de thérapie individuelle TCD, de consultation téléphonique ni de supervision d'équipe. Le traitement se concentrera alors principalement sur l'apprentissage des compétences qui pourront être enseignées soit en individuel ou, le plus souvent, en groupe. Ces compétences sont généralement enseignées selon quatre modules: pleine conscience, efficacité interpersonnelle, régulation des émotions et enfin, le dernier module, tolérance à la détresse, qui a été renommé récemment acceptation de la réalité. Les études sur les approches de groupe varient beaucoup pour ce qui est du format et du nombre de compétences enseignées dans les modules. De plus, dans les études portant sur cette catégorie, les groupes sont parfois ajoutés à un traitement usuel (TAU) en consultation externe, qui peut comprendre ou non une thérapie d'orientation différente, ou encore, le groupe d'entraînement aux compétences sera la seule modalité offerte. Le présent article se concentre essentiellement sur la recension des études de groupes.

TCD non globale : études randomisées et contrôlées sur les groupes TCD pour le TPL

Jusqu'en 2007, l'équipe de la Dre Linehan soutenait qu'il n'était pas recommandé, voire hasardeux, d'offrir les groupes TCD sans les autres modalités (Dimeff *et al.*, 2007; Linehan *et al.*, 2006). Une étude non publiée appuyait cette position (Linehan, 1993). Depuis, beaucoup

d'autres études ont porté sur le sujet, si bien que maintenant, cette modalité est assez bien validée. Voici l'essentiel de ce qu'on trouve dans la documentation scientifique.

TABEAU 1 Études randomisées et contrôlées (ÉRC) sur les groupes TCD pour TPL

Auteurs et date	Échantillon	Protocole de traitement	Structure et durée	Résultats
Soler <i>et al.</i> , 2009	N = 60	ÉRC: groupe TCD vs groupe non TCD; Aucune thérapie (thx) individuelle.	13 semaines	↓Symptômes (Sx) pour groupe TCD; ↑Fonctionnement dans les 2 groupes; ↓Abandons 34,5 % vs 63,4 %; Pas d'effet significatif sur la suicidalité et l'automutilation; Effet de taille modéré à très grand.
Soler <i>et al.</i> , 2012	N = 60	ÉC: groupe TCD-M + (TAU) (n = 40) vs (TAU) (n = 20) (étude non randomisée)	8 semaines	↓Sx (impulsivité, inattention, dépression, confusion et distorsion de l'humeur) pour le groupe TCD-M.
Feliu-Soler <i>et al.</i> , 2013	N = 35	ÉC: groupe TCD-M + TAU vs TAU (étude non randomisée)	10 semaines	↓Sx (dépression, régulation émotionnelle) pour le groupe TCD-M.
Harley <i>et al.</i> , 2007	N = 49	ÉC en milieu naturel: TCD globale vs groupe TCD et thx individuelle non TCD (étude non randomisée)	7 mois: 6 séances pour chacun des 4 modules, 1 séance d'orientation entre chaque module	↓Sx (généraux du TPL, dépression, idées suicidaires, impulsivité); ↑Abandons (51 %) dans TCD non globale vs 35 % dans la TCD globale; Effet de grande taille 0,61.
McMain <i>et al.</i> , 2012	N = 84 TPL avec tentatives de suicide ou auto-mutilation	ÉRC: groupe TCD vs liste attente; Accès illimité à TAU pour les deux groupes.	20 semaines	↓Sx (généraux du TPL, colère, dépression); ↓Suicidalité et comportements autodommageables; ↑Compétences; Gains maintenus à 3 mois sauf pour dépression et sx du TPL.

Blum <i>et al.</i> , 2008	N = 124	ÉRC : groupe STEPPS et 1 séance de psychoéducation pour familles + TAU vs TAU seul	20 semaines	↓Sx (généraux du TPL, dépression); ↓Visite à l'urgence; ↑Abandons 31 % dans groupe STEPPS vs contrôle 14 %. Aucune procédure spécifique de rétention. Le groupe contrôle ne répondait qu'à des questionnaires téléphoniques. Effet de taille modéré à grand; Gains maintenus à 1 an.
Bos <i>et al.</i> , 2010	N = 79	ÉRC : groupe STEPPS et thx individuelle vs TAU	20 semaines	↓Sx du TPL; ↑Qualité de vie; Effet de taille modéré à grand; Gains maintenus à 6 mois.
Bos <i>et al.</i> , 2012	N = 168 Trouble ou traits TPL	ÉRC : groupe STEPPS et thx individuelle vs TAU	20 semaines	↓Sx du TPL; ↑Qualité de vie; Gains maintenus à 6 mois.
Gratz <i>et al.</i> , 2013	N = 112	ÉRC : groupe de régulation des émotions (ERGT) + TAU vs liste d'attente + TAU;	14 semaines	↓Sx du TPL (régulation émotionnelle); ↓Comportements autodommageables; ↑Qualité de vie; Gains maintenus à 9 mois.
Gratz <i>et al.</i> , 2006	N = 22	ÉRC : ERGT + TAU vs TAU thx ind. non TCD	14 semaines	↓Sx (généraux du TPL, régulation émotionnelle, évitement expérientiel); ↓Comportements autodommageables; Effet de taille grand à très grand.

La première étude présentée au tableau 1, celle de Soler *et al.* (2009), est la plus importante. Elle est la première où l'on compare l'intervention à un bon groupe contrôle, c'est-à-dire à une autre approche de groupe. Les autres études utilisent comme comparateur le TAU, la liste d'attente ou la TCD globale.

Dans une étude plus récente (Soler, Valdepérez *et al.*, 2012), on a cherché à étudier l'impact du module pleine conscience seul (TCD-M) sur les capacités d'attention chez le TPL, mais aussi l'amélioration générale qui pouvait être espérée par l'enseignement de ce seul module. Les résultats sont à l'effet que huit semaines d'entraînement à la pleine

conscience améliorent l'impulsivité et l'attention au test CPT-II (test neuropsychologique assisté par ordinateur, Conners, 2000) : la capacité à discriminer les stimuli pertinents des non pertinents est augmentée, le temps de réaction est meilleur, celui-ci étant moins précipité. Les participants ont pratiqué des exercices de pleine conscience en moyenne 11,5 minutes par jour (DS : 10 ; étendue totale : 0-38 min). Plus les participants s'entraînaient (entraînement formel), plus leurs résultats s'amélioraient et moins ils étaient réactifs à leurs expériences internes à l'échelle FFMQ. Les résultats cognitifs n'étaient toutefois pas corrélés à la quantité d'entraînement. Ceci amène les auteurs à conclure que l'amélioration de l'humeur diminue l'impulsivité, ce qui est conforme à la théorie biosociale de Linehan.

Une autre étude du groupe de Soler (Feliu-Soler, Pascual *et al.*, 2013) parvient aux mêmes résultats.

Blum, John *et al.*, 2008 ont étudié l'impact d'un groupe TCD de 20 semaines, nommé STEPPS, qui inclut des stratégies TCC et d'entraînement aux compétences pour les TPL.

Comme cette étude a été répliquée (Bos, van Wel *et al.*, 2010 ; Bos *et al.*, 2012), cette approche est considérée valide scientifiquement et est maintenant implantée en première ligne de traitement aux Pays-Bas. Cette approche a été créée par Blum *et al.* en 1995, basée sur le programme de Bartels et Crotty, 1992. Trois études non contrôlées avaient supporté son usage : deux en 2002 (Blum, Pfohl *et al.*, 2002 ; Freije, Dietz *et al.*, 2002) et une en 2008 pour une population de TPL en prison (Black, Blum *et al.*, 2008). Un site web est disponible pour plus d'information sur le sujet : www.steppsforbpd.com

Par ailleurs, deux études (qui ne figurent pas dans les tableaux) portant sur des cohortes recevant le traitement TCD global ont eu pour objet de qualifier et de quantifier l'apport de l'enseignement des compétences. Elles ont permis de clarifier quels types de compétences sont déployées par les participants au cours du suivi. Bien que ces données ne permettent pas d'extrapoler sur l'usage des compétences pour les participants n'ayant accès qu'à la seule modalité de groupe, ces études donnent des indications sur des approches de groupes brèves à explorer, tel que l'a fait l'équipe de Soler en étudiant l'impact du module pleine conscience seul. Celle de Lindenboim, Comtois *et al.*, 2007 montre que les personnes souffrant de TPL utilisaient un minimum d'une compétence par jour la plupart des jours, la moyenne étant de quatre compétences ou plus par jour pendant l'année du traitement. Plus la thérapie avançait, plus l'usage des compétences augmentait. L'augmentation

était précoce, se produisant rapidement dans les premiers mois de traitement. Les compétences préférées des participantes étaient celles associées à l'acceptation plutôt que celles associées au changement. Les compétences de pleine conscience et de tolérance à la détresse étaient les plus utilisées, celles de pleine conscience atteignant 44 % des compétences utilisées (Lindenboim *et al.*, 2007 ; Stepp, Epler *et al.*, 2008 ; Soler *et al.*, 2012).

Pour leur part, Neacsiu, Rizvi *et al.*, 2010 ont trouvé qu'avant de participer au groupe, les 108 participantes de l'étude utilisaient déjà quelques compétences, alors que les participantes traitées avec la TCD globale avaient triplé l'usage des compétences à la fin du traitement, par rapport au groupe contrôle. L'usage des compétences était corrélé avec la diminution du taux de tentatives de suicide et de la dépression ainsi qu'avec un meilleur contrôle de la colère. Il y avait une association moins forte avec la diminution des comportements autodommageables.

Par ailleurs, dans le cadre d'une étude australienne de Pasieczny et Connor en 2011, on a démontré à nouveau l'intérêt de l'approche globale par rapport à des approches abrégées ou non structurées, de même que l'intérêt de la formation approfondie en TCD. Étudiant l'impact de la TCD globale, mais brève (sur six mois), les auteurs ont démontré qu'elle était plus bénéfique que le traitement psychiatrique usuel (TAU), plus économique par rapport au TAU et que les thérapeutes les mieux formés (ceux ayant reçu la formation intensive de 10 jours vs une formation de base de 4 jours) étaient plus efficaces à réduire les comportements suicidaires et les comportements autodommageables. De plus, si on offrait un autre six mois aux participants, ceux-ci s'amélioreraient davantage que ceux ne l'obtenant pas.

Au sujet des données économiques de la TCD globale, celles-ci demeurent parcellaires et controversées. Deux études sur quatre sont positives, une légèrement négative et l'autre largement négative, mais nettement plus limitée et biaisée selon l'analyse qu'en fait le NICE (Stoffers *et al.*, 2012 ; NICE, 2009 ; Brazier *et al.*, 2006). Dans l'une des études favorables, il a été décrit que cette forme de traitement permet d'économiser annuellement 9 000 \$ US par participant pour ceux qui sont aux prises avec des problématiques suicidaires envahissantes nécessitant des soins hospitaliers (Dimeff *et al.*, 2007). Dans une autre, il est question d'une chute de coûts annuels pour une clientèle donnée, de 645 000 \$ US à 273 000 \$ US (Dimeff *et al.*, 2007).

À la lueur de ces informations, il demeure évident que la TCD globale présente un avantage clinique par rapport à la TCD non glo-

bale. Toutefois, en l'absence de moyens pour la développer, les études ci-haut posent les jalons permettant d'appuyer le déploiement des groupes TCD. Il sera intéressant, pour le futur, de clarifier à quelle clientèle on offrira le traitement global et à laquelle on réservera des formes non globales ou abrégées. Du point de vue économique, l'approche TCD non globale devrait présenter un avantage par rapport à la TCD globale.

TCD non globale : études randomisées et contrôlées sur les groupes TCD pour autres problématiques

L'intérêt de la TCD pour les TPL amène des développements pour plusieurs autres problèmes de santé mentale (tableau 2).

TABLEAU 2 Études randomisées et contrôlées (ÉRC) sur les groupes TCD pour autres problématiques

Auteurs et date	Échantillon et Population cible	Protocole de traitement	Structure et durée	Résultats
Safer <i>et al.</i> , 2010	N = 101 Troubles alimentaires type hyperphagie	ÉRC : groupe TCD vs groupe contrôle non TCD	20 semaines TCD adaptée au trouble alimentaire	↓Sx plus rapide et plus grande (64 % vs 36 %); ↓Abandons pour groupe TCD 4 % vs 33 %; Gains comparables à 12 mois, car groupe contrôle s'améliore post-traitement.
Safer <i>et al.</i> , 2011	N = 101 Troubles alimentaires de type hyperphagie	ÉRC : Groupe TCD vs Groupe non TCD	20 semaines Réponse rapide définie comme réduction de 65 % des hyperphagies dans les 4 ^{es} semaines	↓Sx (Réponse rapide [RR] est corrélée à un meilleur taux de rémission, 71 % vs 40 %); ↓Abandons (répondeurs rapides abandonnaient moins le traitement); ↑Répondeurs rapides dans le groupe TCD; Gains maintenus à 1 an.
Safer <i>et al.</i> , 2001	N = 31 Boulimie nerveuse	ÉRC : groupe TCD vs liste attente	20 semaines Centré sur la régulation des émotions	↓Sx (28,6 % totalement abstinents à la fin du suivi et 35,7 % ont ↓sx significative [de 88 %] par rapport au début du traitement); ↓Abandons.

Van Dijk <i>et al.</i> , 2012	N = 26 Bipolaires	ÉRC : groupe TCD vs liste d'attente	12 semaines	↓Dépression à l'inventaire de Beck; ↑Reconnaissance des états émotionnels et ↓peur à leur sujet. ↓Visites à l'urgence et des hospitalisations à 6 mois.
Harley, Sprich <i>et al.</i> , 2008	N = 24 Dépression majeure réfractaire	ÉRC : groupe TCD vs liste d'attente	16 semaines	↓Dépression à l'échelle Hamilton-D et à l'inventaire de Beck; Effet de grande taille.
Lynch <i>et al.</i> , 2003	N = 34 Dépression majeure et Trouble de personnalité type A ou C 60 ans et plus	ÉRC : groupe TCD adapté pour DM et TP (autre que TPL) + Rx vs Rx seuls	28 semaines (2 fois 14 semaines) TCD adaptée au TP autre que TPL + 30 minutes par sem. de coaching téléphonique individuel	↓Sx (Rémission de la dépression) chez 75 % des patients TCD contre 31 % à 6 mois de suivi.
Lynch <i>et al.</i> , 2007	N = 35 Dépression et TP (autre que TPL) 55 ans et plus	ÉRC : groupe TCD + Rx vs Rx seuls	24 semaines Thérapie individuelle associée	↓Dépression plus rapide avec la TCD mais le groupe médication (Rx) rejoint le groupe TCD à 6 mois; Amélioration de la sensibilité interperson- nelle et de l'agression interpersonnelle chez le groupe TCD mais pas chez le groupe Rx seuls.
Philipsen <i>et al.</i> , 2010 et 2013	N = 433 Trouble déficientaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) adulte	ÉRC : Groupe TCD + Rx ou TCD + Placebo ou TAU + Rx ou TAU + Placebo	Groupe hebdomadaire pour 12 semaines puis mensuel pour 10 mois étude multicentrique COMPAS	Étude en cours, résultats non disponibles.
Hirvikosky <i>et al.</i> , 2011	N = 51 TDAH	ÉRC : Groupe TCD vs Groupe de discussion	14 semaines Même protocole que l'équipe allemande ci-haut	↓Sx du TDAH; Pas d'amélioration de la comorbidité.

Comme on peut le constater, l'entraînement aux compétences a été étudié pour divers troubles réfractaires, tels les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires ou le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les données ne sont toutefois pas robustes. Seuls Safer *et al.* (2010 ; 2011), dans les troubles alimentaires, et Hirvikosky *et al.* (2011), dans le TDAH, ont utilisé un groupe contrôle actif et comparable, soit des groupes d'approche différente.

Quelques études non contrôlées intéressantes portant sur la TCD non globale

La documentation abonde d'études ouvertes sur la TCD. Plusieurs d'entre elles sont retenues pour leur intérêt en psychiatrie générale. Voir tableau 3.

TABLEAU 3 Études ouvertes variées de quelques adaptations sur la TCD

Auteurs et date	Échantillon	Protocole de traitement	Structure et durée	Résultats
Nelson-Gray, Keane <i>et al.</i> , 2006	N = 32 Trouble Oppositionnel défiant (TOD) chez adolescents Comorbidité élevée: TDAH 31 % Tr. des conduites 34 % Dépression 8 % Adaptation des compétences pour groupe d'âge 10-15 ans.	série de cas	16 semaines	↓Sx de TOD de l'ordre de 77 % selon les parents et de 91 % selon les participants ; ↑Sx (11 % à 13 % détériorés) ; ↓Abandons (31 %) ; Gestion des contingences pour ↑ la rétention (69 %) et complétion des tâches à domicile (93 %). Exemples : renforcement positif de l'assistance au groupe en fournissant le dîner, en donnant de l'argent de poche, en facilitant le transport (taxi) et don d'argent de poche pour la complétion des tâches à domicile ; 5 adolescents ont choisi de refaire le groupe une 2^e fois.

Akerlund <i>et al.</i> , 2012	N = 18 Intervenants dans un centre d'hébergement pour patients avec maladie mentale sévère	série de cas	1 an Nombre d'événements d'automutila- tion chez les 64 résidents a été calculé chaque mois avant, pendant et après cet apprentissage par les intervenants.	↑Utilisation de la pleine conscience chez les intervenants; ↑Climat de travail; ↓Incidents violents de l'ordre de 39 % à 11 %; ↓Automutilation chez les résidents.
Sakdalan <i>et al.</i> , 2010	N = 6 Détenus avec Déficience intellectuelle (DI), crimes violents et troubles de comportement sévères.	série de cas	13 semaines groupe adapté à la probléma- tique	↑Fonctionnement; ↓Risque de récidive.
Sakdalan <i>et al.</i> , 2012	N = 3 DI ayant commis des gestes sexuels violents et étant considérés à très haut risque de récidivisme Deux des trois participants nécessitaient une supervision un pour un (1:1) avant le traitement.	série de cas	7 mois groupe TCD ajouté au SOTSEC-ID (traitement reconnu pour clientèle d'agresseurs sexuels à haut risque de récidive ayant une déficience intellectuelle et des problèmes sérieux de dysrégulation émotionnelle et de faible tolérance à la frustration); thx indivi- duelle de la même approche concomi- tante; Des membres de leurs familles ont été impliqués dans les groupes.	↑Connaissance de la sexualité normale; ↑Empathie face aux victimes; ↓Distorsions cognitives et attitudes concernant les offenses sexuelles; ↓Comportements inappropriés tels agressivité verbale et physique, comportements sexuels abusifs; Gains maintenus à 1 an. Cette clientèle, très violente, possédait des caractéris- tiques de comportement antisocial, paraphilique et pédophilique.

Hesslinger, van Elst <i>et al.</i> , 2002	N = 8 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	série de cas	13 semaines Groupes TCD adaptés pour TDAH (3 modules sur 4: PC, RÉ et TAD); +/-Thx individuelle	↓Sx du TDAH; ↓Dépression; ↑Résultats aux tests neuropsychologiques des mesures de l'attention soutenue et sélective.
Philipsen <i>et al.</i> , 2007	N = 72 TDAH	Série de cas, multicentrique	13 semaines	↓Sx du TDAH; ↓Dépression; ↑État de santé.
Zylowska <i>et al.</i> , 2008	N = 24 adultes N = 8 adolescents TDAH	Série de cas	8 semaines de pleine conscience	↓Sx du TDAH; ↓Anxiété et dépression; ↑Performance aux tests cognitifs.
Rajalin, Wickholm-Pethrus <i>et al.</i> , 2009	N = 13 Familles de gens ayant fait une tentative suicidaire	Série de cas	9 semaines groupe modifié: Family Connections (Fruzetti, 2004) ajout des données récentes concernant les facteurs de risque de suicide, informations sur les maladies psychiatriques les plus associées au suicide et les options de tx.	↓Détresse (anxiété, culpabilité); ↑Relation à la personne qui a tenté de se suicider; ↓Critiques proférées par le participant; ↓Critiques reçues par celui qui avait tenté de se suicider; ↓Surinvestissement émotionnel.
Sambrook, Abba, <i>et al.</i> , 2007	N = 34 Automutilation	Série de cas	18 semaines	↓Admissions hospitalières de 30 % et des rendez-vous en ambulatoire de 61 % sur une période de 18 mois comparativement aux 18 mois avant de recevoir ce traitement; ↑Paramètres centraux, de l'ajustement social et professionnel; ↑Satisfaction chez la clientèle; ↓Abandons (23,5 %).

Booth, Keogh <i>et al.</i> , 2012	N = 114 Clientèle hospitalisée s'automutilant	Série de cas	8 compétences enseignées; maximum 3 cycles (24 séances) Groupes d'une heure/jour, 4 jours/semaine.	↓Automutilation; ↑Tolérance à la détresse; ↓Durée des hospitalisations pendant les deux années subséquentes; 55 % des patients n'ont pas été réhospitalisés dans l'année subséquente. Refaire le groupe jusqu'à trois fois est jugé utile. Gains maintenus à trois mois.
Christensen, Dowling <i>et al.</i> , 2013	N = 14 Joueurs pathologiques résistants aux traitements habituels	série de cas	9 semaines 4 modules	↓Sx de jeu; ↓Détresse psychologique; ↑Pleine conscience; ↑Tolérance à la détresse; Pas d'augmentation de consommation (transfert de dépendance).
Blackford et Love, 2011	N = 12 Maladies mentales sévères et persistantes, suivis en ambulatoire	série de cas	6 mois	↓Sx en général; ↑Qualité de vie; ↑Fonctionnement; ↓Dépression; Les participants ont assisté à un grand nombre de sessions mais une minorité a complété le groupe.
Ritschel, Cheavens <i>et al.</i> , 2012	N = 56 Clientèle hétérogène ambulatoire en santé mentale. Trouble de l'humeur (80 %), trouble anxieux (50 %) et abus substances (20 %). Comorbidité: 50 %	série de cas	groupe ouvert La dépression, l'anxiété, l'usage de la pleine conscience (PC) et l'espoir étaient les variables mesurées.	Durée de participation inégale (2 à 16 séances) et dépendait du besoin de chacun (en moyenne 6 séances). ↓Sx; ↑Espoir et de la PC prédisait ↓ de la dépression et de l'anxiété.
Perepletchikova, Axelrod <i>et al.</i> 2011	N = 11 8-12 ans, volontaires sains. Langage adapté à un niveau de deuxième année du primaire.	série de cas	6 semaines 1 heure, 2x/semaine : une séance dédiée à l'enseignement des compétences et leur pratique, l'autre à la recension des exercices à domicile par jeux de rôle.	Haute acceptabilité, faisabilité et efficacité de la technique d'intervention choisie. ↓Sx (dépressifs, suicidaires et des comportements internalisés problématiques); ↑Stratégies adaptatives utilisées par les enfants.

Drossel, Fisher <i>et al.</i> , 2011	N = 16 Aidants naturels de personnes souffrant de démence	Série de cas	9 semaines	↑Bien-être émotionnel; ↑Ajustement psychosocial; ↑Résolution de problèmes; ↓Fatigue; Six participants ont choisi de refaire le groupe une deuxième fois.
Keuthen, Rothbaum <i>et al.</i> , 2010	N = 10 Trichotillomanie	Série de cas	Groupe TCD de maintien des acquis de 3 mois	↓Sx corrélée avec une meilleure régulation des émotions; Gains maintenus à 3 et 6 mois (5 patients en rémission totale et 4 en rémission partielle).

Pereplechikova *et al.* (2011) ont adapté les modules d'entraînement aux compétences à la clientèle de 8 à 12 ans. Le langage utilisé était adapté pour un niveau de deuxième année du primaire. Le matériel a été simplifié, condensé et rendu attrayant à l'aide de bandes dessinées, de jeux, de multimédia, etc. L'usage de vidéos pour démontrer les compétences (20 sec à 4 min) aurait augmenté la compréhension de la compétence et aurait suscité une meilleure mémorisation de celle-ci.

De plus, des nouvelles compétences ont été ajoutées, tel le STOP destiné à augmenter la vigilance (*awareness*) et à diminuer l'impulsivité, ainsi que celle de *Surfyour emotion* destinée à réguler la réactivité émotionnelle (*arousal*). D'ailleurs, la Dre Linehan a intégré ces nouvelles compétences dans sa dernière version des compétences pour adultes.

À travers des essais et erreurs, les auteurs mentionnent avoir remarqué que les exercices de PC avaient intérêt à être plus actifs pour maintenir l'engagement des enfants à les pratiquer et qu'il y avait intérêt à utiliser ces exercices en cours de séance, à titre de « pauses » durant les périodes nécessitant une attention soutenue.

Le groupe de chercheurs a reçu une subvention du National Institute of Mental Health pour tester son approche chez les jeunes de 7 à 12 ans qui sont suicidaires ou qui se mutilent, et qui ont des histoires de mauvais traitements. Cette étude a aussi pour objectif d'enseigner les compétences aux parents de ces enfants.

Par ailleurs, Fruzzetti et Hoffman (2005) ont bâti le programme « Family Connection » pour les familles de TPL. Ce programme est enseigné par un membre de la famille d'un TPL formé à cette fin. Les prérequis sont d'avoir suivi le programme, de se soumettre à une

entrevue d'évaluation, de suivre la formation de 20 heures et de se soumettre à une supervision hebdomadaire la première fois qu'un groupe est mené. Les compétences sont enseignées sur 12 semaines. De l'information claire sur le TPL est transmise. Le format de groupe permet le soutien et le réseautage entre les familles. Une diminution du fardeau, de la détresse, du deuil et une augmentation du sentiment de maîtrise à la complétion et à six mois ont été observées. Il y aurait eu 12 % d'abandons résultant de différents impondérables autres qu'une insatisfaction. À noter que Fruzzetti a aussi développé une adaptation de la TCD globale pour la violence domestique (Fruzzetti et Levensky, 2000).

Ultra bref?

Zanarini et Frankenburg, en 2008, ont démontré dans une ÉRC chez 50 personnes souffrant de TPL, qu'une seule rencontre psychoéducative rapide, dans la semaine suivant la communication du diagnostic de TPL, pouvait entraîner une diminution importante de l'impulsivité et une amélioration des relations interpersonnelles. Ces améliorations étaient maintenues à trois mois. Toutefois, cette intervention n'avait pas été suffisante pour entraîner une amélioration du fonctionnement psychosocial.

De même, Yen, Johnson *et al.* (2009) ont obtenu des résultats intéressants dans le cadre d'une étude en milieu naturel portant sur un programme d'hôpital de jour d'une durée de cinq jours. Constitué essentiellement de groupes, à raison de trois par jour, complété par une thérapie individuelle non définie et la gestion de la médication, ce programme a démontré une amélioration significative de la psychopathologie du TPL à trois mois. Les participants avaient le choix de poursuivre leur apprentissage avec une thérapie de groupe hebdomadaire de type TCD pendant les six mois suivants. Les participants présentant un vide intérieur, de l'impulsivité et des troubles relationnels sont ceux qui se sont améliorés davantage.

Expériences au Centre de santé et de services sociaux Sud de Lanaudière (CSSSL) et au pavillon Albert-Prévost (PAP)

Dans plusieurs départements de psychiatrie, des groupes d'entraînement aux compétences sont accessibles aux personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline. Pour y avoir accès, les partici-

pants doivent y être adressés par un psychiatre. Au CSSSSL, ce type de groupe existe depuis 2001 et au PAP, depuis 2009.

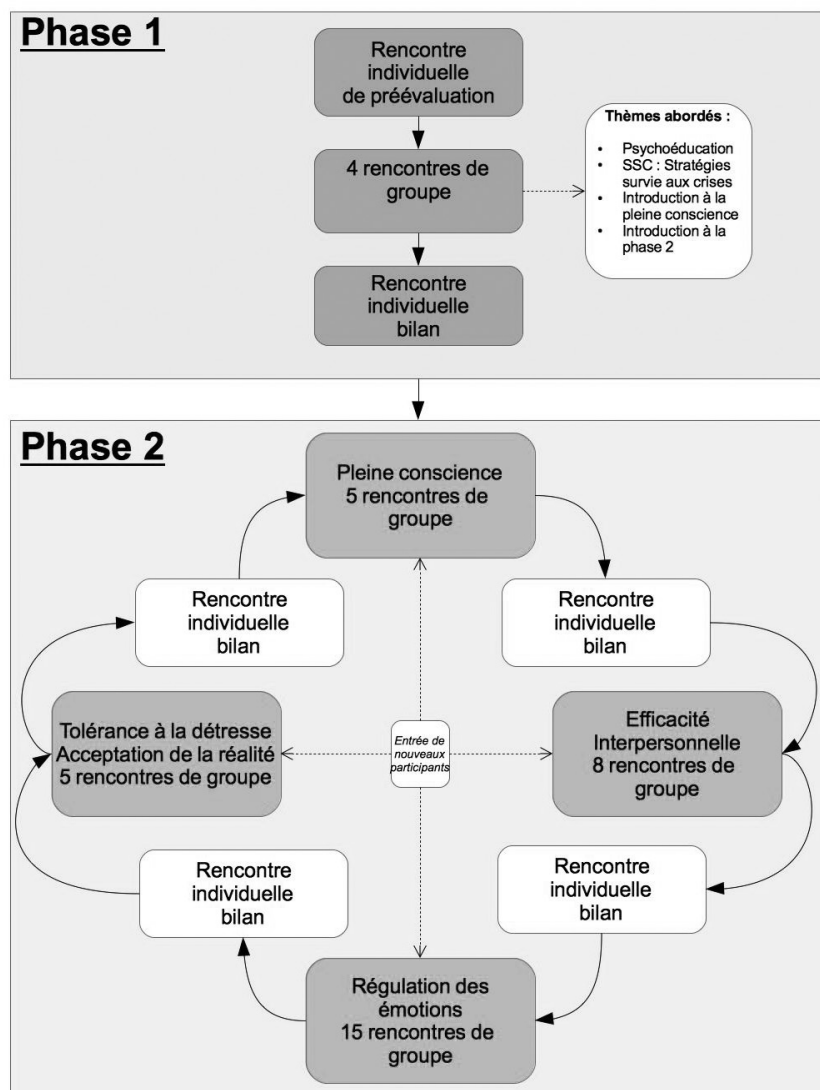
Plus récemment, au CSSSSL, une transformation du réseau avec un virage vers la première ligne a favorisé le transfert de ces groupes vers le CLSC. Le service est demeuré le même, mais est devenu accessible sans nécessiter une évaluation psychiatrique. Un médecin de famille ou un psychologue qui détecte ce trouble chez une personne peut l'adresser directement à ce service via le guichet d'accès.

Les groupes ont subi des modifications au fil du temps. Initialement, suivant une approche incomplète, des compétences choisies étaient enseignées sur 16 à 18 semaines. Rapidement, il est devenu évident qu'il y avait un problème avec la formule offerte: certains participants abandonnaient précocement la thérapie de groupe et les groupes se trouvaient incomplets alors qu'un grand nombre de participants attendaient impatiemment de pouvoir y assister. À l'époque, des interventions favorisant la rétention n'étaient pas encore implantées comme un objectif principal pour lequel tous les efforts requis devaient être déployés.

De là est venue l'idée d'un premier module très court, de quatre rencontres de deux heures, qui viserait essentiellement à fournir de l'information pertinente sur la personnalité borderline, soit ses caractéristiques, sa genèse, son pronostic, les facteurs qui favorisent la rémission et les facteurs modifiables qui ne la favorisent pas. Le second objectif de cette « phase 1 » était de fournir le guide de survie aux crises et des explications sommaires sur les notions de tolérance à la détresse. Enfin, un dernier objectif était d'orienter adéquatement les participants au sujet de la « phase 2 ».

Le travail d'orientation et d'engagement que la Dre Linehan fait en individuel est réalisé au CSSSSL, en partie lors de la rencontre de préévaluation et en partie en groupe, via une démonstration *in vivo* de la thérapie. La rencontre individuelle brève d'accueil, préalable à la phase 1, procure aux participants les orientations relatives à l'ensemble du traitement et, plus spécifiquement, à la phase 1. Par la suite, une « rencontre individuelle bilan » vise à vérifier ce que la personne a retiré de sa participation au groupe et à explorer et susciter la motivation pour intégrer la phase 2. Au cours de cette rencontre, des stratégies de résolution de problèmes peuvent être utilisées pour pallier les difficultés de transport ou d'horaires de travail qui seraient de nature à nuire à la participation au groupe.

FIGURE 1 Programme de groupe au CSSL



L'expérience avec cette adaptation est favorable. D'abord, une grande attrition est toujours observable en phase 1, mais comme le module ne dure que quatre rencontres, il est possible d'en faire plusieurs par années et ainsi, parvenir à offrir un service de base dans un délai plus court. Les participants ont droit à une absence sur les quatre

rencontres. Il y a relance téléphonique de tous les absents dans le but de s'informer du motif de leur absence, de leur intention de continuer avec le groupe, de les encourager à le faire et, s'il y a lieu, de résoudre le problème ayant mené à leur désir d'abandon. Ainsi le maximum est fait pour optimiser l'offre de service.

Il appert que, pour plusieurs, l'information présentée en phase 1 est suffisante. Pour d'autres, des raisons d'incompatibilité d'horaires de travail ou d'études feront qu'ils ne participeront pas à la phase 2. Des groupes de fin d'après-midi et de début de soirée sont en préparation pour permettre à cette clientèle d'accéder au service.

La phase 2 n'est proposée qu'aux participants ayant terminé la phase 1. La rencontre individuelle bilan est requise après avoir terminé les quatre rencontres de groupe pour accéder à la phase 2. La phase 2 se déroule sur l'équivalent d'une année scolaire, soit de septembre à juin. Au début de chaque module, des nouveaux participants s'intègrent pour former un groupe de 12 participants. Les nouveaux participants termineront leur phase 2 à la même date l'année suivante, après avoir terminé tous les modules qu'une seule fois. Ceci est une variante par rapport au modèle de Linehan. Dans le programme proposé par cette dernière, les participants font deux fois les modules dans la première année. Cette façon de faire n'a pas pu être retenue au CSSSSL et au PAP car le module régulation des émotions a dû être rallongé à 15 rencontres, au lieu de 8, en raison de l'ajout récent de nombreuses compétences. Celles-ci sont enseignées rigoureusement, sans exception, et ce, en respectant la règle d'une seule compétence par séance. De plus, l'ajout d'une rencontre individuelle bilan entre chaque module fait en sorte que le traitement de groupe s'étend en fait sur 10 mois. De même, comme de nouvelles compétences ont été ajoutées au module efficacité interpersonnelle par la Dre Linehan en octobre 2013 lors d'une formation à Montréal sur la thérapie dialectique comportementale (Linehan et Korslund, 2013), il est possible que le nombre de séances de ce module doive également être augmenté. Ainsi, un court module devra possiblement être transféré en période estivale (pleine conscience ou acceptation de la réalité).

Des groupes de relance ont lieu quatre fois par an pour ceux ayant terminé la phase 2. Des groupes d'aide aux tâches à domicile ont été ajoutés récemment. Des groupes d'hommes ont vu le jour et ont été adaptés car, selon les thérapeutes, leur style est parfois moins descriptif et studieux. Des groupes de femmes et des groupes mixtes complètent l'offre de groupe actuelle.

Les données recueillies au cours d'une étude informelle effectuée au CSSSSL ont permis de constater une diminution de l'utilisation des services d'urgence, du recours à l'hospitalisation et de la durée de ces hospitalisations chez la clientèle ayant participé au groupe, par rapport à la situation antérieure à cette participation. Il est impossible de savoir si c'est cette intervention spécifique qui a eu cet effet, mais il est néanmoins intéressant de constater que les résultats vont dans le même sens que les écrits scientifiques (Linehan *et al.*, 2006 ; NICE, 2009). Par ailleurs, bien qu'aucune étude spécifique n'ait été réalisée à ce sujet, il semble que les participants et les équipes de soins soient satisfaits de ce genre de service.

À noter qu'en phase 1, il a été tenté, avec un certain succès, de réunir de 20 à 25 participants à la fois, par souci d'offrir l'accès au plus grand nombre. Cette phase étant davantage de nature psychoéducative, aucun problème significatif n'a alors été relevé.

Des groupes d'entraînement aux compétences sont aussi menés dans certains hôpitaux universitaires, ce qui permet d'exposer les futurs psychiatres et d'autres professionnels de la santé en formation à ces groupes de thérapie. Au PAP, des groupes TCD sur un modèle similaire au CSSSSL sont offerts au programme des troubles relationnels depuis 2009, en plus des groupes dits interpersonnels. Il existe à notre connaissance des adaptations au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, au Centre hospitalier Royal Victoria, au Centre hospitalier de St. Mary de même que dans plusieurs hôpitaux périphériques de Montréal. Les données ne sont malheureusement pas disponibles pour les autres centres universitaires. En fait, des programmes pour la personnalité borderline voient le jour un peu partout au Québec, avec diverses orientations et adaptations.

Conclusion

La TCD est un modèle d'intervention élaboré, complexe et coûteux. Elle est exigeante pour les thérapeutes la pratiquant. Elle est validée scientifiquement pour le traitement de la personnalité borderline et est considérée comme un traitement de choix par différents guides de pratique (NICE, 2009 ; NHMRC, 2012). Ainsi, elle devrait être considérée, soit dans sa forme partielle (entraînement aux compétences) ou

complète (pour les plus grands consommateurs de soins), car elle est efficace, appréciée et économique.

La personnalité borderline est une problématique complexe ayant souvent eu mauvaise presse, car les équipes soignantes n'ont pas toujours été assez outillées pour aider cette clientèle. En conséquence, celle-ci a souvent été pauvrement servie par des traitements moins spécifiques. La multiplication de ces soins plus ou moins efficaces a aussi son coût et ses effets délétères. L'avènement de traitements clairs, élaborés et efficaces amène une nouvelle ère dans le traitement de la personnalité borderline et un engouement pour cette clientèle.

Comme la pertinence des groupes d'entraînement aux compétences pour les personnes souffrant de la personnalité borderline est soutenue par les écrits scientifiques, il est possible de penser à déployer cette modalité à travers les différentes ressources du réseau en santé mentale, seule ou ajoutée à un traitement dit « usuel ».

Par ailleurs, les ingrédients actifs responsables du succès de cette forme de thérapie ne sont pas précisément connus pour l'instant. Les groupes d'entraînement aux compétences ne sont pas toujours suffisants pour s'ajuster aux besoins de la clientèle. Une personnalisation de l'apprentissage (en thérapie individuelle), un travail sur le maintien de la motivation (fourni par la thérapie individuelle) et un travail sur la généralisation des acquis (via l'individuel et les appels téléphoniques d'urgence) peuvent être requis.

Il faut certainement plus d'études pour découvrir les ingrédients essentiels. Des pas sur cette voie ont été faits avec des études portant sur une seule modalité du traitement (les groupes ou l'individuel), sur un seul module (pleine conscience ou régulation des émotions) ou avec un nombre moindre de rencontres.

On sait que la structure est une composante importante du traitement. Des études comparant la TCD à d'autres traitements actifs ou spécifiques tendent à démontrer qu'elle est supérieure ou comparable à d'autres formes de traitements structurés (Clarkin *et al.*, 2004; Linehan *et al.*, 2006; Mc Main *et al.*, 2012).

Un obstacle à sa diffusion à plus grande échelle au Québec est la formation onéreuse (minimum 10 000 \$ US pour une équipe) et exigeante (10 jours intensifs avec engagement de former l'équipe en cours de route), et en langue anglaise uniquement. Pour ces raisons, peu de personnes s'inscrivent à ce genre de formation malgré l'intérêt pour cette approche. Les employeurs ne disposent généralement pas des

budgets requis pour former les équipes et le niveau élevé d'exigences pour les thérapeutes peut susciter des appréhensions.

L'équipe de Linehan suggère aux intervenants intéressés à la formation de faire des présentations aux gestionnaires pour démontrer les économies qui pourraient être réalisées en investissant dans le développement de ce genre de services, en fournissant même aux intervenants intéressés les arguments nécessaires (Diemeff *et al.*, 2007).

Il est possible pour des thérapeutes professionnels d'offrir une forme de traitement inspiré de la TCD à la suite de la lecture des manuels, de la participation à des formations introductives et des mises à jour sur internet. Dans un tel cas, par souci de transparence et pour éviter les malentendus, il est recommandé de dévoiler à la clientèle le type de traitement qui leur est réellement proposé, à savoir une thérapie *d'orientation* TCD et non pas la TCD comme telle.

BIBLIOGRAPHIE

- Åkerlund, R. (2012). *An Empirical Evaluation of Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Residential Treatment Center Staff*.
- Bégin, C. et Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 43-68.
- Black, D. W., Blum, N., Eichinger, L., McCormick, B., Allen, J. *et al.* (2008). STEPPS: systems training for emotional predictability and problem solving in women offenders with borderline personality disorder in prison-a pilot study. *CNS Spectr.*, 13(10), 881-886.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. et Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3: Special issue), 226-239.
- Blackford, J. U. et Love, R. (2011). Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: a pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 645.
- Blum, N., John, D. S., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B. *et al.* (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P. et Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Booth, R., Keogh, K., Doyle, J. et Owens, T. (2012). Living through distress: a skills training group for reducing deliberate self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 1-10.

- Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T. et Verbraak, M. J. (2010). A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 299-304.
- Bos, E. H., Wel, B. V., Appelo, M. T. et Verbraak, M. J. P. M. (2012). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Borderline Personality Problems in a «Real-World» Sample: Moderation by Diagnosis or Severity?
- Brazier, J. E., Tumur, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, K. *et al.* (2006). *Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation*.
- Christensen, D. R., Dowling, N. A., Jackson, A. C., Brown, M., Russo, J. *et al.* (2013). A Proof of Concept for Using Brief Dialectical Behavior Therapy as a Treatment for Problem Gambling. *Behaviour Change*, 30(02), 117-137.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. et Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72.
- Dimeff, L. A. et Koerner, K. E. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- Drossel, C., Fisher, J. E. et Mercer, V. (2011). A DBT skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behavior Therapy*, 42(1), 109-119.
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-Blanco, A. *et al.* (2013). Effects of Dialectical Behaviour Therapy-Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- Freije, H., Dietz, B. et Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Dth*, 22(4), 160-166.
- Fruzzetti, A. E. et Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 435-447.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T.D. *et al.* (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.
- Gratz, K. L. et Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.

- Gratz, K. L., Tull, M. T. et Levy, R. (2013). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 1-14.
- Harley, R. M., Baity, M. R., Blais, M. A. et Jacobo, M. C. (2007). Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline personality disorder in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 17(3), 351-358.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M. et Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136-143.
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. et Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177-184.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D. et al. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., ... et Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175-185.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Falkenstein, M. J., Meunier, S., Timpano, K. R., Jenike, M. A. et al. (2011). DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3-and 6-month follow-up results. *Depress. Anxiety*, 28: 310-313. doi: 10.1002/da.20778
- Kroll, J., Sines, L., Martin, K., Lari, S., Pyle, R. et al. (1981). Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives of General Psychiatry*, 38(9), 1021.
- Lindenboim, N., Comtois, K. A. K. et Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J. et al. (2006). 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(7), 757.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, NY Guilford Press.
- Linehan, M. M. et Korslund, K. E. (2013, octobre). *Interpersonal Effectiveness*. Communication présentée à la formation sur l'Enseignement des compétences, troisième formation, organisée par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, Montréal, Canada.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S. et Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 147-178.

- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L. *et al.* (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131-143.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T. et Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- McMain, S. (2013). The Dialectical behavior therapy model. Récupéré le 27 octobre 2013 du site: <http://ihmri.uow.edu.au/content/groups/public/web/@ihmri/documents/doc/uow155502.pdf>
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J. et Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), 650-661.
- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R. *et al.* (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.
- Modestin, J., Abrecht, I., Tschaggelar, W. et Hoffman, H. (1997). *Diagnosing Borderline: A contribution to the question of its conceptual validity*. Archives Psychiatrica Nervenkra, 233, 359-370.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: The NICE GUIDELINE on Treatment and Management*. National Clinical Practice Guideline 78. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L. et Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839.
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B. *et al.* (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811-1820.
- Pasieczny, N. et Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H. *et al.* (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(2), 116-121.

- Philipsen, A., Graf, E., Jans, T., Matthies, S., Borel, P. ... et Berger, M. (17 oct. 2013). A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample. *Atten Defic Hyperact Disord*. [Epub ahead of print] PMID: 24132867.
- Philipsen, A., Graf, E., van Elst, L. T., Jans, T., Warnke, A., Hesslinger, B., ... et Berger, M. (2010). Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 203-212.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., ... et Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 1013-1019.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T. et Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263.
- Ritschel, L. A., Cheavens, J. S. et Nelson, J. (2012). Dialectical Behavior Therapy in an Intensive Outpatient Program With a Mixed-Diagnostic Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(3), 221-235.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M. et Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73.
- Safer, D. L. et Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339-345.
- Safer, D. L., Telch, C. F. et Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Safer, D. L., Robinson, A. H. et Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.
- Sakdalan, J. A., Shaw, J. et Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 568-572.
- Sakdalan, J. A. et Collier, V. (2012). Piloting an Evidence-Based Group Treatment Program for High Risk Sex Offenders with Disability in the New Zealand Setting.
- Sambrook, S., Abba, N. et Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(02), 241-244.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J. *et al.* (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in

- borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J. *et al.* (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-157.
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S. et Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549-563.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. et Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 8.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. et Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 257-272.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J. et Katz, M. R. (2012). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*.
- Widiger, T. A. et Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. *Review of Psychiatry*, 8, 8-24.
- Widiger, T. A. et Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1015.
- Yen, S., Johnson, J., Costello, E. et Simpson, E. B. (2009). A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 173.
- Zanarini, M. (2013). Borderline Personality Disorder: long-term course and treatment. Congrès de l'AMPQ.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 284-290.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Reich, D., Silk, K., Hudson, J. *et al.* (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... et Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746.