

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PROGRAMME EN MILIEU PÉDOPSYCHIATRIQUE DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE
DIALECTIQUE POUR ADOLESCENTES: UNE SÉRIE D'ÉTUDES DE CAS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARTIN JODOIN ST-ONGE

AVRIL 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je désire remercier plusieurs personnes. Tout d'abord, j'aimerais remercier mes deux directeurs de thèse de doctorat, Jacques Forget et Valentin Mbekou. Ces deux individus m'ont sans cesse impressionné par leur appui, leur écoute et leurs commentaires. Ils ont su croire en moi et mener à bon port ce projet à un moment où je croyais tout arrêter. Ils ont été remarquables et ils ne pourront jamais savoir à quel point je leur suis reconnaissant.

J'aimerais ensuite remercier toutes les adolescentes de l'étude et leur famille afin d'avoir accepté de participer à cette étude. J'aimerais remercier l'Institut en Santé Mentale Douglas, et plus particulièrement Théodora Mikedis, Philippe Lageix et Johanne Renaud pour m'avoir assisté dans la collecte de données et avoir cru en ce projet.

Finalement, c'est avec grande émotion que je désire remercier ma famille : mère (Claire Jodoin), mon père (Bernard Pilon), mon frère (Sébastien Jodoin), son épouse (Sarah Mahoney), mon beau-père (André Charron), et ma belle-mère (Louise Leblanc) pour m'avoir aidé, appuyé et cru en moi à travers ce projet de vie. En dernier lieu, j'aimerais remercier mon épouse, Geneviève Charron, pour son appui et sa confiance immuable en moi. Tu es ma sagesse et ma force. Ce projet est pour vous.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	vi
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Suicide et automutilation	1
1.2 Trouble de personnalité limite	2
1.3. Thérapie comportementale dialectique	3
1.4 Objectifs de recherche	3
CHAPITRE II	
PERSPECTIVES DE TRAITEMENT POUR ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES CARACTÉRISTIQUES D'UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE	4
CHAPITRE III	
ÉTUDE DE FAISABILITÉ D'IMPLANTATION EN PÉDOPSYCHIATRIE D'UN PROGRAMME DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE POUR ADOLESCENTES: UNE SÉRIE D'ÉTUDES DE CAS	47
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	79
4.1 Intégration des résultats	79
4.2 Limites de cette thèse	80
4.3 Contributions de cette thèse	81
4.4 Avenues futures de recherche	82
APPENDICE A - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	84
APPENDICE B - DEMANDE D'APPROBATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE AVEC DES SUJETS HUMAINS SOUMIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL DOUGLAS	89
APPENDICE C - INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES	
C.1 Achenbach Youth Self-Report	96
C.2 Achenbach Child Behavior Checklist	101
C.3 Abbreviated Diagnostic Interview For Borderlines	106
C.4 Millon Adolescent Clinical Inventory	109

C.5	Structured Clinical Interview For The DSM-IV Axis II Disorders: Module État-Limite	116
APPENDICE D - MESURES D'EFFICACITÉ		
D.1	Kentucky Inventory Of Mindfulness Skills	158
D.2	Rosenberg Self-Esteem Scale	161
D.3	Difficulties In Emotion Regulation Scale	164
D.4	Beck Depression Inventory	167
D.5	Adolescent Anger Rating Scale	171
D.6	Self-Harm Behaviour Questionnaire	174
D.7	Inventory Of Interpersonal Problems	179
D.8	Barratt Impulsiveness Scale – 11.....	182
D.9	Social Problem - Solving Inventory – Revised	185
APPENDICE E -MESURES DE PROCESSUS		
E.1	Clinical Global Impression	190
E.2	Working Alliance Inventory – Intervenant.....	192
E.3	Working Alliance Inventory – Client	194
	RÉFÉRENCES.....	196

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

	Page
Figure 1 Phases de traitement du programme DBT.....	56
Tableau 1 Moyennes et écart-types des participantes aux mesures d'efficacité	62
Tableau 2 Indices de fidélité et différence critique des instruments d'efficacité	63
Tableau 3 Moyennes et écart-types des participantes aux mesures de processus.....	65
Tableau 4 Indices de fidélité et différence critique des instruments d'efficacité	66
Tableau 5 Caractéristiques cliniques des participantes	71

RÉSUMÉ

Des dix troubles de personnalité répertoriés à l'axe II dans le DSM-IV, nul ne suscite autant d'intérêt de recherche que le trouble de personnalité limite (TPL). Reconnu comme étant une clientèle difficile, les individus aux prises avec un TPL sont résistants aux traitements. Cette constatation a conduit certaines personnes à créer des interventions davantage efficaces. Développé par Marsha Linehan (1993), la thérapie comportementale dialectique (ang. *dialectical behavior therapy*) est un programme d'intervention pour individus aux prises avec un TPL. Étant donné que plusieurs études ont fait état de son efficacité, la DBT a été adaptée à diverses clientèles dont pour adolescents présentant certaines caractéristiques d'un TPL.

L'objectif générale de cette de thèse de doctorat est d'examiner les gains potentiels d'adolescents présentant des éléments d'un TPL (automutilation ou gestes suicidaires) dans un programme DBT. Le premier objectif de cette recherche sera réalisé en deux temps. D'abord, le premier vise à discuter de la prévalence des troubles de santé mentale à l'adolescence ainsi que de certains défis qui entourent le diagnostic du trouble de personnalité limite pour ce groupe d'âge. Par la suite, trois modèles de traitement seront présentés avec une emphase particulière sur la DBT. Le second objectif consiste à présenter l'adaptation du programme DBT pour une clientèle adolescente, d'examiner la faisabilité d'implantation en pédopsychiatrie et offrir une réflexion en ce qui concerne la pertinence clinique de ce programme.

Dix adolescentes (moyenne d'âge de 15 ans 9 mois) présentant des éléments diagnostiques d'un trouble de personnalité limite avec présence de comportements automutilatoires et suicidaires ont participé à cette étude. Sur le plan de l'analyse des résultats, une série d'études de cas a été réalisée afin d'évaluer les bénéfices potentiels pour les participantes d'un programme DBT en ce qui concerne l'estime de soi, l'impulsivité, les comportements suicidaires et automutilatoires, la dépression, les habiletés interpersonnelles, la gestion de la colère, les conflits interpersonnels et la capacité de centration.

Les résultats de cette étude permettent de démontrer qu'il est possible d'implanter un programme DBT en milieu pédopsychiatrique et qu'il existe un groupe d'adolescents qui bénéficient de l'enseignement d'habiletés que propose ce programme.

Mots clés : adolescent, trouble de personnalité limite, dialectical behaviour therapy, suicide, automutilation

Chapitre I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

***“Un adolescent qui se suicide se pend toujours un
peu à son arbre généalogique.”***

Patrick Sébastien (2001)

Historiquement, la santé mentale chez les enfants et les adolescents a suscité peu d'intérêt des milieux de la clinique et de la recherche. Ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle que les psychiatres s'intéressent à l'étude et le traitement des troubles de santé mentale avant l'âge adulte (Silk, Nath, Siegel & Kendall, 2000). L'avènement des disciplines de la pédopsychiatrie et la pédopsychologie a permis à de nombreuses préoccupations cliniques d'être formellement adressées. De ces dernières, le suicide et l'automutilation font l'objet de plusieurs études puisqu'ils demeurent les motifs de consultations principaux dans les urgences et les hospitalisations (Peterson, Zhang, Santa Lucia et King, 1996).

1.1 Suicide et automutilation

Dans un rapport de santé publique aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (2007) ont rapporté que 14,5% des élèves au secondaire avaient sérieusement considéré à se tuer et plus de 6,9% des élèves avaient commis une ou plusieurs tentatives de suicide (2% requérant une attention médicale). Encore plus inquiétant est que pour chaque suicide complété, il y aurait entre 100 et 200 tentatives (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Selon les travaux de Kochanek, Murphy, Anderson & Scott (2004), pour l'année 2002, le suicide représentait aux États-Unis 7,2 pour 100 000 des décès chez les enfants âgés de 10 à 14 (après les accidents et le cancer) et 12 pour 100 000 des décès chez les individus âgés de 15 à 19 ans (après les accidents et les homicides).

Avec de telles données, plusieurs se penchent sur les facteurs de risque à commettre une tentative de suicide. Des antécédents d'abus physique (Brent, Baugher, Bridge, Chen et Chiappetta, 1999), d'abus sexuel (Eisenberg, Ackard & Resnick, 2007), la présence de certaines difficultés psychiatriques comme un trouble de l'humeur, une dysthymie, un trouble anxieux, un trouble panique un trouble de la conduite ou de toxicomanie, (Goldston et al., 2009) ainsi que la présence de tentatives antérieures (Hultén et al, 2001) sont certains des facteurs à risque identifiés. Ainsi, un raffinement des connaissances sur les comportements suicidaires et certains facteurs de risque ont permis d'identifier un groupe de comportements qui visent la réduction de la souffrance et de la détresse (donc l'objectif n'est pas de mourir), mais qui placent tout de même l'individu en danger (Linehan, 1993). Ainsi, la pratique de comportements automutilatoires serait, pour des adolescents dépressifs ou suicidaires, un précurseur potentiel aux tentatives (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Ce phénomène s'expliquerait par l'idée que les individus qui s'automutilent se désensibilisent progressivement à la douleur physique et entreprennent des comportements plus dangereux (Joiner, 2005).

1.2 Trouble de personnalité limite

Jacobson, Muehlenkamp, Miller et Turner (2008) rapportent que les individus qui s'automutilent sont plus probables de présenter des traits d'un trouble de personnalité limite (TPL). Dans cette veine de pensée, Stanley, Gameroff, Michalsen et Mann (2001) soulignent que les individus aux prises avec des traits du groupe B des troubles de personnalité (troubles davantage affectifs, erratiques et dramatiques) et présentant des antécédents d'automutilation sont davantage déprimés, anxieux, impulsifs et ont tendance à sous-estimer la sévérité de leur tentative de suicide.

De tous les troubles de l'axe II du DSM-IV-TR, le TPL demeure à ce jour celui qui a suscité le plus de recherche et d'écrits (Blashfield & Intoccia, 2000). La résistance au traitement, la présence de comorbidités psychiatriques, la difficulté à édifier l'alliance thérapeutique et le ressentiment que ces individus suscitent de leur thérapeute sont quelques-uns des facteurs expliquant l'inefficacité de plusieurs thérapies (Linehan, 1993). Comme si ces obstacles ne suffisent pas, il est de mise d'intervenir avec ces individus puisque, comme Paris (1990) le remarque, 8,5% des individus aux prises avec un TPL se tuent. L'ensemble de ces éléments a conduit plusieurs cliniciens à réfléchir au développement de stratégies d'intervention efficaces.

1.3 Thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique (ang. *Dialectical Behaviour Therapy, DBT*) est une thérapie développée par Linehan (1993) pour le traitement d'individus aux prises avec un TPL. De nombreuses études confirment l'efficacité de cette approche auprès d'adultes présentant des comportements d'automutilation ou suicidaires quant au fonctionnement global, aux sentiments dépressifs et de désespoir (Linehan, Tutek, Heard & Armstrong, 1994; Miller, Wyman, Huppert, Glassman & Rathus, 2000; Sunseri, 2004; Bohus et al., 2004; Cunningham, Wolbert & Lillie, 2004; Martens, 2005; James, Taylor, Winmill & Alfoadari, 2008). Avec de tels résultats encourageants, plusieurs cliniciens ont examiné la possibilité d'adapter la DBT à une clientèle plus jeune présentant les mêmes difficultés. Ainsi, des auteurs comme Miller, Rathus et Linehan (2007) ont articulé une adaptation de la DBT pour une population adolescente.

1.4 Objectifs de recherche

Le premier objectif principal de cette thèse consiste à aborder le trouble de personnalité limite et de la question de sa présence chez les adolescents ainsi que les traitements proposés avec une emphase particulière accordée à la thérapie comportementale dialectique (ang. DBT). Spécifiquement, une description synthétique de la DBT, de ses bases théoriques, de son adaptation à diverses clientèles ainsi que les études quant à son efficacité dans le traitement du trouble de personnalité limite permettent au lecteur une compréhension accrue de ce modèle d'intervention.

Le deuxième objectif principal poursuivi dans cette thèse est de présenter l'adaptation du programme DBT pour une clientèle adolescente, d'examiner la faisabilité d'implantation dans un milieu pédopsychiatrique et offrir une réflexion en ce qui concerne la pertinence clinique de ce programme. Par l'entremise d'une série d'études de cas, dix participantes seront présentées ainsi que de leurs acquis découlant du programme DBT. Les limites de cette étude et les avenues futures de cette recherche seront également examinées.

Chapitre II

ARTICLE I

**Les perspectives de traitement pour les adolescents
présentant des caractéristiques d'un trouble de personnalité limite**

Martin Jodoin St-Onge, M.Ps
Institut Douglas
Université McGill
Université du Québec À Montréal

Valentin Mbekou, Ph.D
Institut Douglas
Université McGill
Université du Québec À Montréal

Jacques Forget, DPs
Université du Québec À Montréal

Philippe Lageix, MD
Institut Douglas
Hôpital Rivière-des-Prairies
Université McGill
Université de Montréal

Théodora Mikedis, MSW
Institut Douglas
Université McGill

Johanne Renaud, MD
Institut Douglas
Université McGill

Les perspectives de traitement pour les adolescents
présentant des caractéristiques d'un trouble de personnalité limite

Résumé - Cet article présente une recension d'études empiriques portant sur les perspectives de traitements pour adolescents présentant des caractéristiques du trouble de personnalité limite (TPL). Dans un premier temps, la prévalence des troubles de santé mentale à l'adolescence ainsi que la question du diagnostic du trouble de personnalité limite à l'adolescence sont abordées. Dans un deuxième temps, nous présentons les modèles étiologiques et de traitement proposés par trois conceptions théoriques du TPL. Par la suite, nous présentons la thérapie comportementale dialectique (angl. *DBT*), ses bases théoriques, son adaptation à diverses clientèles ainsi que les études portant sur son efficacité dans le traitement du TPL. Le dernier thème, rarement abordé dans une recension des écrits, est celui des limites méthodologiques des études d'efficacité. La question est donc de savoir si la DBT s'appuie sur des données probantes.

Mots clés - trouble de personnalité limite, thérapie comportementale dialectique, adolescence

Les vingt dernières années ont été témoins d'une effervescence d'études de qualité quant à la psychopathologie à l'adolescence (Holmbeck, Friedman, Abad & Jandasek, 2006). Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs dont la constatation qu'une majorité des troubles de santé mentale trouve leur origine avant l'âge adulte, l'ampleur des coûts économiques et sociaux liés à leur absence de traitement, ainsi que l'idée qu'une meilleure compréhension des psychopathologies de l'enfance et de l'adolescence permettrait le développement de stratégies d'intervention plus efficaces et valides (Mash & Dozois, 2003; Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005).

L'adolescence est une période du développement caractérisée par d'importants changements (Cicchetti & Rogosch, 2002). À cette période, la sexualité, les pairs, le rôle des parents, le souci d'autonomisation et d'individualisme engendrent une augmentation du stress vécu (Wolfe & Mash, 2006). Bien que ces changements placent les adolescents en situation de vulnérabilité et de conflits, la majorité s'adapte adéquatement (Resnick et al., 1997). Toutefois, il demeure un nombre relativement important d'adolescents pour qui ces défis engendrent des difficultés d'adaptation et entraînent le développement de psychopathologies diverses. La distinction du normal et du pathologique pour des personnes, comme les adolescents, qui se retrouvent dans une période de changements multiples et succincts n'est pas tâche simple. Le défi est d'éviter de rendre pathologique des comportements typiquement adolescents ou de normaliser des comportements pathologiques.

L'objectif de cet article est d'examiner la littérature scientifique relative aux traitements cliniques disponibles pour adolescents présentant des caractéristiques du trouble de personnalité limite (TPL). Pour atteindre ce but, nous examinons la prévalence des troubles de santé mentale à l'adolescence ainsi que les défis qui entourent le diagnostic du trouble de personnalité limite. Dans un deuxième temps, trois modèles de traitement sont présentés avec une emphase particulière sur la thérapie comportementale dialectique (ang. DBT). Les bases théoriques, les adaptations, les études d'efficacité de la DBT dans le traitement du TPL ainsi que leurs nombreuses limites sont finalement présentées.

L'adolescence et les troubles de la personnalité

La nécessité de développer des stratégies d'intervention cliniques efficaces devient rapidement évidente lorsque nous examinons la prévalence des troubles cliniques de l'axe I du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* à l'adolescence.

D'une part, concernant les difficultés externalisées, la littérature scientifique suggère que 2% à 9% des jeunes présenteraient un trouble de conduite (Harnett, 1989), 2% à 10% recevraient un diagnostic de trouble oppositionnel (McMahon & Kotler, 2006) alors que 0,9% à 5,6% seraient aux prises avec un déficit de l'attention (Barkley, 2006). Bien que 79% des adolescents consommeraient de l'alcool, 61% auraient recours à des drogues douces alors que 1,8% à 16,2% utiliseraient des drogues dures (Brown & Abrantes, 2006).

D'autre part, quant aux difficultés internalisées, la littérature scientifique suggère que 3,6 % à 7,3% des adolescents seraient aux prises avec un trouble d'anxiété généralisé (Wagner, 2001), 0,5 % exhiberaient un trouble obsessionnel compulsif (Moore, Mariaskin, March & Franklin, 2007), alors que 2% à 4% présenteraient un trouble de phobie sociale (Chavira & Stein, 2005). Les études portant sur les troubles alimentaires suggèrent que 0,5% à 1% des adolescentes sont aux prises avec des difficultés d'ordre anorexique et 2% à 4% d'ordre boulimique (McCallum, 1993). Les troubles de l'humeur à l'adolescence présentent également une proportion importante. Il est estimé que 1% des adolescents seraient aux prises avec un trouble bipolaire (Lewinsohn, Seeley & Klein, 2003) alors que 15,3 % présenteraient des difficultés dépressives majeures et 21,9% de ces derniers auraient fait une tentative de suicide (Kessler & Walters, 1998).

Qui plus est, les difficultés cliniques à l'adolescence sont aggravées par l'existence de facteurs psychiatriques associés. Ainsi, plusieurs chercheurs ont observé la présence simultanée de dépression et de trouble de la conduite (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003), de troubles anxieux et d'abus de substances (Fidalgo, da Silveira & da Silveira, 2008), d'anxiété et de dépression (Brady & Kendall, 1992) ainsi que du trouble déficitaire de l'attention avec un trouble d'anxiété, de l'humeur et de comportements déviants (Smalley et al., 2007).

Le suicide et l'automutilation à l'adolescence

Parmi les difficultés observées, le suicide et l'automutilation représentent des troubles de santé mentale graves (Peterson, Zhang, Santa Lucia, King & Lewis, 1996). Par exemple, selon Statistiques Canada (2009), pour l'année 2004, 3613 individus, dont 238 étaient âgés de 10 à 19 ans, sont morts suite à un suicide. Dans un rapport de santé publique américain, Anderson (2002) constate que le suicide représente 1,5 pour 100 000 des décès chez les enfants âgés de 10 à 14 (après les accidents et le cancer) et 8,2 pour 100 000 des décès chez les individus âgés de 15 à 19 ans (après

les accidents et les homicides). Dans un autre rapport de santé publique américain, Grunbaum et al. (2004) ont constaté que pour les étudiants se retrouvant au secondaire, 16,9 rapportent avoir considéré sérieusement se tuer, 16,5 auraient fait un plan de suicide, 8,5% auraient commis une tentative et 2,9 % auraient nécessité un traitement médical suite à une tentative de suicide.

Plus alarmant est que pour chaque suicide complété, il y aurait entre 8 et 25 tentatives pour une population adulte (National Institute of Mental Health), de 100 à 200 tentatives pour le groupe d'âge des 15-24 ans, (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002). Ainsi, selon le Conseil Canadien de la Sécurité (2006), 90% de ces individus présenteraient des difficultés psychiatriques. En outre, plus de 23 000 Canadiens sont hospitalisés chaque année suite à une tentative de suicide. Comme le rappellent Miller, Rathus & Linehan (2007), la fréquence des tentatives atteint son apogée à l'adolescence. Ces statistiques sont inquiétantes lorsqu'on considère les résultats de Goldston et ses collaborateurs (2009) qui rapportent que des troubles psychiatriques, comme la dépression, augmentent significativement la fréquence d'une première tentative de suicide. En outre, Gould, Greenberg, Velting et Shaffer (2003) notent que les filles ont trois fois plus de chance de se tuer après une seule tentative de suicide alors que pour les garçons la probabilité est de trente. Ainsi, la probabilité d'un suicide complété semble être en fonction du nombre de tentatives.

Intrinsèque aux gestes suicidaires est la notion d'intention réelle. Ainsi, un acte délibéré de mettre fin à sa vie est considéré comme une tentative de suicide. Toutefois, comme Linehan (1993a) le souligne, il existe plusieurs comportements non mortels intentionnels qui provoquent souvent des dommages physiques. Aussi appelées comportements automutilatoires ou parasuicidaires, ces réactions se présentent sous trois formes : (1) l'automutilation majeure dont l'amputation des membres ; (2) l'automutilation stéréotypée dont les coups répétitifs à la tête (souvent associés à des désordres neurologiques comme l'autisme ou le retard mental) ; (3) l'automutilation superficielle ou modérée dont les coupures, les brûlures et les surdoses de médicaments (Favazza & Rosenthal, 1993).

Les études s'intéressant au traitement des comportements d'automutilation chez les adolescents sont récentes (Nock, Teper & Hollander, 2007). Pourtant, leur prévalence est élevée : de 8,8% à 40% pour des adolescents non hospitalisés et de 40 à 60% pour des échantillons cliniques (Glenn & Klonsky, 2009; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2008). En pair avec les tentatives de

suicide, ces comportements sont la cause principale des visites aux urgences psychiatriques (Peterson et al., 1996). En outre, plusieurs chercheurs constatent que la pratique de comportements d'automutilation fragilise l'individu et augmente le risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (Hawton & Harriss, 2007; Portzky & van Heeringen, 2007).

Une revue de la littérature scientifique sur l'automutilation permet de constater qu'il existe un certain consensus concernant ses causes et ses fonctions à l'adolescence (voir Messer & Fremouw (2008) pour une revue des modèles explicatifs). Notamment, Nock et al. (2007) rapportent que les comportements parasuicidaires répondent à quatre besoins : (1) besoin d'émotion forte (lié au concept de renforcement positif automatique) ; (2) besoin de se distraire de pensées douloureuses (renforcement négatif automatique) ; (3) besoin de communiquer à autrui sa détresse (renforcement positif social) ; (4) besoin de s'isoler d'autrui (renforcement négatif social). Bref, l'automutilation offre à l'individu un moyen inadapté de survivre et de gérer des situations de détresse personnelle et interpersonnelle (Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008).

L'adolescence et le trouble de personnalité limite

Roberts, Roberts et Xing (2007) rapportent que 17,1% des adolescents présentent des critères diagnostiques à l'axe I d'une pathologie du *DSM-IV*. Mais qu'en est-il de la présence de troubles de personnalité (axe II) à l'adolescence et spécifiquement celui du trouble de personnalité limite (TPL) ?

Cet article ne vise pas à reprendre l'épineux débat concernant la validité diagnostique des troubles de personnalité à l'adolescence comme le souligne Dahl (2008), la question du diagnostic du TPL chez l'adulte suscite également des passions. Cela dit, il existe encore une réticence à poser un diagnostic de trouble de personnalité à l'adolescence dans la mesure où la personnalité d'un adolescent est en développement ; parler de la présence d'un axe II ferait fi de cette nature dynamique et changeante. Toutefois, comme le soulignent Miller, Muehlenkamp et Jacobson (2008), il est difficile d'ignorer l'idée selon laquelle certains adolescents présentent des traits mal adaptés, inflexibles et persistants quant à leur manière de penser, de se sentir, et d'agir, dans un ensemble de situations personnelles et sociales, traits à l'origine d'une souffrance psychologique significative. En outre, Johnson et ses collaborateurs (1999) soulignent que la présence d'un trouble de personnalité à

l'adolescence prédispose l'individu à plusieurs difficultés de l'axe I, dont les comportements suicidaires, à l'âge adulte.

Qui plus est, la littérature scientifique indique quatre choses : (a) les fondations de la structure de personnalité débuteraient bien avant l'adolescence et seraient façonnées, entre autres, par le tempérament (Caspi et al., 2003), les difficultés comportementales et affectives (Bernstein, Cohen, Skodol & Bezirgianian, 1996) ainsi que par une vulnérabilité génétique (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley & Kendler, 2002) ; (b) il existerait d'importantes similitudes dans la phénoménologie et l'étiologie du TPL à l'adolescence et à l'âge adulte, dont les facteurs de risque (p.ex. trauma sexuel, attachement inconsistant, maltraitance parentale, environnement invalidant) ainsi que les difficultés personnelles (p.ex. identité diffuse, sentiment de vide) et comportementales (p.ex. réactivité émotionnelle, comportements à risque) (Chanen et al., 2004 ; Bradley, Jenei & Westen, 2005 ; Miller et al., 2007) ; (c) il existerait une continuité du TPL de l'adolescence à l'âge adulte (Becker, Grilo, Edell & McGlashan, 2002 ; Westen, Shedler, Durrett, Glass & Martens, 2003 ; Cohen, 2008) ; (d) 10% à 18% des adolescents répondraient aux critères diagnostiques d'un TPL (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan & Mullet, 2001; Westen et al., 2003) et nous serions à même d'identifier des sous-groupes diagnostiques du TPL pour cette période de vie (Kollappalil, 2007).

Intimement lié à la question de l'existence de trouble de personnalité à l'adolescence est la manière de le conceptualiser, ce qui, en soi, suscite un débat. La classification catégorielle, privilégiée par le modèle médical dominant, conçoit les difficultés sous un angle dichotomique. L'existence d'un trouble dépend du cumul d'un nombre minimal de critères. La nature polythétique de ce système rend hétérogène les populations cliniques. Par exemple, il existe 151 combinaisons possibles de critères pour un diagnostic de TPL (Hyman, 2002). En revanche, selon une approche dimensionnelle, privilégiée par des auteurs comme Achenbach, Bernstein et Dumenci (2005) ainsi que Trull, Widiger et Guthrie (1990), des troubles comme le TPL sont perçus en fonction de traits de personnalité et chacun de ces derniers se situe sur un continuum gradué de normal à pathologique. C'est la sévérité des comportements et non la quantité des critères diagnostiques qui distinguent le normal du pathologique. Cela dit, il existe un effort soutenu d'intégrer ces deux conceptions et d'identifier quel modèle est le plus approprié en fonction des psychopathologies (Haslam, 2003). Plusieurs sont d'avis que c'est la manifestation des traits à travers la période de l'adolescence qui fluctuerait en fonction de facteurs de stress de nature familiale et sociale. Bien que pour certains adolescents la présence d'un trouble de

personnalité pourrait être transitoire dans le développement, pour d'autres, le trouble serait en période de cristallisation. Ainsi, l'émergence d'approches comme la psychopathologie développementale permettrait d'observer les manifestations de difficultés en fonction des caractéristiques biologiques et psychologiques de l'individu. Cette voie semble prometteuse et permettrait de mieux définir les troubles de santé mentale à l'adolescence (Miller, 2008; Cicchetti et al., 2002).

Les traitements classiques du trouble de personnalité limite

Depuis sa reconnaissance officielle par le *DSM-III* en 1980, le TPL suscite beaucoup d'intérêt, tant sur le plan théorique que clinique. L'anatocisme porté à cette psychopathologie découle de son incidence et de sa résistance au traitement. D'une part, il est accepté qu'environ 1% à 2% de la population en générale, 8% à 11% des patients en cliniques psychiatriques ainsi que 14% à 20% des individus hospitalisés reçoivent un diagnostic de TPL (Linehan, 1993a; Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001; Pascual et al., 2007).

D'autre part, de nombreux auteurs expliquent la difficulté de traiter un TPL par une pléthore de facteurs dont le refus de participation de la personne elle-même (Jaunay et al., 2006), la difficulté de conserver l'alliance thérapeutique et l'arrêt prématuré de la thérapie (Bennett, Parry & Ryle, 2006), l'existence d'épisodes micro-psychotiques ainsi que le risque suicidaire élevé et la présence importante de comportements d'automutilation (Paris, 2005). À ce sujet, Skodol, Gunderson, Pfohl, Widigier, Livesley et Siever (2002) soulignent que 10% des individus aux prises avec un TPL se tueront, soit 50 fois plus que dans la population en général. En outre, l'hétérogénéité des critères diagnostiques qui le constituent (découlant de l'aspect catégoriel et polythétique du *DSM-IV-TR*) ainsi que de l'accompagnement de facteurs concomitants avec les troubles de l'axe 1 ou de l'axe 2 (Zanarini et al., 1998; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2004). L'ensemble de ces éléments a créé un sol fertile pour le développement de modèles de traitement clinique du TPL. Avant d'aborder la thérapie comportementale dialectique, nous rappelons brièvement deux approches plus classiques : la psychanalyse et la thérapie cognitivo-comportementale. Il est à noter que nous avons suivi le format de présentation de Linehan et Dexter-Mazza (2008) quant à la présentation de traitements disponibles du TPL.

L'approche psychanalytique

En 1938, le psychanalyste Adolf Stern utilisa le terme état-limite pour désigner un groupe d'individus qui se retrouvent aux limites de la névrose et de la psychose. Comme le souligne Gunderson (1984 : voir Linehan, 1993a), l'intérêt psychanalytique pour ce groupe d'individus découle de deux facteurs : (a) à priori, ces personnes semblent constituer de bons candidats pour ce type de thérapie ; (b) ils ont tendance à susciter beaucoup de colère et d'impuissance de la part de leur thérapeute. Cependant, l'auteur note que l'état de ces patients se détériore rapidement après le début du traitement, nécessitant souvent une hospitalisation.

Au sein de l'approche psychanalytique, plusieurs courants particuliers se sont développés dans le contexte du TPL dont la thérapie par mentalisation (Fonagy & Bateman, 2008) et la thérapie centrée sur le transfert ou TCT (Levy et al., 2006). Nous présentons brièvement cette dernière puisqu'elle est basée sur la relation d'objet de Kernberg (1988), conception qui a largement influencé le courant psychanalytique dans le traitement du TPL (Linehan & Dexter-Mazza, 2008, p.367).

La TCT conceptualise l'origine du TPL comme le produit d'une interaction entre l'individu et son environnement, c'est-à-dire d'un échec d'intégration psychologique suite à des internalisations agressives des relations de l'objet (Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008). De cela résulte une structure de personnalité caractérisée par une identité diffuse, par des déficits dans les aptitudes sociales et par l'utilisation de mécanismes de défense primaires dont celui du clivage - identification projective pathologique pouvant mener à la formation d'objets bizarres. Le clivage résulte souvent de la différenciation entre un bon objet et un mauvais objet (Levy et al., 2006). L'objectif de la thérapie est de résoudre le conflit intra-psychique puisque le TPL présente un obstacle dans l'intégration des représentations de l'individu et d'autrui. Constamment envahie par des émotions négatives, la personne exhibe une multitude de comportements agressifs et d'instabilité affective.

La TCT identifie l'absence de la consolidation identitaire, une habileté métacognitive qui consiste pour Levy et al. (2006) « à observer, refléter et décrire les états émotionnels ; à prédire et comprendre un comportement et à reconnaître la différence entre la réalité externalisée et internalisée et la capacité de concilier les pensées opposées ». Pour remédier à cette lacune, la TCT préconise une hiérarchisation des cibles thérapeutiques : (1) diminuer les gestes suicidaires ou meurtriers, (2) diminuer les comportements interférant avec la thérapie, (3) réduire les comportements explosifs de

désorganisation, (4) discuter du manque de transparence et d'honnêteté, (5) aborder l'insouciance de la personne quant au contenu des rencontres et (6) traiter les résistances narcissiques (Kernberg et al., 2008).

En ce qui concerne l'efficacité du traitement, il semble qu'il engendre une réduction significative du nombre de tentatives de suicide et de gestes parasuicidaires, d'agressivité, de dépression et d'anxiété (Levy, Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2001; Kernberg et al., 2008). Toutefois, les résultats de ces études demeurent mitigés. Comme le soulignent Linehan et Dexter-Mazza (2008) ainsi que Miller et al. (2007), plusieurs études n'ont pas de groupe de contrôle, les échantillons s'avèrent petit pour généraliser les résultats et un nombre accru d'études est nécessaire pour répliquer les résultats. En outre, Clarkin et al. (2001) rapportent que la TCT ne devrait pas être utilisée avec des patients qui ont tendance à ne pas communiquer honnêtement avec leur thérapeute. Or, comme le souligne Linehan (1993a), l'enjeu thérapeutique est justement l'édification d'une relation acceptation-confrontation afin de mobiliser l'individu à cheminer sur les plans personnel et interpersonnel.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC postule que la difficulté angulaire du TPL réside dans les croyances dysfonctionnelles de soi, des autres et de son environnement, croyances rigides et qui persévèrent dans le temps. Le TPL résulterait d'une inflexibilité cognitive et d'une série d'apprentissages négatifs se produisant pendant l'enfance (Wenzel, Chapman, Newman, Beck & Brown, 2006). Le contenu et le processus des pensées de la personne cristallisent des manières non fonctionnelles d'aborder les demandes de son environnement et maintiennent ses biais perceptuels de soi et d'autrui. En outre, toujours selon Wenzel et al. (2006), ces pensées déclenchent des interprétations inadéquates et automatiques des situations sociales. Par conséquent, ces pensées permettent l'émergence de comportements de frustration, de culpabilité, d'anxiété, et de pulsions d'entreprendre une série de comportements qui permettront de soulager la détresse comme l'automutilation.

Bien qu'il existe plusieurs stratégies cognitivo-comportementales qui ont été développées pour le traitement du TPL (de Groot, Verheul & Trijsburg, 2008) dont le programme STEPPS (Systems Training for Emotional Predicatibility and Problem Solving) de Blum, Pfohl, St. John, Monahan et Black (2002), la Thérapie par Schémas de Young (1994) et la Thérapie par Manuel développée par Schmidt

et Davidson (2004) et articulée par des auteurs comme Weinberg, Gunderson, Hennen et Cutter (2006), Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph et Beck (2004) soulignent que la TCC vise essentiellement à identifier et à modifier les pensées automatiques négatives associées à des comportements dysfonctionnels. Le thérapeute met l'accent sur la collaboration avec le client (empirisme collaboratif) afin de structurer chaque séance ainsi que de déterminer les priorités thérapeutiques. Le travail consiste à identifier et à questionner les croyances fondamentales de l'individu.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette approche dans le traitement du TPL. Une réduction significative du nombre de comportements suicidaires, d'anxiété et de détresse et une modification des croyances dysfonctionnelles ont été observées. En outre, des études ont rapporté une amélioration quant aux idéations suicidaires et dépressives, de sentiments de découragement ainsi que du nombre global de symptômes (Davidson et al., 2006; Weinberg et al., 2006).

Cependant, l'efficacité des TCC et la généralisation de leurs effets sont restreintes par les limites méthodologiques des études. De petits échantillons, l'hétérogénéité des facteurs associés, la disparité de la sévérité du TPL et l'inégalité de l'expertise des thérapeutes représentent les principales limites (Davidson et al., 2006; Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

La thérapie comportementale dialectique

La thérapie comportementale dialectique (angl. *Dialectical Behavior Therapy* ou *DBT*) représente l'une des approches les plus prometteuses dans le traitement du TPL. Cette situation explique sans doute pourquoi plusieurs adaptations ont été réalisées dont celle qui nous intéresse, soit le traitement du TPL chez les adolescents.

Les fondements théoriques de la DBT

La thérapie comportementale dialectique (DBT) est un modèle d'intervention développé par Marsha Linehan (1993a) pour des femmes adultes aux prises avec un TPL et présentant des comportements suicidaires et parasuicidaires. Les premiers travaux sur la DBT remontent à près de trente ans alors que Linehan développait un protocole d'intervention pour des adultes chroniquement suicidaires. Bien qu'il existait une abondance d'études quant au trouble de personnalité limite (TPL) et

d'individus présentant des gestes automutilatoires et comportements suicidaires multiples non léthaux, Linehan (1993a) a souligné qu'il existait peu d'écrits s'intéressant aux liens entre ces deux problématiques.

Afin de mieux refléter la détresse qu'engendre un TPL, Linehan propose une réorganisation du système de classification du *DSM*. Ainsi, repris par des auteurs comme McMain, Korman et Dimeff (2001), le postulat de base, duquel la DBT a été développée, repose sur l'idée que les individus qui souffrent d'un TPL et qui présentent des comportements suicidaires et débilitants présentent un modèle d'instabilité et de dysrégulation dans cinq sphères : (1) une dysrégulation émotionnelle caractérisée par une réactivité émotionnelle, (2) une dysrégulation interpersonnelle caractérisée par des relations interpersonnelles intenses, conflictuelles et chaotiques, (3) une dysrégulation comportementale caractérisée par des comportements suicidaires, auto dommageables et d'autres qui affectent la qualité de vie, (4) une dysrégulation cognitive caractérisée par une rigidité cognitive, des difficultés mnésiques ainsi que d'états micro psychotiques qui se manifestent sous forme de dissociations et d'hallucinations, (5) un dysfonctionnement du soi caractérisé par un sentiment de vide et une identité diffuse. Ces dysfonctionnements créent une grande détresse chez l'individu et son environnement. La DBT vise le traitement de ces dernières en enseignant à l'individu des habiletés comportementales qui permettront une meilleure régulation des émotions.

Un modèle biosocial

Pour Linehan (1993a), la DBT correspond à un modèle biosocial des troubles de la personnalité et soutient que cette modalité clinique résulte d'une transaction de deux éléments : un dysfonctionnement du système de régulation des émotions et un environnement invalidant.

Fragilisés par des influences génétiques, des traumatismes intra-utérins ou des traumatismes survenus à l'enfance, les déficits du système de régulation des émotions prédisposeraient l'individu à exhiber une grande réactivité émotionnelle. Accompagnée d'une difficulté à moduler ses émotions, cette réactivité se traduirait par une réaction démesurée à des stimulus minimes ou imperceptibles et qui perdure anormalement longtemps avant de revenir à un état émotionnel de base. Ainsi, d'après Linehan (1993a), il serait ardu pour ces personnes d'inhiber des comportements inappropriés en réponse à un affect négatif, de réguler les réponses physiologiques associées à l'affect, de réorienter

l'attention en présence d'affects envahissants et de se mobiliser afin d'atteindre un objectif indépendamment de l'affect présent.

Cette hypersensibilité aux stimulus et la difficulté de moduler les émotions seraient caractéristiques d'individus peu équipés à vivre et à gérer certaines émotions comme la honte, la colère et la tristesse (Feigenbaum, 2007). En outre, comme le soulignent Crowell, Beauchaine et Linehan (2009), les déficits quant à la régulation des émotions engendrent non seulement une grande souffrance émotionnelle, mais favorisent l'émergence de comportements dysfonctionnels (p.ex. se couper permettrait de tolérer la colère permettant ainsi une baisse de l'émotion, mais cet acte engendre de la honte, ce qui, à son tour, active un autre comportement débilisant).

Selon ce modèle, des environnements pathogènes comme un environnement familial invalidant favorisent l'émergence d'un TPL. Zanarini et ses collaborateurs (2000) rapportent que 84% des individus aux prises avec un TPL ont été victimes d'abus parental et sont plus à risque d'avoir vu leurs réponses affectives invalidées. Miller, Koerner et Kanter (1998) définissent un environnement invalidant comme un milieu qui rejette, ignore, se moque ou méprise les réactions cognitives, émotionnelles et sociales d'autrui alors que ces dernières sont valides pour ce qui est des normes sociales (p. ex. une personne a le droit, dans certains cas, d'être en colère). En outre, Linehan et Dexter-Mazza (2008) rapportent que ce type d'environnement communique une série de messages : la réaction de la personne serait exagérée et démesurée, la réaction serait une forme évidente de manipulation et il y aurait un manque flagrant de motivation afin d'améliorer ses conditions de vie. Ainsi, ces environnements enseignent à la personne qu'elle ne peut s'en remettre à ses propres expériences et ses opinions afin de décrire adéquatement sa souffrance émotionnelle et les facteurs qui la déclenchent. Non seulement cet environnement attribue à l'individu des émotions et des motivations qui ne seraient pas socialement acceptables, mais il est généralement intolérant face à l'expression d'affects négatifs.

Par conséquent, comme tout milieu pathogène, cet environnement engendre d'importantes conséquences. Non seulement la personne n'apprend pas à étiqueter adéquatement et moduler ses émotions, mais elle se met constamment en situation d'échecs en ayant des attentes et des objectifs irréalistes (Linehan, 1993a). Qui plus est, ce milieu enseigne à l'individu à s'exprimer de manière de plus en plus disproportionnée afin de recevoir un support affectif minimal : osciller entre une inhibition

émotionnelle démesurée et une expression extrême d'un état émotionnel. Somme toute, l'individu comprend graduellement qu'il doit faire confiance à son environnement afin de savoir comment penser, agir et réagir puisque ses propres émotions seraient invalides.

La DBT résulte d'une fusion de plusieurs courants théoriques et philosophiques dont l'approche cognitivo-comportementale, la philosophie Zen et la dialectique hégélienne.

L'intégration de l'approche cognitivo-comportementale

Tout comme l'approche cognitivo-comportementale (TCC), l'objectif central de la DBT est de changer les cognitions, les croyances et les comportements de la personne afin qu'elle gère adéquatement ses émotions. Pour y parvenir, l'importance du lien thérapeutique et de la collaboration est de mise : le thérapeute et le patient travaillent étroitement ensemble dans la recherche d'un équilibre interpersonnel. Le thérapeute encourage le patient à devenir proactif afin d'améliorer sa qualité de vie. En outre, le cadre de la DBT est structuré et directif : le clinicien possède un manuel de thérapie dans lequel un ensemble de stratégies, d'exercices et de devoirs lui sont proposés pour chacune des rencontres cliniques. Des stratégies spécifiques d'écoute, de confrontation et de gestion de crise sont présentées afin d'assurer l'intégrité de la DBT.

Feigenbaum (2007), Salsman et Linehan (2006) rapportent que, tout comme la TCC, la DBT repose sur plusieurs principes de l'apprentissage social. Linehan (1993a) souligne que les comportements mal adaptés des personnes aux prises avec un TPL sont appris et renforcés socialement. Spécifiquement, ces personnes manquent d'habiletés interpersonnelles et d'autorégulation dans un contexte familial ou social qui les empêchent d'exercer un contrôle sur soi et qui inhibent l'apprentissage de nouvelles habiletés plus adaptatives. Puisqu'il existe des stimulus qui déclenchent un ensemble de comportements dysfonctionnels, le thérapeute s'efforce d'identifier les facteurs qui déclenchent, renforcent et maintiennent ces comportements. Ces stimulus peuvent être associés à des contingences de nature interne (ex. automutilation pour le soulagement de l'anxiété) ou externe (ex. gestes à risque afin de susciter l'attention et la mobilisation de l'environnement social de la personne).

Toutefois, Brown et al. (2004) affirment que la DBT se distingue de la TCC sur trois plans. Premièrement, le format des séances de TCC prend la forme d'une rencontre hebdomadaire avec la

possibilité de consultations téléphoniques entre les rencontres. En revanche la DBT préconise deux rencontres par semaine, dont une en groupe et plusieurs thérapeutes doivent être impliqués lors des séances de groupe. En outre, des rencontres de support par téléphone sont prévues de manière formelle. Deuxièmement, le contenu des séances de TCC met l'accent sur les processus et les structures cognitives du patient afin d'identifier ses croyances non fonctionnelles et de modifier ses pensées automatiques associées aux comportements problématiques. En revanche, la DBT part de la prémisse selon laquelle les comportements problématiques résultent d'un dysfonctionnement du système de régulation des émotions. Par conséquent, le développement d'habiletés de régulation d'émotions serait nécessaire à la diminution des comportements débilants. Troisièmement, le style relationnel entre thérapeute et patient est différent. Ainsi, par l'entremise de l'empirisme collaboratif, la TCC permet au thérapeute et au patient d'établir un agenda pour chaque rencontre, d'identifier des priorités et, par le questionnement socratique, d'examiner les croyances de ce dernier. La DBT met plutôt l'accent sur la dialectique qui stipule que l'individu se retrouve sans cesse dans une situation dans laquelle il doit concilier des opposés (synthèse). Ainsi, tout en acceptant sa situation actuelle, il doit travailler à la concilier avec des objectifs de changement.

Cela dit, la DBT partage plusieurs éléments avec la TCC comme l'entraînement aux habiletés sociales et à la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, les techniques d'irrévérence et de hiérarchisation des objectifs cliniques ainsi que les contrats comportementaux. En fait, la DBT se distingue par sa manière d'établir les cibles thérapeutiques, par son utilisation de la dialectique et de la centration, par la nature précise des habiletés enseignées, par ses analyses en chaîne ainsi que par ses stratégies qui consolident l'implication du patient jusqu'à la fin de la thérapie.

La dialectique

Le Petit Robert (2004) définit la dialectique comme « un ensemble de moyens mis en œuvre dans la discussion en vue de démontrer, réfuter, emporter la conviction ». Davantage pertinente à la DBT est la dialectique hégélienne qui insiste sur la reconnaissance du caractère inséparable des propositions contradictoires (thèse et antithèse) que l'on peut unir dans une catégorie supérieure, la synthèse. La DBT retient trois principes de cette dialectique : le principe de l'interrelation et de la plénitude, le principe de la polarité et le principe du changement continu.

Le principe de l'interrelation et de la plénitude désigne l'importance de percevoir l'individu comme un élément qui évolue dans un système, que l'environnement ne peut être vu que par la somme de ces parties et que la compréhension d'une partie se fait en relation avec le tout. Ainsi, les actions et les réactions du patient influenceront les comportements du thérapeute et vice versa (Feigenbaum, 2007). Le principe de polarité correspond à l'idée que la réalité des individus est dynamique et constituée d'une série de forces opposées (thèse et antithèse). L'intégration de ces opposés aboutit à une synthèse, qui, à son tour, se divise en deux opposés et ce, ad infinitum (Linehan, 1993a). Enfin, le principe du changement continu correspond à l'idée que le changement est constant et que l'effort pour atteindre une synthèse en conciliant les opposés doit se poursuivre continuellement. Ainsi, l'esprit de la dialectique s'oppose à la pensée rigide et dichotomique.

Linehan (1993a) souligne que la dialectique interpelle l'individu dans un dialogue qui le conduit au changement. Par l'entremise de positions contradictoires, le patient et le thérapeute travaillent ensemble afin d'identifier les véritables sources de comportements problématiques. Le clinicien favorise chez le patient un développement d'habiletés qui lui permettent d'accepter des points de vue différents et qu'une affirmation (thèse) et une contre affirmation (antithèse) peuvent être toutes les deux valides. Cet exercice permet d'obtenir un nouveau point de vue en reconnaissant et en d'identifiant les éléments de vérité dans chaque affirmation et de les intégrer dans une synthèse.

Puisqu'une thérapie axée uniquement sur le changement, comme la thérapie comportementale classique, est une forme d'invalidation, la dialectique permet de créer une atmosphère clinique qui reconnaît des éléments valides de la perception du patient tout en se souciant d'intégrer le changement d'éléments inexacts. Ainsi, Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo et Linehan (2006) rappellent que la thèse (changement de comportements) et l'antithèse (besoin d'acceptation) représentent le cœur de la DBT. Cette approche va supporter toutes les tentatives du patient à accepter sa condition et le mobilise au changement en le confrontant. Par exemple, le thérapeute comprend que les individus aux prises avec un TPL présentent de nombreux comportements débilissants, efficaces parce qu'ils diminuent la tension, mais dysfonctionnels parce qu'ils entraînent des dommages physiques. L'objectif de la thérapie est d'identifier des comportements efficaces, mais non dommageables.

La philosophie Zen

La DBT incorpore plusieurs éléments de la philosophie Zen dont la centration, la voie du milieu, l'acceptation et le non-jugement. Les premières tentatives d'intégrer la centration dans les thérapies d'intervention remontent à plus de 30 ans (Allen, Blashki & Gullone, 2006). Depuis, un nombre croissant de milieux cliniques intègrent la centration dans le traitement d'une pléthore de problématiques médicales et psychologiques (Denton & Sears, 2009 ; Didonna, 2009). Jon Kabat-Zinn (1990) définit la centration comme une activité qui cherche à rendre la personne davantage consciente d'elle-même et de son environnement immédiat en observant, décrivant et participant à ses actions et ses réactions. Comme le soulignent Bishop et ses collaborateurs (2004), le clinicien encourage le patient à cultiver une attitude de non-jugement, d'acceptation et de curiosité tout en augmentant les capacités attentionnelles par la pratique de la centration. L'objectif étant de distancer la perception de l'individu de ses actions en réduisant l'impulsivité.

La centration permet l'émergence de deux habiletés inter-reliées : la voie du milieu et l'esprit sage. La DBT permet aux individus de trouver un équilibre entre un état d'esprit envahi par des émotions (esprit émotif) et un autre état dicté par des pensées rationnelles (esprit rationnel). Salsman & Linehan (2006) qualifient l'équilibre de ces deux états comme l'esprit sage qui « incorpore la passion, la conviction et l'intuition des émotions avec la logique et l'empirisme de ce qui est rationnel ». La DBT encourage les individus à utiliser leur esprit sage afin d'être conscients du moment présent, de ne pas le juger, et d'utiliser des stratégies qui seront à la fois efficaces dans la résolution de problèmes et dans le souci de se respecter et de respecter l'autre.

Comme le soulignent Lynch et al. (2006), l'objectif de la centration est de modifier les réponses automatiques de l'individu face à des stimulus, de lui permettre de réfléchir et de ne pas agir sur l'impulsion du moment. La centration modifie les pensées associées (p.ex. transformer « c'est mauvais » à « c'est l'état de la situation ») sans les restructurer. Ces auteurs rappellent que la centration ne diminue pas l'intensité des émotions, mais réduit la quantité et l'ampleur des émotions secondaires, des comportements subséquents et des pensées ultérieures.

Le traitement du TPL

Linehan (1993a) métaphorise le travail thérapeutique comme un exercice de funambulisme. Le thérapeute et le patient se retrouvent aux extrémités d'une tige de fer qui se retrouve sur un fil. Le thérapeute doit effectuer une série de mouvements succincts afin de contre-équilibrer les mouvements du patient. L'objectif du travail clinique est d'amener le patient vers le milieu de ce fil. Concrètement, les stratégies d'intervention de la DBT se résument par des techniques de validation et de résolution de problèmes. Linehan (1993a) définit la validation comme un exercice dans lequel le thérapeute affirme au patient que ses manières de faire sont adéquates et compréhensibles considérant la situation dans laquelle il se trouve. Le thérapeute accepte activement le patient et lui communique cette acceptation. Ainsi, le thérapeute recherche, reconnaît et reflète au patient la validité de ses réponses ».

Selon Linehan (1993a), la tâche du thérapeute est de trouver la sagesse, la valeur, la rectitude et la justification dans les comportements, les cognitions et les émotions du patient. Pour y parvenir, Koerner et Linehan (2000) et Chapman (2006) soulignent qu'il existe cinq objectifs de traitement : augmenter les habiletés du patient, améliorer sa volonté et sa motivation, favoriser la généralisation des acquis, favoriser la restructuration de son environnement et augmenter les compétences cliniques du thérapeute.

Puisque la prémisse de base de la DBT est que le patient aux prises avec un TPL a de la difficulté à être efficace dans ses relations interpersonnelles, à tolérer la détresse et a recours à des comportements extrêmes afin de réguler ses émotions, l'intervention vise à développer des habiletés lui permettant d'harmoniser les relations avec son environnement et réduire ses comportements à risque. Deuxièmement, il s'agit d'améliorer la volonté et la motivation du patient à changer sa condition tout en réduisant ses comportements autodestructeurs. La DBT vise à assurer le renforcement du progrès clinique par la diminution de comportements qui interfèrent avec la qualité de vie de l'individu. Ainsi, lors des rencontres individuelles, le thérapeute et le patient hiérarchisent les objectifs comportementaux en débutant par les réactions autodestructrices tout en analysant les éléments déclencheurs et les facteurs de maintien. En outre, la DBT met à la disposition du thérapeute un ensemble d'outils techniques afin de renforcer l'implication du patient. Troisièmement, il faut favoriser le développement de compétences liées à la généralisation des nouvelles habiletés à toutes les sphères de vie du patient. Si ces nouvelles habiletés ne sont déployées qu'en clinique, elles sont inutiles. Ainsi,

les devoirs demandés au patient et l'accessibilité du thérapeute entre les séances facilitent l'émergence de ces comportements. Quatrièmement, il faut structurer l'environnement de l'individu afin qu'il soit renforcé pour ces tentatives de résoudre adéquatement les situations conflictuelles, augmentant ainsi sa qualité de vie. Le thérapeute doit donc s'assurer qu'il existe une convergence de facteurs environnementaux qui optimisent l'efficacité de la DBT. Il s'agit d'aider l'individu à développer un environnement qui encourage ses progrès. Des rencontres avec les membres de la famille, ainsi que des rencontres avec d'autres intervenants de la même équipe facilitent l'atteinte de cet objectif. Finalement, il s'agit d'augmenter les compétences du thérapeute. Les individus aux prises avec un TPL sont reconnus comme difficiles. Il arrive souvent que la motivation du thérapeute diminue ainsi que son engagement. La présence récurrente de gestes suicidaires et parasuicidaires ainsi que la manifestation de comportements interférant avec la thérapie contribuent à éloigner le thérapeute du patient. Les rencontres d'équipes hebdomadaires ainsi que les discussions de cas offrent aux cliniciens un environnement de ventilation et d'échange.

Les stades de traitement

Harned, Banawan et Lynch (2006) rapportent que la DBT a été développée pour des individus présentant divers degrés de sévérité d'un TPL. Spécifiquement, Linehan et Dexter-Mazza (2008) soulignent que la sévérité d'un TPL est évaluée en fonction de l'amplitude, de la complexité et de la gravité des comportements suicidaires et parasuicidaires du patient. L'étude du degré de sévérité se réalise à chaque phase du traitement.

Le stade 1 : le contrôle comportemental.

Le premier stade du traitement inclut deux phases : une phase d'orientation et une phase d'entraînement aux habiletés de base.

La phase d'orientation vise à consolider l'implication du patient au processus clinique et à l'identification des objectifs spécifiques. Le thérapeute doit ainsi obtenir le consentement libre et éclairé du patient et l'amener à avoir des attentes réalistes à court et à long terme. La présentation du programme, les questionnements du patient ainsi que ses perceptions de la psychothérapie sont abordés (Linehan, 1993a). Le thérapeute utilise des stratégies qui visent à assurer l'implication de l'individu en lui faisant comprendre que la DBT est un travail collaboratif.

Pendant cette phase (et pendant l'ensemble du stade), le thérapeute et le patient développent le lien thérapeutique. De nombreux auteurs attribuent beaucoup d'importance à ce lien puisqu'il est souvent le seul élément clinique qui génère un changement chez la personne aux prises avec un TPL (Linehan, 1993a ; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007) et il semble constituer un facteur de protection lors de crises suicidaires (Simon, 2004, p.67; Berman, Jobes & Silverman, 2006, p.215; Bornovalova & Daughters, 2007). Toutefois, comme le souligne Hopwood (2006), édifier une alliance thérapeutique avec ce type de patients est un défi en soi. L'arrêt prématuré de la thérapie, l'utilisation fréquente de tentatives de suicide comme moyen de communication, l'instabilité affective et l'utilisation routinière de clivage représentent quelques facteurs qui rendent le lien difficile.

La deuxième phase consiste à entraîner la personne à certaines habiletés de base. Puisque Linehan considère la DBT non comme un programme de prévention du suicide, mais comme une intervention qui vise à améliorer la qualité de vie de la personne, cette phase vise l'atteinte de cibles thérapeutiques reliées à cet objectif. Une hiérarchisation de quatre cibles est privilégiée (Miller et al., 2007). Il s'agit dans un premier temps de diminuer les comportements qui mettent en péril la vie de l'individu. Il s'agit ensuite de diminuer les comportements qui interfèrent avec la thérapie : ceux qui interfèrent directement avec (i) la thérapie (p.ex. l'assiduité et la ponctualité aux rencontres individuelles et de groupe), (ii) avec les autres membres du groupe (p.ex. vendre de la drogue) ou (iii) avec le thérapeute (p.ex. être agressif, lui téléphoner fréquemment). Notons que le thérapeute recherche à maintenir la relation en évitant d'être apathique devant la souffrance du patient et en évitant de renforcer les comportements dysfonctionnels. Troisièmement, il s'agit de diminuer les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie de l'individu, soit les comportements reliés (i) aux relations interpersonnelles (p.ex. rôle de victime ou d'agresseur), (ii) à l'emploi (p.ex. absentéisme, perte fréquente d'emploi), (iii) à l'impulsivité (p.ex. crises de colère, promiscuité sexuelle), (iv) au refus de traitement de maladies physiques (p.ex. insuline et diabète), (v) à l'axe I (p.ex. abus de substances, troubles alimentaires, phobies) et (vi) aux comportements criminels. Enfin, il s'agit d'augmenter et de généraliser les habiletés adaptatives comme la tolérance à la détresse, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions, la centration et le non-jugement.

Afin d'assurer l'atteinte de ces quatre cibles, certaines modalités de traitement sont mises en œuvre dont l'intervention individuelle, de groupe et les conversations téléphoniques (Linehan (1993b).

La thérapie individuelle

La modalité centrale d'intervention en DBT est réalisée sous forme de rencontres hebdomadaires. D'une durée d'une heure, ces rencontres ont pour objectif de travailler objectifs cliniques en tenant compte des forces, des particularités et des limites du patient. Lors de chaque rencontre, le thérapeute revient sur les activités réalisées par le patient pendant la semaine précédente. Dans un climat d'écoute et d'acceptation, le thérapeute et le patient adoptent une approche de résolution de problèmes afin d'identifier les comportements dysfonctionnels, les causes de détresse et les manières de se mobiliser pour adopter des solutions plus adéquates. Il est à noter que la modification de comportements se fait par l'enseignement d'habiletés, l'application de contingences de renforcement, la modification cognitive et l'exposition aux situations anxiogènes. Pour y arriver, la DBT propose cinq stratégies : les stratégies dialectiques, les stratégies de base, les stratégies stylistiques, la gestion de cas et les stratégies intégrées.

Les stratégies dialectiques enseignées aux patients sont variées : faire l'avocat du diable, chercher le pour et le contre, avoir le pied dans la porte et la porte au nez, utiliser des métaphores. Les stratégies de base portent sur la validation : (i) enseigner au patient de faire confiance à ses propres pensées et à ses émotions (auto-validation) ; (ii) l'inciter à se concentrer sur des comportements problématiques et à générer des solutions par l'introspection et la discussion ; (iii) lui montrer à faire une analyse comportementale : utilisation de l'analyse en chaîne afin d'identifier les émotions, les cognitions et les facteurs environnementaux qui ont déclenché ou maintenu le comportement dysfonctionnel et d'identifier des comportements alternatifs. Les stratégies stylistiques consistent à favoriser la communication réciproque (aborder les préoccupations du patient, se montrer ouvert quant à l'expression de ses frustrations et de ses craintes afin de permettre la validation de certaines réactions) et l'utilisation de communications irrévérenciauses (le thérapeute confronte, avec compassion et empathie, le patient quant à ses croyances et ses comportements dysfonctionnels). La gestion de cas se fait par l'entremise de supervisions et de rencontres d'équipes. L'objectif ici est d'aider le thérapeute à demeurer objectif, de lui offrir des occasions de ventiler et de permettre des discussions quant à l'efficacité des stratégies thérapeutiques adoptées en thérapie individuelle. Les stratégies intégrées incluent (i) les stratégies structurelles qui facilitent l'ouverture de la séance thérapeutique et sa fin, et (ii) les stratégies spécifiques qui permettent au thérapeute de cibler certaines

difficultés (p.ex. les comportements suicidaires et parasuicidaires, les comportements interférant avec la thérapie, les comportements de crise) et de les traiter.

Que ce soit pour gérer une situation de crise pour répondre au besoin de parler du patient ou mettre en pratique les nouvelles habiletés interpersonnelles, la DBT offre la possibilité de consultations téléphoniques.

La thérapie de groupe

En plus de participer à une rencontre individuelle hebdomadaire, les patients doivent assister chaque semaine à une rencontre de groupe. D'une durée de deux à trois heures, ces rencontres ont pour objectif d'enseigner aux participants certaines habiletés de base, d'aborder les comportements qui interfèrent avec la thérapie et ceux qui diminuent leur qualité de vie et de favoriser l'expression d'habiletés interpersonnelles favorisant une meilleure qualité de vie.

Les rencontres de groupe adoptent un format dans lequel deux à quatre thérapeutes sont présents. Il arrive que les membres de la famille assistent à ces rencontres afin d'apprendre comment créer un climat d'écoute, de support, de validation et d'apprendre à généraliser ces habiletés à la maison. Les habiletés enseignées se divisent en quatre groupes: centration, régulation des émotions, efficacité interpersonnelle, tolérance à la détresse.

Le stade 2 : la diminution du stress post-traumatique

Linehan et Dexter-Mazza (2008) rapportent que les objectifs de ce stade sont le rappel et l'acceptation d'événements traumatisants, comme l'abus sexuel, la réduction de la stigmatisation engendrée par ces événements, la réduction du déni et la résolution des tensions dialectiques issues du blâme que le patient se fait à lui-même. Puisque la vie des patients qui présentent un TPL est tumultueuse, il est impératif de les stabiliser avant même d'aborder les situations traumatisantes passées. Linehan (1993a) souligne que plusieurs patients peuvent sembler prêts pour ce deuxième stade. Cependant, il est possible que cette compétence ne soit qu'apparente, auquel cas, elle engendre une régression au stade 1. Ainsi, le thérapeute doit non seulement s'assurer que le patient est prêt, mais s'assurer que le rappel de ces événements soit graduel et prudent. L'enjeu ici est de résoudre les comportements liés au trauma tout en ne perdant pas les gains déjà obtenus.

Le stade 3 : l'augmentation du respect de soi

Ce stade vise le développement d'habiletés qui permettent à l'individu de valider ses opinions, ses actions et ses émotions. Il s'agit ici d'encourager l'autonomie du participant et de favoriser une meilleure confiance en ses propres capacités. Ce processus doit se faire graduellement puisqu'il est fréquent que le patient soit dépendant non seulement de son environnement immédiat, mais aussi du thérapeute.

Linehan (1993a) rapporte qu'il est fréquent que les patients mettent fin à la thérapie entre ce stade et le suivant.

Le stade 4 : la capacité d'exercer sa liberté et d'éprouver un sentiment de satisfaction personnelle

Ce stade cherche à modifier le sentiment d'incomplétude du patient. L'atteinte des objectifs de vie, l'exercice de techniques spirituelles ainsi que l'aspect expérientiel de nouvelles situations peuvent contribuer à un sentiment de plénitude et de satisfaction de vie. Il va de soi que seuls les individus qui présentent un fonctionnement intellectuel adéquat atteignent ce niveau de traitement.

Il est à noter que la DBT a développé le stade 1 et n'a pas articulé des modalités cliniques spécifiques permettant d'atteindre les objectifs liés aux trois autres stades.

L'efficacité de la DBT

En 2001, lorsque l'American Psychiatric Association publia un manuel de traitement pour le TPL, la DBT était déjà perçue comme prometteuse. La National Institute of Mental Health (2009) était également d'avis que la DBT possédait des qualités plus que pertinentes pour l'intervention du TPL. Une kyrielle d'études ont confirmé l'efficacité de la DBT auprès d'adultes présentant un TPL et des comportements d'automutilation ou suicidaires lorsque comparé aux traitements habituels (TH : interventions typiquement utilisées pour le TPL dont la psychanalyse, les approches cognitivo-comportementales et les approches éclectiques) (Feigenbaum, 2007; Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007; Anthony, 2008). Notamment, l'étude initiale de Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon et Heard (1991) réalisée auprès de femmes adultes aux prises avec un TPL, âgées de 18 à 45 ans, dans un contexte de clinique ambulatoire, a démontré l'efficacité de la DBT dans le cas (1) de la fréquence et la sévérité de comportements parasuicidaires, (2) du nombre de jours d'hospitalisation, (3) du taux

de rétention. En outre, cette étude a démontré que la DBT est associée à une baisse significative du sentiment de dépression, de désespoir et d'idéations suicidaires. Dans un suivi post-traitement de l'étude initiale, Linehan, Heard et Armstrong (1993) rapportent un maintien des acquis quant à la diminution des comportements parasuicidaires, des jours d'hospitalisation, des sentiments de colère, et quant à l'ajustement psychosocial global.

Turner (2000) compare l'efficacité de la DBT à la thérapie centrée sur le client dans le cas de patients âgés de 18 à 27 ans aux prises avec un TPL. L'étude rapporte que la DBT est plus efficace quant à la réduction des gestes et des idéations suicidaires, de l'impulsivité, de la colère, et du nombre de jours d'hospitalisation.

Les résultats de l'étude de Koons et ses collaborateurs (2001) pour des femmes vétérans aux prises avec un TPL âgées de 21 à 46 ans sont à l'effet qu'il y a eu aucune différence significative quant aux gestes parasuicidaires entre la DBT et un TH, que le taux de rétention est plus élevé pour le TH mais que la DBT engendre une baisse significative dans les idéations suicidaires, la dépression, le désespoir et les crises de colère.

Les résultats de l'étude de Verheul et ses collaborateurs (2003) pour des femmes âgées de 18 à 70 ans aux prises avec un TP sont à l'effet que la DBT réduit le nombre de comportements parasuicidaires, la fréquence de comportements auto-dommageables ainsi que le nombre de comportements impulsifs. La DBT permet aussi un taux de rétention trois fois supérieur au TH. Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul et Van den Brink (2005) ont effectué un suivi de six mois auprès des participants de l'étude de Verheul et al. (2003) et ont constaté que la diminution de l'automutilation est soutenue.

Les résultats de l'étude de Linehan et ses collaborateurs (2006) pour des femmes âgées de 18 à 45 ans aux prises avec un TPL sont à l'effet que la DBT permet une diminution significative du nombre de comportements suicidaires et parasuicidaires, du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations. La dépression, le sentiment de désespoir, les idéations suicidaires, les comportements auto-dommageables et impulsifs ont tous diminués significativement. Encore une fois, le taux de rétention est supérieur au TH.

L'une des questions posées par ces résultats est de savoir s'il s'agit de données probantes ou de données prometteuses. Ainsi, en 1996, la Division 12 de l'Association Américaine de Psychologie (Chambless et al., 1996) avait établi cinq critères pour qu'une approche clinique puisse affirmer qu'elle s'appuie sur des données probantes quant à son efficacité : (1) un minimum de deux études comparant deux groupes de sujets doivent démontrer l'efficacité du traitement soit par une comparaison avec un groupe placebo ou d'autres traitements, ou soit par l'utilisation d'une taille d'échantillon adéquate (environ 30 individus) permettant de démontrer que le traitement est aussi efficace que d'autres traitements ayant fait leur preuve ; (2) au moins neuf séries d'études de cas doivent démontrer l'efficacité par l'utilisation de devis expérimentaux robustes et par la comparaison avec une autre modalité d'intervention ; (3) les études doivent être réalisées par l'entremise d'un matériel écrit, ou l'équivalent, afin d'assurer une description claire des procédures cliniques ; (4) les caractéristiques des échantillons doivent être détaillées ; (5) les effets de traitement doivent minimalement être confirmés par deux chercheurs.

Ainsi, l'ensemble de ces critères a créé un sol fertile pour la formulation de trois grandes critiques à l'égard des 13 études d'efficacité de la DBT qui ont utilisé une méthodologie d'assignation aléatoire.

La première critique est qu'il est difficile de généraliser les résultats des études étant donné les variabilités méthodologiques. Comme le constate Ost (2008), quatre études DBT ont utilisé une liste d'attente (recevant un traitement habituel) comme groupe de contrôle. Cette comparaison pose problème puisqu'il existe peu d'informations sur le traitement habituel que recevaient les participants du groupe de contrôle. En outre, Scheel (2000) souligne que non seulement il existe des interrogations quant à la nature et la forme des traitements dits habituels, mais également un questionnement quant à la quantité de thérapie reçue. Ost (2008) rapporte que le temps de thérapie pour les études d'efficacité oscille de 17 à 138 heures. Ainsi, non seulement le temps accordé à la thérapie diverge d'une étude à l'autre, mais le TH demeure nébuleux dans sa nature et sa quantité.

La deuxième critique porte sur les analyses statistiques effectuées. Puisque d'importants taux d'attrition des échantillons sont observés (de 6% à 59%), la puissance statistique se voit grandement diminuée (Ost, 2008). Ainsi, pour des échantillons initialement petits, il est peu surprenant de constater que les différences quant au nombre de jours d'hospitalisation et de comportements parasuicidaires

entre le groupe de contrôle et le groupe expérimental s'atténuent avec le temps et deviennent non-significatifs. En outre, à maintes reprises Linehan fait référence à des données encourageantes d'études non publiées, mais, comme le souligne Scheel (2000), elle ne détaille pas les mesures d'évaluation ou les analyses statistiques utilisées.

Un troisième élément est celui des caractéristiques des intervenants et des participants. D'une part, quant aux intervenants, l'hétérogénéité de leur formation en santé mentale, leur niveau de maîtrise de la DBT et leur adhésion au programme DBT est la norme. Spécifiquement, aucune étude ne fait mention d'instruments mesurant la maîtrise des thérapeutes du matériel DBT (cela est de mise puisque Linehan a participé à plusieurs des études d'efficacité) et reflète la préoccupation de Robins (2000) quant à la faisabilité de pratique de la DBT hors du groupe de Linehan), seulement quatre études font mention de l'utilisation d'évaluateurs afin d'assurer l'adhésion au protocole clinique (Ost, 2008; Feigenbaum, 2007). Quant aux participants, la grande hétérogénéité de critères diagnostiques d'un TPL et le chevauchement avec d'autres pathologies de l'axe I et l'axe II rendent difficile toute conclusion relative à la DBT. À ce sujet, Ost (2008) souligne que l'évaluation des participants pour certaines études a été réalisée par l'intermédiaire du *DSM-III-R* alors que pour d'autres ce fut la quatrième version. Qui plus est, l'incitatif accordé aux participants DBT ajoute aux failles méthodologiques. Dans plusieurs études, les participants au groupe DBT recevaient gratuitement le traitement alors que dans le cas du groupe de contrôle recevant le TH, les participants devaient déboursier un certain montant d'argent.

Étant donné les limites méthodologiques et statistiques d'un nombre restreint d'études portant sur la DBT, de l'hétérogénéité des échantillons (patients suicidaires, avec stress post-traumatique, hospitalisés, à l'extême), de la variation de temps de thérapie et de suivi, de la combinaison avec d'autres modalités cliniques (pharmacothérapie, modification de programme TCC), de diverses adaptations du programme DBT, et de la variété de cibles thérapeutiques, Corrigan (2001) et Scheel (2000) rapportent qu'on ne peut pas affirmer que la DBT respecte les critères correspondant à une approche s'appuyant sur des données probantes puisque la comparaison des études et la généralisation des résultats s'avèrent ardues. Pour Martens (2005), il n'est pas encore clair si la validité des modules est comparable et s'ils permettent de diminuer les symptômes liés aux facteurs psychologiques et psychiatriques associés. Certains auteurs affirment d'ailleurs que la DBT est une intervention qui se limite uniquement à la diminution de gestes parasuicidaires (Feigenbaum, 2007).

Somme toute, comme le soulignent Smith & Peck (2004), d'autres études sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité de la DBT.

L'adaptation de la DBT à une population adolescente

L'engouement pour la DBT comme technique d'intervention ne se limite pas au traitement du TPL. Cette approche est également utilisée auprès d'adultes présentant plusieurs problématiques, dont des troubles alimentaires (Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006; Wisniewski, Safer & Chen, 2007; Hill, 2009), des délinquants sexuels (Shingler, 2004; Servos, 2009), des cas de difficultés et violences conjugales (Rathus, Cavuoto & Passarelli, 2006; Kirby & Baucom, 2007), des difficultés reliées à des chocs posttraumatiques (Wagner & Linehan, 2006; Wagner, Rizvi & Harned, 2007), des troubles obsessionnels compulsifs (Miller & Kraus, 2007), des troubles dépressifs (Harley, Sprich, Safren, Jacobo & Fava, 2008), des troubles anxieux (Gratz, Tull & Wagner, 2005; Roemer, Salters-Pedneault & Orsillo, 2006), des difficultés de toxicomanie (Linehan et al., 1999; Mayer-Brunns, Lieb, Danegger & Jacob, 2005; Conason, Oquendo & Sher, 2006) et des troubles de comportements (Evershed et al., 2003).

Un intérêt a également été observé dans l'adaptation de la DBT pour des adolescents aux prises avec diverses difficultés, dont les troubles alimentaires (Etre, 2008; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl & Korte, 2007; Safer, Lock & Couturier, 2007), le trouble oppositionnel-défiant (Nelson-Gray et al., 2006) et le trouble bipolaire (Goldstein, Axelson, Birmaher & Brent, 2007). Évidemment, le plus grand nombre d'études ont porté sur les comportements suicidaires et d'automutilation. Les résultats sont encourageants et suggèrent que la DBT est efficace dans la réduction de comportements et d'idéations suicidaires (Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004; Katz, Cox & Miller, 2008), de sentiment de tristesse et de désespoir (Katz et al., 2008; Denaro, 2008), d'automutilation (Fleischhaker, Bohme, Sixt & Schulz, 2005; James, Taylor, Winmill & Alfoadari, 2008) et de jours d'hospitalisation (Sunseri, 2004). Rathus et Miller (2002) affirment que le traitement engendre un meilleur fonctionnement global.

L'intérêt pour l'adaptation de la DBT à une population adolescente aux prises avec des comportements suicidaires et d'automutilation a été tel que Miller et al. (2007) ont développé un manuel clinique précis. Toutefois, il apparaît évident que l'efficacité de la DBT dans le traitement de comportements suicidaires et parasuicidaires chez les adolescents est encore à démontrer. Nous dénombrons peu d'études dans ce domaine et celles qui existent présentent des faiblesses

méthodologiques dont de petits échantillons, des disparités quant aux difficultés co-occurentes, la disparité des études dans leur manière d'adapter la DBT qui rendent difficile la généralisation des résultats.

Conclusion

L'American Psychiatric Association (2009) identifie deux formes de psychothérapies qui ont démontré leur efficacité dans le cadre d'études cliniques utilisant un schème expérimental avec assignation aléatoire : l'approche psychanalytique/psychodynamique et la DBT. L'APA reconnaît que la DBT est une approche complexe qui est administrée par l'entremise d'un programme d'intervention et son succès découle de plusieurs facteurs, dont la qualité de l'alliance thérapeutique, l'attitude proactive et empathique du thérapeute ainsi que le contexte de validation et de résolution de problèmes.

Ainsi, l'intérêt clinique pour la DBT découle non seulement du fait que ce traitement a fait l'objet de plusieurs études contrôlées pour une population adulte, mais ces dernières dénotent une amélioration significative du fonctionnement global de l'individu et de son implication en thérapie, de baisses significatives quant aux nombres et aux durées d'hospitalisation et quant à l'incidence des gestes parasuicidaires et des comportements de toxicomanies (Bohus et al., 2004; Martens, 2005).

Afin de réduire le risque suicidaire et les comportements à risque, plusieurs auteurs suggèrent de travailler sur la résolution de problèmes (Bray, Barrowclough & Lobban, 2007), la centration (Wupperman, Newmann & Axelrod, 2008) et sur la régulation des émotions (Cooper, Flanagan, Talley & Micheas, 2006; Gratz, 2007). Puisque la DBT propose spécifiquement de travailler ces aspects, il n'est pas étonnant que plusieurs se soient intéressés à la possibilité d'adapter ce modèle d'intervention aux adolescents.

L'apport de cet article à la communauté scientifique est significatif puisqu'il met en relief les traitements cliniques disponibles pour adolescents présentant des caractéristiques d'un TPL ainsi que les défis diagnostiques associés pour ce groupe d'âge. En outre, bien que plusieurs écrits existe au sujet de la DBT, il existe une anémie en ce qui attrait pour ceux rédigés en langue française.

Références

- Achenbach, T., Bernstein, A., & Dumenci, L. (2005). DSM-oriented scales and statistically based syndromes for ages 18 to 59: Linking taxonomic paradigms to facilitate multitaxonomic approaches. *Journal of Personality Assessment*, 84, 49–63.
- Allen, N., Blashki, G., & Gullone, E. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- American Psychiatric Association (2001). *Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Borderline Personality Disorder*. Recueilli le 15 janvier 2009, http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=BPD_Inactivated_04-16-09.
- Anderson, R. (2002). Deaths: Leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports: Centers for Disease Control and Prevention*, 50(16), 83pp.
- Anthony, C. (2008): *A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on Scheel (2000)*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(11-B), 2008, pp. 7653.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit/Hyperactivity Disorder*. Dans Wolfe, D. (Ed); Mash, E., (Ed). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Publications.
- Becker, D., Grilo, C., Edell, W., & McGlashan, T. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047.
- Bennett D, Parry G & Ryle A. (2006) Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder. *Psychology & Psychotherapy: Theory Research & Practice*, 79, 395-418.
- Berman, A., Jobes, D., & Silverman, M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention (2nd Ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, D., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 907-913.

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry, 43*(4), 301-310.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42*(5), 487-499.
- Bornovalova, M., & Daughters, S. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review, 27*(8), 923-943.
- Bradley R., Jenei J., Westen D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous & Mental Disease, 193*, 24-31.
- Brady, E., & Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111*(2), 244-255.
- Bray, S., Barrowclough, C. & Lobban, F. (2007). The social problem solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behaviour Research & Therapy, 45*, 1409-1417.
- Brown, G., Newman, C., Charlesworth, S., Crits-Christoph, P., Beck, A. (2004). An Open Clinical Trial of Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*(3), 257-271.
- Brown, S., Abrantes, A. (2006). Substance use Disorders. Dans: Wolfe, D. (Ed); Mash, E., (Ed). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*, (pp. 226-256). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J., Theodore, R., Moffitt, T. (2003). Children's Behavioral Styles at Age 3 Are Linked to Their Adult Personality Traits at Age 26. *Journal of Personality, 71*(4), 495-513.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 847-849.

- Chanen, A., Jackson, H., McGorry, P., Allot, K., Clarkson, V., et Yuen, H. (2004). Two-Year Stability of Personality Disorder in Older Adolescent Outpatients. *Journal of Personality Disorders, 18*(6), 526-541.
- Chapman, A. (2006). Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements. *Psychiatry, 3*(9), 62-68.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S., Sue, S., Beutler, L., Williams, D., & McCurry, S. (1996). *An update on empirically validated therapies*. Recueilli le 25 février 2009, <http://www.apa.org/divisions/div12/est/newrpt.pdf>.
- Chavira, D., & Stein, M. (2005). Childhood Social Anxiety Disorder: From Understanding to Treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*(4), 797-818.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6-20.
- Clarkin J., Foelsch P., Levy K., Hull J., Delaney J., & Kernberg O. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders, 15*, 487-95.
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 922-928.
- Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 477-493.
- Conason, A., Oquendo, M., Sher, L (2006). Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 18*(1), 9-13.
- Conseil Canadien de la Sécurité (2006). *Canada's Silent Tragedy*. Recueilli en décembre 2008 de <http://www.safety-council.org/info/community/suicide.html>
- Cooper, M., Flanagan, M., Talley, A., & Micheas, L. (2006). Individual Differences in Emotion Regulation and Their Relation to Risk Taking During Adolescence. Dans Snyder, Douglas K (Ed); Simpson, Jeffrey (Ed); Hughes, Jan N (Ed). *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. (pp. 183-203). xiv, 332 pp. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Corrigan, P. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies, the Behavior Therapist, 24, 189–193.
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Crowell, S., Beauchaine, T., & Linehan, M. (2009). Biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Dahl, A. (2008). Controversies in diagnosis, classification and treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 78-83.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465.
- de Groot, E., Verheul, R., Trijsburg, R. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 332-352.
- Denaro, J. (2008). *Effectiveness of dialectical behavior therapy in the treatment of adolescent girls with borderline personality features in an outpatient community mental health setting*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(8-B), pp. 5564.
- Denton, R., & Sears, R. (2009). The clinical uses of mindfulness. Dans Allen, Jeffery B (Ed); Wolf, Eve M (Ed); VandeCreek, Leon (Ed). *Innovations in clinical practice: A 21st century sourcebook, Vol 1. (pp. 135-148)*. xi, 318 pp. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Didonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer Science and Media. New York.
- Etre, L. (2008). *Dialectical behavior therapy and adolescent bulimia nervosa: The development of an interpersonal skills module*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(12-B), pp. 8394.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.

- Favazza, A., & Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 134-140.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*(1), 51-68.
- Fidalgo, T., da Silveira, E., & da Silveira, D. (2008). Psychiatric comorbidity related to alcohol use among adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*(1), 83-89.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., & Schulz, E. (2005). Suicidal, parasuicidal and self injurious behavior in patients with borderline symptoms. First data of a pilot study on dialectical-behavioral therapy for adolescents (DBT-A). *Kindheit und Entwicklung, 14*(2), 112-127.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21.
- Glenn, C., & Klonsky, D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 25-29.
- Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A. & Bunney, W. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. xv, 496 pp. Washington, DC, US: National Academies Press.
- Goldstein, T., Axelson, D., Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-years open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(7), 820-830
- Goldston, D., Daniel, S, Erkanli, A., Reboussin, B, Mayfield, A., Frazier, P, & Treadway, S. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 281-290.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386-405.
- Gratz, K. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091-1103.
- Gratz, K., Tull, M., & Wagner, A. (2005). Applying DBT Mindfulness Skills to the Treatment of Clients with Anxiety Disorders. Dans Orsillo, Susan M (Ed); Roemer, Lizabeth (Ed). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (pp. 147-161). xvii, 375 pp. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

- Grunbaum J., Kann L., Kinchen S., et al. (2004). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2003. *MMWR CDC Surveillance Summary*, 53(SS2), 1–96.
- Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136-143.
- Harned, M., Banawan, S., & Lynch, T. (2006). Dialectical Behavior Therapy: An Emotion-Focused Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 67-75.
- Harnett, N. (1989). Conduct Disorder in Childhood and Adolescence: An Update. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2 (2), 74-77.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate self-harm in young people: Characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(10), 1574-1583.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704.
- Hill, D. (2009). *Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A randomized controlled trial*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 69(7-B), pp. 4424.
- Hilt, L., Nock, M., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455–469.
- Hilt, L. M., Cha, C. B., Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress–function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 63–71.
- Holmbeck, G., Friedman, D., Abad, M., & Jandasek, B. (2006). Development and Psychopathology in Adolescence. Dans Wolfe, D. (Ed); Mash, E. (Ed). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 21-55). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Hopwood, C. (2006). Brief Treatments for Borderline Personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 269-283.

- Hyman, S. (2002). A new beginning for research on borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 51(12), 933-935.
- James, A, Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 148-152.
- Jaunay E., Consoli, A., Greenfield, B., Guile, J., Mazet, P., & Cohen D. (2006). Treatment Refusal in Adolescents with Severe Chronic Illness and Borderline Personality Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 135-142
- Johnson, J., Cohen, P., Skodol, A., Oldham, J., Kasen, S., & Brook, J. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 805-811.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York : Dell.
- Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S., & Miller, A. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
- Katz, L., Cox, B., & Miller, A. (2008). "Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: Treatment and prevention:" Comment. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 53(2), 134.
- Kernberg, O., Yeomans, F., Clarkin, J., & Levy, K. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Kernberg, O. (1988). Object relations theory in clinical practice. *Psychoanalytic Quarterly*, 57(4), 481-504.
- Kessler R., & Walters E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression among Adolescents and Young Adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. (2005), Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kirby, J., & Baucom, D. (2007). Treating emotion dysregulation in a couples context: A pilot study of a couples skills group intervention. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(3), 375-391.

- Kollappallil, M. (2007). *Borderline personality disorder in adolescents: Subtypes and their perceptions of dialectical behavior therapy*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 67(9-B), pp. 5410.
- Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, J., Bishop, G., Butterfield, M., & Bastian, L. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kristeller, J., Baer, R., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. Baer, Ruth A (Ed). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (pp. 75-91). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Le Petit Robert (2004). Paris. SNL.
- Levy, K., Clarkin, J., Foelsch, P., & Kernberg, O. (2004). Transference focused psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: A comparison with a treatment-as-usual cohort. Manuscript soumis pour publication. Dans Levy, Kenneth N; Clarkin, John F; Yeomans, Frank E; Scott, Lori N; Wasserman, Rachel H; Kernberg, Otto F.(2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K., Clarkin, J., Yeomans, F., Scott, L., Wasserman, R., & Kernberg, O. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J., & Kernberg, O. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.
- Lewinsohn, P., Seeley, J., Klein, D. (2003). Bipolar disorder in adolescents: epidemiology and suicidal behaviour Dans: Geller B, Del Bello M.,Ed. *Child and early adolescent bipolar disorder*. New York: Guilford; 342 pp.
- Linehan M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan M. (1993b). *Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.
- Linehan M., Comtois K., Murray A., Brown M., & Gallop R. (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, 62*, 1 -10.
- Linehan M., Heard H, & Armstrong H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971 – 74.
- Linehan M., Schmidt H, Dimeff L., Craft J., Kanter J, & Comtois K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addiction, 8*, 279-92
- Linehan M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. and Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives General Psychiatry, 63*, 757-766.
- Linehan, M., & Dexter-Mazza, E. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Dans Barlow, David H (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.)*. (pp. 365-420). New York, NY, US: Guilford Press.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M. & MacLeod, A. (2001). The Treatment of Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behaviour Therapy: A Pilot Study in a High Security Hospital. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy, 29(1)*, 85-92.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181-205.
- Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J., & Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology, 62(4)*, 459-480.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181-205.

- Martens, W. (2005). Therapy on the Borderline: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 8(4), 5-12.
- Mash, E., & Dozois, D. (2003). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. Dans Mash, E., (Ed); Barkley, R., (Ed). *Child psychopathology* (2nd ed.). (pp. 3-71). xiv, 802 pp. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Dannegger, E., & Jacob, G. (2005). Application of dialectical behavior therapy in in-patient treatment for alcohol dependency. *Nervenarzt*, 76(3), 339-343.
- McCabe, E., LaVia, M., & Marcus, M. (2004). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders. Dans Thompson, J. Kevin (Ed). (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. (pp. 232-244). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- McCallum, K. (1993). Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 480-485.
- McMahon, R., & Kotler, J. (2006). Conduct Problems. Dans Wolfe, D. (Ed); Mash, E., (Ed). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 153-225). New York, NY, US: Guilford Publications.
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- Messer, J., & Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- Miller, A. L., Koerner, K., & Kanter, J. W. (1998). Dialectical behavior therapy: Part II. Clinical application of DBT for patients with multiple problems. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4(2), 84-101.
- Miller, A., Muehlenkamp, J., & Jacobson, C. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. 346 pp. New York, NY, US: Guilford Press.
- Miller, T., & Kraus, R. (2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 79-85
- Moore, P., Mariashkin, A., March, J., & Franklin, M. (2007). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: diagnosis, comorbidity, and developmental factors. Dans: Storch, E., Geffken, G.,

- et Murphy, T., (2007). *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. xvi, 415 pp. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- National Institute of Mental Health (2009). *Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention*. Receuilli le 15 janvier 2009 <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml>
- Nelson-Gray, R., Keane, S., Hurst, R., Mitchell, J., Warburton, J., Chok, J., & Cobb, A. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811-1820.
- Nock, M., Teper, R., & Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injuring among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1081-1089.
- Ost, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1091-1104.
- Pascual, J., Corcoles, D., Castano, J., Gines, J., Gurrea, A., Martin-Santos, R., Garcia-Ribera, C., Perez, V., & Bulbena, A. (2007). Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 58, 1199-1204.
- Peterson B., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R., & Lewis M. (1996). Risk factors for presenting symptoms in child psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1162-1173.
- Portzky, G., & van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Current opinion in psychiatry*, 20 (4), 337-342.
- Rathus, J. H., Cavuoto, N., & Passarelli, V. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT): A mindfulness-based treatment for intimate partner violence. Dans R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 333-358). Amsterdam: Elsevier.
- Rathus, J., & Miller, A. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L., & Udry, J. (1997). Protecting adolescents from harm:

- Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Roberts, R., Roberts, C., Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959-967.
- Robins, C. (2000). Response: Expanding applications of dialectical behavior therapy: Prospects and pitfalls. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 481-484.
- Roemer, L., Salters-Pedneault, K., & Orsillo, S. (2006). Incorporating Mindfulness- and Acceptance-Based Strategies in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Dans Baer, Ruth A (Ed). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (pp. 51-74). xv, 424 pp. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. [Book; Edited Book]
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkühl, U., & Korte, A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/BN) -- a pilot study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(2), 91-108.
- Safer, D., Lock, J., & Couturier, J. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.
- Salsman, N., & Linehan, M. (2006). Dialectical Behavioral Therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51-58
- Scheel, K. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 68-86.
- Servos, S. (2009). *The effectiveness of dialectical behavioral therapy for a male residential sex predator psychiatric population*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69(8-B), pp. 5056.
- Shingler, J. (2004). A process of cross-fertilization: What sex offender treatment can learn from dialectical behaviour therapy. *Journal of Sexual Aggression. Special Issue: Treatment & Treatability*, 10(2), pp. 171-18.
- Schmidt, U., & Davidson, K. (2004). *Life after self-harm*. Hove, East Essex: Brunner. Routledge
- Siever, L., Torgersen, S., Gunderson, J., Livesley, W., & Kendler, K. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51, 964-968.
- Simon, R. (2004). *Assessing and managing suicide risk: Guidelines for clinically based risk management*. xix, 234 pp. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..

- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W., & Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*, 936-950.
- Smalley, S., McGough, J., Moilanen, I., Loo, S., Taanila, A., Ebeling, H., Hurtig, T., Kaakinen, M., Humphrey, L., McCracken, J., Varilo, T., Yang, M., Nelson, S., Peltonen, L., & Jarvelin, M. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(12), 1575-1583.
- Smith, L., & Peck, P. (2004). Dialectical Behavior Therapy: A Review and Call to Research. *Journal of Mental Health Counseling, 26*(1), 25-38.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal Consulting Clinical Psychology, 75*, 104-115.
- Statistiques Canada (2009). *Suicides et taux de suicides selon le sexe et l'âge*. Recueilli en décembre 2008, de <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>
- Sunseri, P. (2004). Preliminary Outcomes on the Use of Dialectical Behavior Therapy to Reduce Hospitalization Among Adolescents in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth, 21*(4), 59-76.
- Trull, T., Widiger, T., & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(1), 40-48.
- Turner, R. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(4), 413-419.
- Van den Bosch, L., Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1231 – 1241.
- Verheul, R., van den Bosch, L., Koeter, M., de Ridder, M., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*(2), 135-140.
- Wagner, K. (2001). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(1), 139-153.

- Wagner, A., & Linehan, M. (2006). Applications of Dialectical Behavior Therapy to Posttraumatic Stress Disorder and Related Problems. Dans Follette, Victoria M (Ed); Ruzek, Josef I (Ed). *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed.). (pp. 117-145). New York, NY, US: Guilford Press.
- Wagner, A., Rizvi, S., & Harned, M. (2007). Applications of Dialectical Behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 391-400.
- Weinberg, I., Gunderson, J., Hennen, J., Cutter, & Christopher, J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 20*(5), 482-492.
- Wenzel, A., Chapman, J., Newman, C., Beck, A., & Brown, G. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 503-516.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry, 160*(5), 952-966.
- Wisniewski, L., Safer, D., & Chen, E. (2007). Dialectical behavior therapy and eating disorders. Dans Dimeff, Linda A (Ed); Koerner, Kelly (Ed). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. (pp. 174-221). New York, NY, US: Guilford Press.
- Wolfe, D., & Mash, E. (2006). Behavioral and Emotional Problems in Adolescents: Overview and Issues. Dans: Wolfe, D. (Ed); Mash, E. (Ed). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 3-20). xvi, 719 pp. New York, NY, US: Guilford Publications.
- Wupperman, P., Neumann, C., & Axelrod, S. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties. *Journal of Personality Disorders, 22*(5), 466-482.
- Young, J. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Rev ed. Sarasota, Fla: Professional Resource Press;
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Khera, G., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 144-150
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733-1739.

- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108–2114
- Zanarini, M., Frankenburg F., Reich D., Marino, M., Lewis RE, Williams, A., & Khera, G. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14, 264 – 273.

Chapitre III

ARTICLE II

Programme en milieu pédiopsychiatrique de Thérapie Comportementale Dialectique pour adolescentes: une série d'études de cas

Martin Jodoin St-Onge, M.Ps
Institut Douglas
Université McGill
Université du Québec À Montréal

Valentin Mbekou, Ph.D
Institut Douglas
Université McGill
Université du Québec À Montréal

Jacques Forget, DPs
Université du Québec À Montréal

Johanne Renaud, MD
Institut Douglas
Université McGill

Philippe Lageix, MD
Institut Douglas
Hôpital Rivière-des-Prairies
Université McGill
Université de Montréal

Théodora Mikedis, MSW
Institut Douglas
Université McGill

Au cours des dix dernières années, un intérêt marqué a été observé dans l'adaptation de la thérapie comportementale dialectique (ang. *Dialectical Behaviour Therapy, DBT*) pour un ensemble de psychopathologies à l'adolescence dont les troubles automutilatoires (Greenberg, 2004; Nock, Teper & Hollander, 2007), les comportements suicidaires (Katz, Gunasekara & Miller, 2002) ainsi que les difficultés associées au trouble de personnalité limite (Denaro, 2008). Des auteurs comme Miller, Rathus & Linehan (2007) ont articulé le programme DBT pour le rendre accessible aux cliniciens désirant utiliser cette forme d'intervention pour adolescents suicidaires. Cette étude présente une adaptation du programme DBT réalisée auprès de 10 adolescentes et offre une réflexion en ce qui concerne la pertinence clinique de ce programme.

La thérapie comportementale dialectique (angl. *Dialectical Behaviour Therapy, DBT*) est un modèle d'intervention clinique développé par Linehan (1993a) pour des femmes adultes présentant un trouble de personnalité limite (TPL) avec comportements suicidaires et parasuicidaires. Il existe plusieurs techniques d'intervention dans le traitement du TPL dont la thérapie par mentalisation (Fonagy & Bateman, 2008), la thérapie centrée sur le transfert (Levy & al., 2006), l'intervention pharmacothérapeutique (Perrella, Carrus, Costa & Schifano, 2007) et l'approche cognitivo-comportementale (Wenzel, Chapman, Newman, Beck & Brown, 2006). Toutefois, l'ensemble des méta-analyses notent que plusieurs études présentent des problèmes méthodologiques alors que d'autres n'engendrent qu'une amélioration clinique marginale à court et à moyen terme (Tyrer, 2002; Kullgren, 1992; Linehan, 1993a).

Cela dit, de nombreuses études confirment l'efficacité de la DBT auprès d'adultes présentant un TPL ainsi que des comportements d'automutilation ou suicidaires (Verheul et al., 2003; Linehan, Comtois, Murray, Brown & Gallop, 2006; Anthony, 2008). Spécifiquement, des études sur l'efficacité de la DBT démontrent que cette thérapie diminue la fréquence et la sévérité de comportements parasuicidaires, (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Koons et al., 2001), des gestes et des idéations suicidaires (Linehan et al., 1991, Linehan, Tutek, Heard & Armstrong, 1994; Turner, 2000), des sentiments de dépression et de désespoir (Linehan et al. 1991, 1994; Koons et al. 2001), des comportements d'impulsivité et améliore les relations interpersonnelles (Miller, Wyman, Huppert, Glassman & Rathus, 2000). En outre, cette thérapie permet une diminution significative du nombre de jours d'hospitalisation (Linehan et al., 1991), permet de maintenir les patients dans leur démarche thérapeutique (Linehan et al. 1991; Verheul et al., 2003) et améliore leur fonctionnement globale (Turner, 2000). Le succès de la DBT découle de l'enseignement de plusieurs habiletés dont la résolution de problèmes (Bray, Barrowclough & Lobban, 2007), la centration (Wupperman, 2007; Huss & Baer, 2007), la régulation des émotions et l'efficacité interpersonnelle (Fall & Craig, 1998; Talley, 2006; Gratz & Gunderson, 2006). Pour une présentation détaillée de la DBT, le lecteur est convié à consulter Linehan (2000), Mehran (2006), et Page, Salamat et Toth (2007).

Miller, Rathus et Linehan (2007) ont adapté la DBT pour une population adolescente présentant des comportements suicidaires et automutilatoires. Bien qu'il semble que la DBT soit efficace dans le traitement de ces difficultés pour cette population, nous dénombrons peu d'études dans ce domaine et celles qui existent présentent plusieurs faiblesses méthodologiques : de petits

échantillons, des disparités quant aux troubles et difficultés co-occurentes. Comme le souligne Feigenbaum (2007), il est de mise de poursuivre des études dont l'objectif est d'étudier les effets de la DBT auprès d'une clientèle adolescente.

Objectifs

Les objectifs de cette étude sont d'examiner la faisabilité d'implantation en pédopsychiatrie d'un programme de thérapie comportementale dialectique pour adolescentes, de présenter une série d'études de cas, d'identifier les effets du programme sur une série de variables psychologiques et comportementales et de présenter une réflexion clinique sur la pertinence clinique de ce programme.

Méthode

Cette section vise à présenter les participantes de cette étude, le processus de recrutement et de sélection, les mesures diagnostiques, les mesures d'efficacité et de processus ainsi que les phases de traitement du programme DBT.

Participants

Les participants de cette étude sont 12 adolescentes (6 francophones et 6 anglophones) satisfaisant les critères d'inclusion usuellement associés au programme DBT: être âgée de 14 à 17 ans, ne présenter aucune déficience intellectuelle et consentir à compléter le programme d'intervention.

Recrutement et consentement

Afin d'être admises au programme DBT, les participantes doivent présenter des éléments diagnostiques d'un trouble de personnalité limite avec présence de comportements d'automutilation ou suicidaires et ce, pendant les six derniers mois. Une fois admises, les familles obtiennent un résumé du protocole de recherche, une copie du formulaire de consentement et une rencontre avec un membre de l'équipe de recherche pour valider leur compréhension de l'étude et de ses objectifs et, par conséquent, s'assurer d'un consentement éclairé. Le praticien contacté explique les exigences de l'étude, c'est-à-dire (a) permettre aux auteurs de cette étude d'avoir accès au dossier psychiatrique afin de relever toutes informations diagnostiques jugées pertinentes, (b) informer la participante qu'elle aurait à répondre à trois reprises distinctes à un ensemble de questionnaires qui évaluent les difficultés

et les acquis du programme. Une copie du protocole de recherche et du consentement est remise aux familles.

Description des participantes

Au cours du programme, deux participantes se sont retirées de l'étude : une a été réorientée à une autre équipe d'intervention, vu un arrêt complet de sa scolarisation, l'autre n'a pas complété les mesures d'efficacité. Voici une présentation abrégée de chacune des participantes et de leurs difficultés.

Participante 1: Adolescente de 15 ans, habitant avec sa mère biologique et son père adoptif, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'automutilation, des comportements suicidaires, des troubles d'anxiété, d'insomnie et de boulimie. Celle-ci a été hospitalisée à plusieurs reprises pour des tentatives de suicide. Lors de sa dernière hospitalisation, elle aurait été victime de viol et d'intimidation par un patient. La participante relate craindre de se retrouver seule, être incapable de dormir dans le noir et avoir des pensées récurrentes, obsédantes et intrusives quant à son agression sexuelle.

Participante 2: Adolescente de 16 ans, résidant dans un Centre Jeunesse et référée pour des difficultés d'impulsivité, d'automutilation et des comportements suicidaires. Elle rapporte avoir fait plusieurs tentatives de suicide (vu ses difficultés avec sa mère et ses pairs), s'être créé un monde imaginaire dans lequel elle se réfugie la majeure partie de son temps afin de fuir les difficultés de sa vie quotidienne. Elle rapporte avoir peu d'amis et se frapper souvent le visage, étant donné qu'elle dit se détester, haïr son apparence physique, ses goûts et vouloir se punir.

Participante 3: Adolescente de 17 ans habitant avec sa demi-sœur, référée pour de difficultés d'impulsivité, d'automutilation, des comportements suicidaires et oppositionnels. L'adolescente fut adoptée suite au décès de sa mère (problèmes de toxicomanie) et a demeuré pendant dix ans dans sa famille adoptive. Suite à ce qu'elle dénonce les abus sexuels dont elle fut victime de la part de son père adoptif, sa mère adoptive aurait coupé tout lien avec elle. La participante fut hospitalisée à plusieurs reprises pour des tentatives de suicide.

Participante 4: Adolescente de 17 ans, habitant avec ses deux parents, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'agressivité, d'automutilation, des comportements suicidaires et des relations

interpersonnelles chaotiques. La participante rapporte vivre beaucoup de désespoir quant à l'échec d'une relation amoureuse antérieure. Elle aurait été hospitalisée à plusieurs reprises pour des tentatives de suicide, en lien avec des conflits avec son groupe d'amis. La participante dit vivre beaucoup de rejet de ses proches.

Participante 5: Adolescente de 15 ans, habitant avec sa mère et son beau-père, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'automutilation, d'agressivité, des comportements suicidaires ainsi que des relations interpersonnelles chaotiques. La participante ne fréquente plus l'école depuis quelques mois. Celle-ci rapporte avoir été victime d'attouchements par un étranger alors qu'elle était âgée de 7 ans et avoir été agressée sexuellement par un ami quelques semaines avant son admission au programme.

Participante 6: Adolescente de 15 ans, habitant avec son père et sa belle-mère, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'automutilation ainsi que des comportements oppositionnels et suicidaires. Celle-ci relate que ses problèmes ont été exacerbés récemment par : la séparation de ses parents et son propre diagnostic récent de diabète. Depuis les derniers mois, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour des épisodes d'automutilation et de tentatives de suicide.

Participante 7: Adolescente de 14 ans, hébergée en Centre Jeunesse, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'agressivité, d'automutilation (présente depuis l'âge de cinq ans et exacerbée par la mort accidentelle de son petit frère), de tentatives de suicide, d'opposition ainsi que des relations interpersonnelles chaotiques. Des états micro-psychotiques font également partie du tableau clinique.

Participante 8: Adolescente de 16 ans, habitant avec sa mère et son beau-père, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'agressivité, des relations interpersonnelles chaotiques, d'automutilation et des comportements suicidaires. Depuis l'âge de deux ans, elle a reçu de manière intermittente des services de cliniques psychiatriques. Son père est décédé d'un cancer (les soins palliatifs auraient été administrés à la maison) alors qu'elle était âgée de 10 ans.

Participante 9: Adolescente de 14 ans, habitant avec ses parents, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'automutilation, d'attaques de panique et des comportements suicidaires. Insomnie, idées obsédantes, anxiété, dépression, hallucinations visuelles font également partie du tableau

clinique. La participante rapporte avoir été victime de viol à deux reprises, dont l'un était un viol collectif par quatre garçons.

Participante 10: Adolescente de 16 ans, habitant avec sa mère biologique et le conjoint de cette dernière, référée pour des difficultés d'impulsivité, d'agressivité, d'automutilation, suicidaires et des comportements oppositionnels. Toxicomanie, faible estime de soi, difficulté avec son image corporelle et à faire confiance à autrui font également partie du tableau clinique. La participante rapporte avoir été victime d'un viol.

Instruments

Ce projet de recherche implique l'utilisation de trois groupes d'instruments : (1) des mesures diagnostiques afin d'éclaircir les traits TPL, (2) des mesures d'efficacité afin d'évaluer la progression clinique des participantes, et (3) des mesures de processus afin de mesurer les variables associées aux participantes et aux thérapeutes qui pourraient avoir un effet sur l'efficacité de la thérapie.

Mesures diagnostiques

Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Cet inventaire de personnalité comporte 160 énoncés vrai ou faux et consiste en 31 échelles procurant aux cliniciens de l'information au sujet de divers syndromes cliniques. Pinto et Grillo (2004), rapportent une bonne consistance interne entre les échelles du MACI ($0,71 \leq \alpha \leq 0,93$) ainsi qu'une bonne validité pratique associée avec un diagnostic du DSM-IV (é.t. = 17,35 à 28,79). De nombreux auteurs dont Velting, Rathus et Miller (2000) démontrent l'utilité de cet outil dans la compréhension clinique du TPL.

Abbreviated Diagnostic Interview For Borderlines (Ab-DIB). Révisé et abrégé par Guilé, Greenfield, Berthiaume, Chapdelaine et Bergeron (2009) dans une version de 26 énoncés, cet instrument est une entrevue semi-structurée qui facilite le dépistage d'un TPL en évaluant les sphères de l'affect, de la cognition, de l'impulsivité et des relations interpersonnelles. Atlas et Postelnek (1994) rapportent une excellente fiabilité clinique dans le dépistage du TPL. De nombreux auteurs dont Middleton (2005) utilisent cet instrument pour le recrutement et la sélection de participants ayant un TPL.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders: Module trouble de personnalité limite (SCID-II). Entrevue semi-structurée qui comporte 119 énoncés regroupés parmi les 10 troubles de personnalité à l'axe II du DSM-IV. Puisque cet instrument vise à préciser le diagnostic psychiatrique quant à l'ensemble des troubles de personnalité, seule la section portant sur le trouble de personnalité limite est administrée. Skodol, Rosnick, Kellman et Oldham (1988) rapportent une puissance diagnostique variant de 0,45 à 0,95. De nombreux auteurs dont Jacobo, Blais, Baity et Harley (2007) confirment l'utilité de cet instrument dans le processus diagnostique du TPL.

Child Behaviour Check List (CBCL) et Youth Self Report (YSR). Instrument qui comporte deux questionnaires dont l'un est répondu par le parent et l'autre par l'adolescente. Les réponses recueillies sur une échelle Likert en format de trois points fournissent au clinicien de l'information au sujet des difficultés internalisées et externalisées. Achenbach (1991) rapporte que le questionnaire de l'adolescent possède une bonne fiabilité test-retest (0,47 à 0,79) alors que le questionnaire des parents présente un coefficient de fiabilité de 0,84 pour les problèmes comportementaux.

Les mesures d'efficacité

Beck Depression Inventory (BDI-II). Cet instrument comporte 21 énoncés à choix multiples et fournit de l'information au sujet des comportements et des symptômes dépressifs tels l'irritabilité, le pessimisme, l'insatisfaction de vie et les idées suicidaires. En ce qui concerne les qualités psychométriques, Beck, Steer et Garbin (1988) rapportent une bonne consistance interne ($0,73 \leq \alpha \leq 0,92$) et un bon indice de test-retest ($r = 0,90$).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). Ce questionnaire comporte 10 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de quatre points mesurant l'acceptation et l'estime de soi du participant. Dans une série de quatre études, Vallières et Vallerand (1990) rapportent une bonne corrélation test-retest ($r = 0,85$).

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). Ce questionnaire comporte 39 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de cinq points et fournit au clinicien de l'information au sujet des habiletés du participant d'observer des réactions internalisées et externalisées, de décrire et d'identifier des émotions, d'agir consciemment dans une situation et

d'accepter sans juger. Baer, Smith et Allen (2004) rapportent une bonne consistance interne ($0,83 \leq \alpha \leq 0,91$) et une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,78$).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Ce questionnaire comporte 36 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de cinq points et mesure chez les répondants leur capacité de reconnaître, comprendre, accepter et gérer leurs émotions ainsi que leur contrôle de l'impulsivité. Gratz et Roemer (2004) rapportent de bons indices de consistance interne ($\alpha = 0,93$) et de fiabilité test-retest ($r = 0,88$).

Self-Harm Behaviour Questionnaire (SHBQ). Cet instrument a une forme d'entrevue semi-structurée sur les comportements suicidaires et automutilatoires. Gutierrez, Osman, Barrios et Kopper (2001) rapportent une bonne consistance interne ($\alpha = 0,94$) et de bonnes mesures de corrélation avec d'autres instruments comme l'Adult Suicidal Ideation Questionnaire (0,77).

Adolescent Anger Rating Scale (AARS). Ce questionnaire comporte 41 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de quatre points et mesure l'intensité et la fréquence de l'agressivité instrumentale et réactive ainsi que la capacité globale du participant de maîtriser sa colère. McKinnie et Kromrey (2001) rapportent une bonne consistance interne ($0,70 \leq \alpha \leq 0,83$) et une fiabilité test-retest adéquate ($r = 0,64$).

Inventory of Interpersonal problems (IIP-32). Abrégé par Barkham, Hardy et Startup (1996) en une version de 32 énoncés; les réponses des participants sont recueillies sur une échelle Likert en format de cinq points qui mesurent les problèmes interpersonnels et la détresse. Ces auteurs rapportent une bonne consistance interne ($0,64 \leq \alpha \leq 0,87$) ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,69$).

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Cette version révisée comporte 30 énoncés dont les réponses des participants sont recueillies sur une échelle Likert en format de quatre points et mesure l'impulsivité cognitive, motrice et du manque de planification. En ce qui concerne les qualités psychométriques, Patton et Stanford (1995) rapportent une consistance interne acceptable ($\alpha = 0,89$) des facteurs de premier ordre du BIS-10.

Social Problem Solving Inventory – Revised (SPSI-R). Questionnaire de 52 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de cinq points qui mesure les habiletés de résolution de problèmes dans les sphères de la cognition, de l'affect et des comportements. Le clinicien obtient de l'information quant aux capacités du client à définir un problème, produire des solutions alternatives, prendre des décisions et implanter une solution. Sadowski, Moore et Kelley (1994) rapportent une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,90$).

Les mesures de processus

Clinical Global Impression (CGI). Cet outil est utilisé afin d'observer la sévérité d'une maladie et l'amélioration clinique. Le CGI est constitué de trois énoncés: sévérité de la maladie, amélioration globale et un index d'efficacité. Les réponses sont recueillies sur une échelle Likert quant à l'amélioration clinique. Un accord inter-juge est alors obtenu entre les cliniciens. Perez et al. (2007) rapportent une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,85$).

Working Alliance Inventory (WAI-S). Ce questionnaire est composé de 12 énoncés dont les réponses sont recueillies sur une échelle Likert en format de sept points qui mesurent l'alliance thérapeutique. Il existe trois versions du WAI : thérapeute, client et témoin. Aux fins de cette étude, le thérapeute principal et le client remplissent cet inventaire. Horvath et Greenberg (1986) rapportent de bonnes consistances internes pour la version client ($\alpha = 0,91$) et pour la version thérapeute ($\alpha = 0,87$).

Procédure

Schème expérimental

Une série d'études de cas suivant un schème expérimental A-B-B' a été utilisé. La cueillette de données a été effectuée à trois périodes distinctes : TEMPS A (lors du stade d'orientation), TEMPS B (après 10 semaines du début du stade du traitement DBT) et TEMPS B' (après 20 semaines). Comme le schème expérimental se veut à mesures répétées, ce sont les mêmes mesures d'efficacité et de processus qui ont été administrées à chaque participante aux trois reprises.

Programme DBT

Le programme d'intervention DBT offert aux familles respecte le format proposé par Linehan (1993a) ainsi que Miller et al. (2007). Il vise l'enseignement d'habiletés aux participantes et leur famille afin de permettre un meilleur contrôle de l'affect, de développer des relations plus harmonieuses, d'augmenter l'estime de soi et de diminuer la fréquence de comportements autodestructeurs. Les membres de l'équipe DBT ont établi une structure pour les thérapies individuelles, de groupe et de travail d'équipe. Voici le cheminement d'une adolescente au programme. Pour une présentation détaillée de la thérapie comportementale dialectique, de ses bases théoriques, de son adaptation à diverses clientèles ainsi que les études portant sur son efficacité dans le traitement du TPL, voir Jodoin St-Onge et al. (2009).

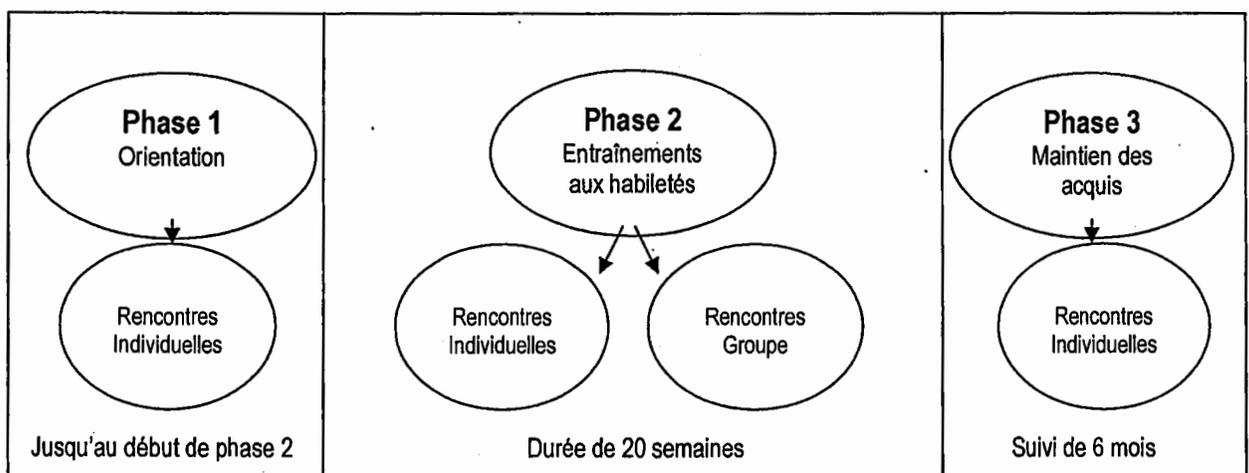


Figure 1 Phases de traitement du programme DBT

Phases de traitement du programme DBT

Phase 1 : orientation au programme

La première de trois phases de traitement consiste en : (a) l'attribution d'un thérapeute principal et mise en lien avec les autres intervenants impliqués, (b) la construction du lien thérapeutique avec la famille, (c) l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé, (d) la surveillance clinique accrue

des comportements suicidaires et parasuicidaires ainsi que la gestion de crises. Examinons chacune de ces quatre fonctions en détail.

La première fonction de la phase d'orientation : rencontrer les intervenants impliqués de Centres Jeunesse, des Centres de Santé et Services Sociaux ainsi que de la Protection de la Jeunesse afin de les familiariser avec la clinique DBT et de préciser leur rôle de soutien. Le souci de préserver la confidentialité, le refus de la patiente de permettre aux intervenants DBT de communiquer avec les autres professionnels, les protocoles d'intervention adoptés par les Centres Jeunesse qui sont parfois divergents et contradictoires de l'esprit du programme DBT et la triangulation de la patiente envers les intervenants sont des obstacles qui rendent la collaboration interinstitutionnelle difficile.

La deuxième fonction : la construction d'un lien thérapeutique positif avec la famille. Plusieurs auteurs rapportent que l'alliance thérapeutique avec cette clientèle peut s'avérer ardue, mais essentielle au changement (Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007; Linehan, 1993a) et lors de crises suicidaires pour freiner le passage à l'acte (Simon & Hales, 2003). Les familles sont souvent référées au programme suite à une consultation médicale à l'urgence d'un hôpital pour une tentative de suicide ou d'un épisode d'automutilation. Le découragement de ces familles et leur cynisme quant à l'efficacité du programme est commun et compréhensible, compte tenu de la répétition des drames malgré leur implication et les services reçus. Ayant répété leur vécu pénible à plusieurs professionnels, ils sont davantage réfractaires à l'implication d'une nouvelle équipe d'intervenants et à un engagement à long terme à un autre programme d'intervention. Ainsi, le clinicien DBT doit créer une alliance thérapeutique avec la famille et l'amener à croire à l'efficacité de cette thérapie. De plus, le clinicien, étant conscient que la motivation des adolescentes fluctue et engendre un arrêt prématuré de la thérapie (Bornovalova & Daughters, 2007), doit continuellement travailler pour consolider l'implication.

La troisième fonction : élaborer un plan d'intervention individualisé (PII) afin d'établir les cibles thérapeutiques. Comme le proposent Miller, Rathus et Linehan (2007), l'objectif premier est la réduction de gestes suicidaires, automutilatoires et de comportements qui interfèrent avec la qualité de vie (drogues, relations sexuelles non protégées, comportements criminels). Par la suite, le thérapeute axe ses interventions sur la réduction de la réactivité émotionnelle, l'augmentation de la capacité de

validation de soi, l'établissement d'objectifs réalistes, une mobilisation accrue de la résolution de ses problèmes et une meilleure capacité de communiquer ses émotions.

La quatrième fonction : gérer les crises pouvant survenir avant le début du module de la thérapie de groupe, tel un placement en Centre Jeunesse. Le thérapeute doit alors intervenir auprès de la patiente et sa famille en facilitant la transition et en conservant son lien thérapeutique privilégié.

Ainsi cette phase consiste en des rencontres individuelles hebdomadaires avec le thérapeute principal, dont les buts sont de familiariser les participantes avec la démarche DBT et adresser leurs préoccupations. De plus, ces dernières permettent aux parents, qui en font la demande, de participer à une de ces rencontres pour discuter de sujets conflictuels avec leur adolescente. La phase d'orientation perdure jusqu'au début des thérapies de groupe.

Phase 2 : entraînement aux habiletés par la thérapie de groupe

De format interactif, les familles apprennent cinq groupes d'habiletés qui se retrouvent en cinq modules : (1) capacité de centration, (2) régulation des émotions, (3) efficacité interpersonnelle, (4) tolérance à la détresse, (5) voie du milieu. Cet apprentissage se réalise via des rencontres de groupe hebdomadaires, d'une durée de deux heures et demi, et s'étalant sur vingt semaines. Au début de chaque session, les parents et les adolescentes pratiquent des exercices de centration axés sur la prise de conscience. Ces exercices permettent d'observer une expérience, de la décrire et d'y participer pleinement, dans le moment présent sans se laisser envahir par les émotions, les pensées négatives, les jugements ou les distractions. Le type d'exercice de centration est en lien avec le thème de la session; certains de ces derniers découlent d'ouvrages dont ceux de Germer, Siegel et Fulton (2005) et Miller et al. (2007). Ces rencontres de groupe permettent également aux participantes et leurs parents un retour sur les devoirs afin d'évaluer le degré d'assimilation des modules enseignés.

Module 1 : Centration

L'objectif de ce module vise le contrôle de l'esprit et favorise une réduction de l'impulsivité cognitive et comportementale par l'enseignement d'habiletés qui consiste à enseigner aux participantes de prendre contrôle de leur esprit en (a) recentrant leur esprit à volonté, (b) développant un sens de

l'observation, (c) prenant une distance raisonnable pour mieux gérer les situations, et (d) contrôlant librement leur esprit.

Module 2 : Régulation des émotions

Les objectifs de ce module sont de permettre aux participantes de (a) comprendre une émotion, (b) cibler les moyens qui visent à diminuer sa vulnérabilité et (c) identifier les moyens qui visent à diminuer sa souffrance émotionnelle. Afin d'y parvenir, nous augmentons le vocabulaire des émotions des participants, leur enseignons les fonctions et le cycle des émotions ainsi que l'importance et l'impact d'un régime de vie sain et équilibré.

Module 3 : Efficacité interpersonnelle

Ce module vise à l'enseignement d'habiletés qui consistent à adopter des comportements efficaces pour atteindre ses buts tout en respectant la relation avec autrui. Les participantes apprennent l'importance de s'affirmer, de solutionner des conflits interpersonnels, de refuser des demandes irraisonnables, d'agir en se sentant compétentes tout en se respectant dans leurs valeurs, et entretenir des interactions harmonieuses avec autrui.

Module 4 : Tolérance à la détresse

Ce module permet aux participantes de trouver une manière d'agir et de réagir dans des situations de détresse et d'impuissance. Les participantes sont invitées à trouver une signification à la détresse, à se centrer sur le moment présent, à pratiquer des techniques de relaxation et d'imagerie, à s'encourager et à s'apaiser avec les cinq sens. Ces habiletés visent principalement les comportements automutilatoires et suicidaires en offrant une avenue différente au soulagement de la détresse (Miller et al., 2007).

Module 5 : Juste milieu

Le dernier module a été développé suite à l'ouvrage de Miller et al. (2007) et n'était pas inclus dans le programme initial de Linehan. Il explique la dialectique et rappelle la notion de validation et de son importance dans le maintien de bonnes relations. Les participantes sont familiarisées aux trois dilemmes dialectiques à l'adolescence: (a) la complaisance excessive et le contrôle autoritaire dans le

style parental, (b) la minimisation des comportements problématiques et la dramatisation des comportements normaux, et (c) la stimulation de l'autonomie et l'encouragement de la dépendance.

Dès le début de la phase 2, des rencontres de groupe de deux heures et demie et des rencontres individuelles d'une heure ont lieu hebdomadairement. Les rencontres de groupe et individuelles sont axées sur le retour de la semaine et sur l'assimilation du matériel DBT enseigné, par le biais de discussions, de jeux de rôles et de devoirs. Les rencontres individuelles se concentrent également sur l'analyse en chaîne des crises survenues pendant la semaine (Miller et al., 2007) et permettent au thérapeute et à l'adolescente de décortiquer les vulnérabilités, les pensées, les émotions, les événements déclencheurs et le rôle des renforcements positifs et négatifs.

Des rencontres d'équipe hebdomadaires ont lieu également afin de revoir et discuter des PII, de la médication, de l'évolution de la patiente et de sa famille. Ces dernières permettent aux cliniciens de ventiler, de préserver leur neutralité de thérapeute et assurer un regard objectif sur les situations cliniques.

Phase 3 : maintien des acquis

L'objectif de cette phase est de graduellement amener la participante à se détacher du thérapeute et à devenir autonome dans sa vie quotidienne. Il est fréquent que des crises surviennent lors de cette étape étant donné que certaines participantes perçoivent l'arrêt de la thérapie comme un autre abandon. Pour assurer le maintien des acquis, après la fin de la thérapie de groupe, les participantes poursuivent des rencontres individuelles pendant 6 mois : les deux premiers mois, les participantes sont vues à un rythme hebdomadaire, les deux mois suivants, aux deux semaines et les deux derniers mois, aux trois semaines.

Résultats

Bien que plusieurs analyses statistiques aient été développées pour des séries d'études de cas, des analyses temporelles sont traditionnellement utilisées. Toutefois, comme le soulignent Mueser, Yarnold et Foy (1991), ces analyses requièrent plusieurs dizaines de séances de collecte de données ainsi que de nombreux points de contraste. Pour une étude qui désire contraster seulement deux temps de mesure pour des séries d'études de cas, de nouvelles analyses sont alors requises

dont celle développée par Yarnold (1988). Cette technique statistique permet d'évaluer le cheminement de participants et se déroule en deux étapes. Il est à noter que la présentation de la section résultats s'inspire des travaux de Mueser et al. (1991).

La première étape consiste à transformer les scores bruts de chacun des participants en scores Z en utilisant la moyenne et l'écart-type de chaque participant. Par exemple advenant qu'un individu complète le Rosenberg Self-Esteem à trois temps distincts, en utilisant la moyenne (X_{RSE}) et l'écart-type (s_{RSE}) des trois temps de mesure, des scores Z-ipsatifs peuvent alors être calculés comme suit: $Z_{RSEj} = (RSE_j - X_{RSE}) / s_{RSE}$ où le sous-script j représente les temps de mesures qui varient de 1 à 3.

Tableau 1
Moyennes et écart-types des participantes aux mesures d'efficacité.

Participante	BDI		RSE		KIMS		DERS		SHBQ		AARS		IIP-32		BIS-11		SPSI-R	
	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET	X	ET
1	27,00	14,51	20,33	5,79	27,42	3,26	111,67	35,49	12,42	1,16	69,67	8,58	10,72	4,14	81,00	8,64	85,00	17,45
2	45,33	9,46	15,33	4,03	20,00	2,07	142,33	10,84	12,92	1,74	94,33	13,57	18,50	1,67	65,00	4,32	69,33	4,64
3	13,67	6,60	19,33	3,86	27,00	3,98	110,67	21,30	14,83	12,34	87,67	9,81	14,00	4,76	64,67	7,59	87,00	11,78
4	53,67	1,89	15,33	0,94	21,83	1,03	152,33	2,87	12,42	1,84	82,00	6,38	21,00	1,14	85,33	6,94	66,00	3,56
5	8,33	0,94	28,00	1,63	34,42	0,96	73,33	9,46	6,33	2,95	54,00	3,56	4,00	4,45	69,00	9,27	111,00	16,39
6	54,67	3,77	12,67	2,05	20,83	0,12	135,33	5,79	15,17	0,24	102,33	2,49	21,67	1,03	90,67	4,03	43,00	4,55
7	12,00	15,58	31,00	9,42	30,17	2,97	88,33	50,73	6,58	1,94	76,67	26,84	21,33	22,84	57,67	13,82	100,33	44,83
8	3,67	2,05	29,67	1,70	28,25	2,81	90,33	13,72	1,22	1,73	89,00	11,22	17,75	19,99	73,67	6,60	105,67	6,94
9	26,00	2,94	25,67	1,25	33,00	1,34	88,00	6,16	15,94	0,67	82,00	2,16	9,00	0,41	66,00	0,82	123,67	4,92
10	6,67	1,70	28,00	2,45	33,25	4,08	107,00	21,46	8,78	1,04	91,00	20,61	12,33	2,04	67,00	14,17	86,33	23,84

AARS: Adolescent Anger Rating Scale; BDI: Beck Depression Inventory; BIS-11: Baratt Impulsiveness Scale; DERS: Difficulties In Emotion Regulation Scale; IIP-32: Inventory of Interpersonal Problems; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; RSE: Rosenberg Self-Esteem; SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire; SPSI-R: Social Problem Solving Inventory

La deuxième étape consiste à identifier pour chaque instrument la différence critique nécessaire, à 95% et bilatérale, pour conclure à une différence critique (DC). En utilisant un indice de test-retest ou de consistance interne pour chacun des instruments, la différence critique est obtenue: $DC = 1,96 [J (1-R)]^{1/2}$, avec $\alpha = 0,05$, bilatéral et dans lequel J représente le nombre de temps comparés (temps 1 et temps 3) et R = coefficient de fidélité de chaque instrument. Ainsi, cette différence critique est nécessaire afin d'évaluer une différence significative entre deux scores Z-ipsatifs.

Tableau 2
Indices de fidélité et différence critique des instruments d'efficacité

Test	Fidélité (R)	Différence critique (DC)
BDI	0,90	0,88
RSE	0,85	1,07
KIMS	0,78	1,30
DERS	0,88	0,96
SHBQ	0,94	0,68
AARS	0,64	1,66
IIP-32	0,69	1,56
BIS-II	0,89	0,92
SPSI-R	0,90	0,88

AARS: Adolescent Anger Rating Scale; BD : Beck Depression Inventory; BIS-II : Baratt Impulsiveness Scale; DERS : Difficulties In Emotion Regulation Scale; IIP-32: Inventory of Interpersonal Problems; KIMS : Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; RSE : Rosenberg Self-Esteem; SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire; SPSI-R: Social Problem Solving Inventory.

Avec les scores Z-ipsatifs et les différences critiques, la dernière étape a consisté à examiner pour chaque instrument le cheminement clinique des participantes.

Mesures d'efficacité

Éléments dépressifs. Mesuré par le BDI-II, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative pour huit participantes. Toutefois, deux d'entre elles rapportent une augmentation significative des éléments dépressifs.

L'estime de soi. Mesuré par le RSE, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative de l'estime de soi pour sept participantes. Toutefois, une participante ne

rapporte aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une diminution significative de l'estime de soi.

Habilité à la centration. Mesuré par le KIMS, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative des habiletés de centration pour cinq participantes. Toutefois, trois participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une diminution significative des habiletés de centration.

Habilité à gérer des émotions. Mesuré par le DERS, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative pour huit participantes quant à leur capacité de gérer et réguler des émotions négatives. Toutefois, deux d'entre elles rapportent une diminution significative de leurs habiletés à réguler leur affect.

Fréquence et sévérité des comportements automutilatoires. Mesuré par le SHBQ, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une diminution significative pour six participantes quant à la fréquence et la sévérité de comportements et idéations automutilatoires. Toutefois, deux participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une augmentation significative de comportements automutilatoires.

Capacité à la gestion et au contrôle de la colère. Mesuré par l'AARS, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative pour cinq participantes quant à leur capacité de gérer leur colère. Toutefois, trois participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une détérioration significative dans leurs habiletés de gérer leurs sentiments et comportements de colère.

Efficacité de la gestion des problèmes interpersonnels. Mesuré par l'IIP-32, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative pour sept participantes en ce qui concerne leur efficacité perçue dans la gestion de leurs difficultés avec autrui. Toutefois, deux participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors qu'une participante rapporte une diminution dans son efficacité de gestion de difficultés avec son entourage.

Indices d'impulsivité. Mesuré par le BIS-11, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative dans la réduction de comportements impulsifs pour sept participantes.

Toutefois, une participante ne rapporte aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une diminution dans leur contrôle de l'impulsivité.

Capacité de résolution de problèmes. Mesuré par le SPSI-R, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent une amélioration significative pour sept participantes pour les habiletés perçues dans leur capacité d'identifier des difficultés, de générer des solutions constructives et de ne pas agir sur le coup de l'impulsivité. Toutefois, deux participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors qu'une participante rapporte une détérioration significative des habiletés de résolution de problèmes.

Mesures de processus

Les mêmes étapes (conversion en scores Z-ipsatifs et identification de la différence critique) sont répétées pour les mesures de processus.

Tableau 3
Moyennes et écart-types des participantes aux mesures de processus

Participante	WAI-T		WAI-P		CGI	
	X	ET	X	ET	X	ET
1	63,67	9,88	79,00	5,10	2,89	0,16
2	64,33	9,29	58,67	13,02	2,92	0,31
3	64,33	6,60	65,33	3,09	2,42	0,42
4	57,33	8,99	64,33	6,13	2,92	0,77
5	67,00	2,45	77,33	2,62	3,33	0,62
6	49,00	17,45	56,00	9,20	2,19	0,14
7	68,00	2,83	73,00	12,83	2,83	0,24
8	68,33	3,77	76,67	2,05	2,50	0,71
9	69,33	5,91	74,00	2,16	2,83	0,24
10	65,00	8,52	74,33	3,09	3,58	0,59

WAI-T: Working Alliance Inventory – thérapeute; WAI-P: Working Alliance Inventory – patient; CGI: Clinical Global Impression

Tableau 4
Indices de fidélité et différence critique des instruments d'efficacité

Test	Fidélité (R)	Différence critique (DC)
WAI-T	0,87	1,00
WAI-P	0,91	0,83
CGI	0,85	1,07

WAI-T: Working Alliance Inventory – thérapeute, WAI-P : Working Alliance Inventory – patient; CGI : Clinical Global Impression

Alliance thérapeutique. Mesuré par le WAI-P, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent que cinq participantes perçoivent une amélioration clinique significative de la relation et l'alliance thérapeutique avec leur thérapeute principal. Toutefois, trois participantes ne rapportent aucune amélioration ou détérioration significative alors que deux participantes rapportent une détérioration significative de l'alliance thérapeutique. Quant à la version thérapeute (WAI-T), les résultats obtenus à cet instrument suggèrent que le thérapeute principal perçoit une amélioration significative de l'alliance thérapeutique pour huit participantes. Toutefois, ce dernier ne rapporte aucune amélioration ou détérioration significative pour une participante et rapporte que la relation s'est détériorée significativement avec une participante.

Amélioration clinique globale. Mesuré par le CGI, les résultats obtenus à cet instrument suggèrent que les membres de l'équipe traitante perçoivent une amélioration clinique significative dans le fonctionnement global pour neuf des participantes alors qu'ils rapportent une détérioration significative dans le fonctionnement global pour une participante.

DISCUSSION

Cette étude présente une adaptation du programme DBT pour une clientèle adolescente et examine la faisabilité d'implantation en milieu pédopsychiatrique. Par l'entremise d'études de cas, les défis d'implantation d'un tel programme et les gains possibles pour les adolescents ayant un trouble de personnalité limite sont examinés.

Confirmation du TPL à l'adolescence

Le premier constat tel que rapporté par Miller, Muehlenkamp et Jacobson (2008) et Middleton (2005) est l'existence d'un groupe d'adolescentes présentant des difficultés comportementales, cognitives et affectives ressemblant étroitement au trouble de personnalité limite observé à l'âge adulte. Ainsi, la réactivité émotionnelle, l'instabilité dans les relations interpersonnelles, la fréquence et l'importance de gestes suicidaires et parasuicidaires, le sentiment de vide et l'identité diffuse sont au cœur du tableau clinique des participantes de cette étude. Les travaux de Winograd, Cohen et Chen (2008) démontrent que ces adolescents qui ont des trajectoires développementales particulières adoptent des styles de vie caractérisés par des interactions interpersonnelles chaotiques, de la frustration et un besoin exhaustif de services professionnels. Par conséquent, comme le soulignent Miller et al. (2007), il est impératif d'intervenir lors de l'adolescence avant que ces difficultés se cristallisent davantage à l'âge adulte ou qu'elles aboutissent à un suicide. Toujours selon ces auteurs, refuser de reconnaître le TPL à l'adolescence enlève les individus à recevoir des traitements peu pertinents ou complètement inappropriés et les prédisposent à des difficultés cliniques ultérieures.

Progrès clinique

Les mesures d'efficacité permettent de constater que les habiletés enseignées en ce qui concerne la tolérance à la détresse, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions ainsi que la centration ont en général un effet positif dans le fonctionnement des participantes et de leurs parents. L'augmentation de l'estime de soi, une meilleure régulation des émotions, un meilleur contrôle de la colère, de meilleures capacités à gérer des conflits interpersonnels, une réduction de l'impulsivité, une diminution d'éléments dépressifs, de gestes suicidaires et parasuicidaires sont rapportés pour l'ensemble de participantes. Ces résultats corroborent plusieurs études (Stanley, Brodsky, Nelson & Dulit, 2007; Rathus & Miller, 2002) et abondent dans le même sens que les travaux de Becker, McGlashan et Grilo (2006) qui rapportent que la DBT engendre une réduction significative chez les participants de comportements suicidaires et parasuicidaires, de détresse, de dépression et de sentiments de désespoir. L'efficacité de la DBT est peu surprenante puisqu'elle cible les relations interpersonnelles chaotiques, l'invalidation de soi, l'irritabilité et l'impulsivité. En ce qui concerne les participantes qui ne rapportent pas une amélioration clinique, cette observation est en soi un succès, car il ne faut pas oublier que ces adolescentes présentent une grande réactivité émotionnelle, une

importante propension à l'impulsivité ainsi que des difficultés suicidaires chroniques. Ainsi, les résultats démontrant que l'état psychologique de ces participantes ne s'est pas détérioré et l'absence d'une augmentation dans leurs comportements suicidaires et parasuicidaires sont signes d'une certaine stabilisation.

En dépit du progrès observé pour l'ensemble des participantes, une adolescente (participante 6) semble avoir réalisé peu de gains à travers le programme; non seulement elle aurait connu beaucoup de difficultés à adopter les nouvelles stratégies comportementales, mais elle a régressé à plusieurs niveaux. Spécifiquement, l'augmentation des sentiments dépressifs, une diminution de l'estime de soi, une détérioration des habiletés de régulation des émotions, de gestion de la colère et de résolution de problèmes sont rapportées. Pourquoi ? Est-ce que cette participante représente un groupe d'individus pour qui toute thérapie ne peut qu'être iatrogénique ? Es-ce que la DBT ne fait qu'aggraver les difficultés cliniques ? Plusieurs éléments sont pertinents afin de comprendre cette situation. Premièrement, cette patiente présente un TPL plus sévère que toutes les autres participantes : le plus grand nombre de tentatives de suicides, la plus grande sévérité de sentiments dépressifs et suicidaires, d'identité diffuse, de discorde familiale, ainsi que de négligence et d'abus affectif. Donc, *à priori*, cette participante a débuté le programme plus lourdement hypothéquée que la moyenne du groupe. Au cours de la thérapie, cette participante a été hospitalisée à plusieurs reprises, a fait une tentative de suicide, a déménagé à plusieurs reprises et a été coincée dans un conflit de loyauté lors de la séparation de ses parents. Ces éléments ont certes contribué à déstabiliser cette participante, la rendant peu réceptive à la thérapie. Comme Gunderson (2008) le souligne, ce genre d'individus réagit mal et est peu équipé à composer pour survivre avec des situations de stress. Rusch et ses collaborateurs (2008) rapportent que les individus ayant un TPL et d'importants traits d'anxiété ont recours à l'évitement et ainsi ont tendance à arrêter prématurément les programmes DBT. Serait-ce une mécanique semblable qui interfère dans le processus thérapeutique de la DBT pour la participante 6 étant donné qu'elle présente d'importants éléments d'anxiété ? Aurait-elle continué de venir aux rencontres tout en arrêtant complètement ses apprentissages et sa pratique d'habiletés DBT ?

En dépit que la participante 6 rapporte peu d'amélioration dans son lien avec le thérapeute, il est intéressant de noter que ce dernier a divergé dans son appréciation de la relation. Ceci mérite d'être examiné. Vers la dixième rencontre du PDBT, cette participante a commis une tentative de suicide; cet événement a causé une cascade d'interventions et de placements. Le thérapeute principal

a alors travaillé étroitement avec la participante afin qu'elle s'ajuste à ces changements. Suite à cette période de chamboulements, la participante s'est davantage impliquée dans la thérapie individuelle et a commencé à téléphoner le thérapeute quotidiennement. Ces comportements n'avaient jamais été observés avant la crise avec d'autres thérapeutes. Ainsi, même si cette participante ne rapporte pas une amélioration clinique relative à son lien thérapeutique, nous sommes convaincus que c'est ce lien qui a engendré une réduction dans le nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence et a contribué à l'absence de tentatives de suicide subséquentes (lors de moments encore plus déstabilisants comme un viol par son cousin). Ces résultats sont congruents avec ceux de Maccia (2005) qui a également observé ce changement clinique engendré par la DBT en ce qui concerne la fréquence et l'importance des hospitalisations.

Ainsi, la qualité de la relation thérapeutique a certes contribué à garder cette patiente en vie. En ce qui concerne ce lien, les mesures de processus ont permis de mieux comprendre la manière que des variables comme la perception de la relation patient-thérapeute et du progrès clinique peuvent influencer le progrès. Reconnus pour susciter le mépris et le rejet de la part des thérapeutes, les individus ayant un TPL sabotent fréquemment leur relation (Linehan, 1993a). Ainsi, il est intéressant de noter que la majorité des participantes et les thérapeutes rapportent une amélioration du lien. En soi, ceci représente une avancée importante étant donné la réputation de cette clientèle d'entretenir des relations houleuses et instables. Ces résultats sont encore plus étonnants lorsque l'on tient compte des sentiments habituels d'abandon, de rejet et d'incertitude qui surgissent à la fin de démarches thérapeutiques. Ainsi, avec espoir de changement, les parents et les adolescentes ont investi dans le lien et le processus. Il n'est pas surprenant que la participation et l'assiduité aux rencontres DBT de groupe et individuelles furent excellentes (taux de présence de 98% et ce, autant pour les rencontres individuelles que de groupe). En dernier lieu, il est pertinent de souligner qu'à mesure du déroulement de la thérapie, la cohésion de groupe, l'harmonie parent-adolescent, la ponctualité, et la pratique d'habiletés DBT enseignées se sont améliorées. Ces résultats confirment ceux de Lindenboim, Comtois et Linehan (2007) qui rapportent une augmentation progressive de l'utilisation des enseignements DBT à mesure que le programme avance.

Limites et questions de recherches ultérieures

Cette étude ne prétend pas avoir démontré l'efficacité du programme DBT auprès d'adolescentes suicidaires, étant donné les limites méthodologiques telles le petit échantillon, l'hétérogénéité dans la formation DBT des membres de l'équipe traitante, l'absence de groupe contrôle ainsi que le manque de suivi à long terme du maintien des acquis. Cela dit, cette étude permet de démontrer qu'il est possible d'instaurer un programme DBT en milieu pédopsychiatrique, qu'il existe un groupe d'adolescents qui peut bénéficier de l'enseignement d'habiletés DBT, et que l'implication des parents dans la thérapie est un atout dans l'acquisition et la pratique de connaissances. En outre, comme le souligne Rasmussen (2005), les cliniciens qui adoptent un programme d'intervention structuré, tel la DBT, se sentent davantage armés et compétents dans le traitement du TPL. En soi, cette simple observation est une justification clinique et pragmatique à l'adoption et le développement d'un programme DBT.

Cette étude répond à certaines questions de recherche et en crée d'autres. Serait-il possible de modifier la durée du programme, comme l'ont fait McQuillan et al. (2005), pour qu'il soit moins long et tout aussi efficace? Devrait-il inclure de nouveaux modules, comme le suggère Ciaramella (2001) qui a développé un module spécifique pour la DBT pour l'entraînement d'habiletés afin de renforcer et d'établir de nouveaux liens d'attachement plus fonctionnels et durables? Enfin, il est nécessaire et de mise, comme le souligne Hong (2004), de réaliser des études afin d'examiner quel impact chaque module du programme DBT a sur la pratique d'habiletés.

Tableau 6
Caractéristiques cliniques des participantes

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AB-DIB										
État-Limite	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
SCID-II										
État-Limite	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
MACI										
État-Limite	SC	SC	SC	PC	SC	SC	PC	NC	SC	SC
Affecte Dépressif	PC	NC	PC	PC						
Auto-Dévalorisation	SC	PC	PC	PC	SC	PC	NC	NC	NC	PC
Tendances Suicidaires	NC	SC	SC	SC	NC	PC	NC	NC	NC	NC
CBCL										
Difficultés internalisées	C	C	C	C	C	C	C	NC	C	C
Difficultés externalisées	C	NC	NC	NC	C	FC	C	C	FC	C
Total	C	FC	C	FC	C	C	C	C	C	C
YSR										
Difficultés internalisées	C	C	C	C	FC	C	C	NC	C	NC
Difficultés externalisées	NC	NC	NC	NC	NC	FC	NC	C	FC	C
Total	C	C	FC	C	FC	C	C	C	C	FC

SCID-II Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; (SCID-I, SCID-II), Abbreviated Diagnostic Interview for Borderlines (Ab-DIB) : NC: non clinique, C : clinique; Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) : SC: présence de syndrome clinique (75-85), PC: prééminence de syndrome clinique ($x \geq 85$); Child Behaviour Check List (CBCL), Youth Self Report (YSR) : NC: non clinique ($x \leq 65$), C : clinique ($x \geq 70$); FC : frontière ($65 \leq x \leq 70$)

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Anthony, C. (2000). *A qualitative and quantitative review of the published research on dialectical behavior therapy: An update on Scheel (2000)*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(11-B), 2008, pp. 7653.
- Atlas, J., & Postelnek, J. K. (1994). Applicability of the revised diagnostic interview for borderlines to hospitalized adolescents. *Psychological reports, 74(1)*, 297-298.
- Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11(3)*, 191-206.
- Barkham, M., Hardy, G., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology, 35(1)*, 21-35.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8 (1)*, 77-100.
- Becker, D., McGlashan, T., & Grilo, C. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 47(2)*, 99-105.
- Bomovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review, 27(8)*, 923-943.
- Bray, S., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2007). The social problem-solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45(6)*, 1409-1417.
- Ciaramella, S. (2001). *Introducing attachment building skills training as the fifth skills module for dialectical behavior therapy*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 62(1-B), pp. 540.
- Denaro, J. (2008). *Effectiveness of dialectical behavior therapy in the treatment of adolescent girls with borderline personality features in an outpatient community mental health setting*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(8-B), pp. 5564.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16(1)*, 51-68.
- Fall, K., Craig, S. (1998). Borderline personality in adolescence: An overview for counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 20(4)*, 315-331.

- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21.
- Germer, C., (Ed), Siegel, R., (Ed), & Fulton, P. (Eds.). (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35.
- Gratz, K., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Greenberg, A.N. (2004). A program for adolescent females who deliberately self-harm: A Dialectical Behavior Approach. *Dissertation Abstracts International, 64*, 4037B.
- Guilé, J.M., Greenfield, B., Berthiaume, C., Chapdelaine, C., & Bergeron, L. (2009). Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in an adolescent clinical population. *European child and adolescent psychiatry, 18* (9), 575-581.
- Gunderson, J., (2008). Borderline personality disorder: An overview. *Social Work in Mental Health, 6*, 5-12.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2001). *Development and initial validation of the self-harm behavior questionnaire*. *Journal of personality assessment, 77*(3), 475-490.
- Hong, P. (2004). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A component analysis of DBT skills training group*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64*(8-B), pp. 4039.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). xvii, 741 pp. Guilford Press, New York.
- Huss, D., Baer, R. (2007). Acceptance and Change: The Integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Into Ongoing Dialectical Behavior Therapy in a Case of Borderline Personality Disorder With Depression. *Clinical Case Studies, 6*(1), 17-33.
- Jacobo, M., Blais, M., Baity, M., & Harley, R. (2007). Concurrent validity of the Personality Assessment Inventory Borderline Scales in patients seeking dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Assessment, 88*(1), 74-80.

- Jodoin St-Onge, M., Mbekou, V., Forget, J., Renaud, J., Lageix, P., & Mikedis, T. (2009). Étude de faisabilité d'implantation en pédopsychiatrie d'un programme de Thérapie Comportementale Dialectique pour adolescentes: une série d'études de cas. In press.
- Katz, L., Gunasekara, S., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient suicidal adolescents. In: *Adolescent Psychiatry; the annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*. (Ed.) Flaherty L. 2002; The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey.
- Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy for inpatient and outpatient parasuicidal adolescents. In: Flaherty, Lois T (Ed). *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies*, Vol. 26. (pp. 161-178). viii, 332 pp. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press.
- Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, J., Bishop, G., Butterfield, M., & Bastian, L. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390
- Kullgren, G. (1992). Personality disorders among psychiatric inpatients. *Nordisk Psykiatrisktidsskrift*, 46, 27-32.
- Levy, K., Clarkin, J., Yeomans, F., Scott, L., Wasserman, R., & Kernberg, O. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.
- Lindenboim, N., Comtois, K., & Linehan, 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. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan M., Comtois K., Murray A., Brown M., & Gallop R. (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*, 62, 1 -10.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S., & Lindenboim, N. (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), 757-766.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M., Tutek, D., Heard, H., Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*. 151(12), 1771-1776.
- Maccia, D., (2005). *Evaluation of a dialectical behavior therapy program at South Bay Guidance Center (California)*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 66(3-B), pp. 1725.
- McKinnie B., & Kromrey, J. (2001). Initial development and score validation of the adolescent anger rating scale. *Educational and Psychological Measurement*, 61(3), 446-460.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). *Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients With Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis*. *Psychiatric Services*. 56(2), 193-197.
- Mehran, F. (2006). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : Thérapie cognitive émotionnelle*. pp 95-105. Paris. Masson.
- Middleton, A. (2005). *Differentiating adolescents with borderline personality disorder from normal adolescents and adolescents with other disorders*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 65(10-B), pp. 5414.
- Miller, A., Wyman, S., Huppert, J., Glassman, S., Rathus, J. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 183-187.
- Miller, A., Muehlenkamp, J., Jacobson C. (2008). A review of borderline personality in adolescents. In Press.
- Miller, A., Muehlenkamp, J., & Jacobson, C. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*. 28(6), 969-981.
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY, US: Guilford Press.

- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., & Foy, D. W. (1991). Statistical analysis for single-case designs: Evaluating outcome of imaginal exposure treatment of chronic PTSD. *Behavior Modification*, 15(2), 134-155.
- Nock, M., Teper, R., & Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injuring among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1081-1089.
- Page, D., Salamat, A., & Toth, R. (2007). Thérapie comportementale dialectique. In S Cottraux (Dir.). *Thérapies cognitives et émotions* (pp. 149-1740). Paris. Masson
- Patton, J., & Stanford, M. (1995). Barratt, Ernest S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Perez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J., Campins, M., Puigdemont, D., & Alvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): A scale sensible to detect changes. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35(4), 229-235.
- Perrella, C., Carrus, D., Costa, E., & Schifano, F. (2007). Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; An open-label study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 158-163. Elsevier Science
- Pinto, M., & Grilo, C. (2004). Reliability, diagnostic efficiency, and validity of the Millon adolescent clinical inventory: Examination of selected scales in psychiatrically hospitalized adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1505-1519.
- Rasmussen, P. (2005). *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rathus, J., & Miller, A. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Rusch, N., Schiel, S., Corrigan, P., Leihener, F., Jacob, G., Olschewski, M., Lieb, K., & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 497-503.
- Sadowski, C., Moore, L., & Kelley, M. (1994). Psychometric properties of the Social Problem Solving Inventory (SPSI) with normal and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(4), 487-500.
- Simon, R., & Hales, R. (2006). *Textbook of Suicide Assessment and Management*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC.

- Skodol, A., Rosnick, L., Kellman, D., & Oldham, J. (1988). Validating structured DSM-III--R personality disorder assessments with longitudinal data.-700 M. *American Journal of Psychiatry*, *145*(10), 1297-1299.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Amtz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(1), 104-115.
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J., & Dulit, R. (2007). Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*. *11*(4), 337-341.
- Talley, S. (2006). Consumers, practice, interventions and education in mental health nursing. *Contemporary Nurse Journal*. *21*(1), iii-iv.
- Turner, R. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. *7*(4), 413-419.
- Tyrer, P. (2002). Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: A bridge too far. *Journal of Personality Disorders*. *16*(2), 113-118. Guilford Publications.
- Vallieres, E., Vallerand, R. (1990). French-Canadian translation and validation of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *International Journal of Psychology*. *25*(3), 305-316.
- Velting, D., Rathus, J., & Miller, A. (2000). MACI personality scale profiles of depressed adolescent suicide attempters: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*. *56*(10), 1381-1385.
- Verheul, R., van den Bosch, L., Koeter, M., de Ridder, M., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *182*(2), 135-140.
- Wenzel, A., Chapman, J., Newman, C., Beck, A., & Brown, G. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 503-516.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. *49*(9), 933-941.
- Wupperman, P. (2007). *Are deficits in mindfulness core features of borderline personality disorder?* Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 67(8-B), pp. 4729.

Yarnold, P. (1988). Classical test theory for repeated measure N=1 research design. *Educational and psychological measurement*. 48, 913-919.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans la mythologie grecque, la boîte de pandore referme les maux de l'humanité. L'ouvrir, c'est tout risquer. À plusieurs égards, le traitement d'adolescents aux prises avec des traits d'un trouble de personnalité limite est d'ouvrir cette boîte étant donné le nombre et l'ampleur des cibles thérapeutiques. L'impulsivité, la grande réactivité affective et comportementale ainsi que le risque suicidaire de ces adolescents favorisent trop souvent chez le thérapeute un état d'hypervigilance et d'impuissance. Après tout, le taux de mortalité pour ce groupe d'individus se situe dans les environs de 8,5% (Paris, 1990). Ainsi, nombreux sont les cliniciens qui rapportent se sentir démunis dans le traitement de ces individus. Ceci est en voie de changer.

Cette thèse avait pour objectif général d'examiner les gains potentiels pour adolescentes présentant des traits d'un trouble de personnalité limite (automutilation ou gestes suicidaires) dans un programme de thérapie comportementale dialectique (ang. DBT). Pour y parvenir, deux articles furent rédigés. Le premier article visait deux objectifs spécifiques. Le premier objectif poursuivi fut de réaliser un survol de la prévalence des troubles de santé mentale de l'axe I à l'adolescence ainsi que discuter des défis associés au diagnostic d'un trouble de personnalité (axe II) pour ce groupe d'âge. Par la suite, trois modèles de traitement ont été présentés avec une emphase particulière sur la DBT. Le deuxième article avait pour objectif spécifique de présenter l'adaptation du programme DBT pour une clientèle adolescente, d'examiner la faisabilité d'implantation en milieu pédopsychiatrique et offrir une réflexion en ce qui concerne la pertinence clinique de ce programme. L'objectif de ce chapitre est de discuter de l'intégration des résultats, des contributions de cette thèse (implications au niveau clinique et institutionnel), ainsi que de discuter des avenues futures de recherche.

4.1 Intégration des résultats

Le trouble de personnalité limite à l'adolescence demeure encore un sujet de débat. Toutefois, comme le soulignent Miller et al. (2007) ainsi que Paris (2008), il semble exister un groupe

d'adolescents qui présentent des difficultés affectives et comportementales similaires au trouble de personnalité limite à l'âge adulte. Par conséquent, l'utilisation de mesures diagnostiques ainsi que d'entrevues psychologique et psychiatrique dans le cadre de cette étude nous a permis d'identifier un groupe d'adolescentes qui rapportent pratiquer couramment des comportements suicidaires et parasuicidaires, éprouver d'importants sentiments de vide et d'identité diffuse, conjuguer leurs comportements et cognitions en absolu avec très peu de nuances, vivre d'importantes difficultés interpersonnelles, présenter certains comportements dissociatifs et impulsifs et être aux prises avec une grande réactivité émotionnelle. Ainsi, nous sommes persuadés qu'en dépit des défis diagnostiques associés, les participantes de cette étude répondent clairement aux critères d'un TPL.

Un deuxième élément à retenir de cette thèse est que les adolescentes qui participent au programme DBT rapportent d'importants bénéfices. Ainsi, la majorité de nos participantes ont rapporté des progrès quant à la fréquence et la sévérité des comportements suicidaires et parasuicidaires, des éléments dépressifs, de l'estime de soi, de l'impulsivité, de l'efficacité interpersonnelle, de la résolution de problèmes et de la gestion de la colère. Ces gains sont substantiels et pivot si nous considérons le type de clientèle qui a participé à cette étude. Ces adolescentes psychiatisées ont participé pendant plusieurs années dans des protocoles de pharmacothérapie et psychothérapie avec peu de progrès cliniques. Par conséquent, la progression de ces patientes témoigne de la pertinence d'un programme DBT pour adolescentes.

Il est également de mise de mentionner qu'il existe un nombre de participantes qui ont rapporté peu d'amélioration et de progrès clinique. Toutefois, ces dernières n'ont pas rapporté une diminution de leur estime de soi, de leur gestion de leur impulsivité ainsi que de leurs comportements suicidaires et parasuicidaires. En outre, à l'exception d'une, aucune d'entre elles ne fut hospitalisée. Cette stabilisation est en soi un succès énorme pour ces individus. N'oublions pas que ces filles se retrouvent dans un service ultra-spécialisé qui est, pour la majorité, le dernier service possible. Puisque plusieurs adolescentes et leur famille ont perdu espoir avant d'être admises au programme, tout changement ou stabilisation est perçu en soi comme un succès majeur.

4.2 Limites de cette thèse

Cette thèse ne prétend pas avoir démontré l'efficacité du programme DBT auprès d'adolescentes suicidaires, étant donné les limites méthodologiques telles le petit échantillon,

l'hétérogénéité dans la formation DBT des membres de l'équipe traitante, l'absence de groupe contrôle ainsi que le manque de suivi à long terme du maintien des acquis. Cela dit, elle a permis de démontrer qu'il est possible d'instaurer un programme DBT en milieu pédopsychiatrique, qu'il existe un groupe d'adolescents qui peut bénéficier de l'enseignement d'habiletés DBT, et que l'implication des parents dans la thérapie est un atout dans l'acquisition et la pratique de connaissances. En outre, comme le souligne Rasmussen (2005), les cliniciens qui adoptent un programme d'intervention structuré, tel la DBT, se sentent davantage armés et compétents dans le traitement du TPL. En soi, cette simple observation est une justification clinique et pragmatique à l'adoption et le développement d'un programme DBT.

4.3 Contributions de cette thèse

La contribution majeure de cette thèse est la démonstration qu'un programme DBT peut effectivement être adapté et implanté dans un milieu pédopsychiatrique. Toutefois, cette thèse a mis en évidence l'impact des limites et contraintes institutionnelles sur la pratique de la DBT. Spécifiquement, nous avons à réfléchir quant à l'arrimage des lignes directrices administratives et institutionnelles avec une réalité clinique. Un programme DBT nécessite une équipe dont les membres sont disponibles et accessibles. Ainsi, étant donné le type de clientèle admise au programme ainsi que la nature et la sévérité des difficultés, il est impératif pour l'administration de comprendre que le thérapeute doit strictement se consacrer au programme DBT (ne pouvant pas être morcelé avec d'autres programmes et tâches) et qu'il ne peut avoir dans sa charge clinique autant de patients qu'un thérapeute qui traite davantage de l'axe I. Ainsi, une administration qui comprendra ceci, devra accorder aux membres de l'équipe une pleine autonomie professionnelle, ainsi qu'une confiance et un support immuable quant aux décisions d'équipe. Sans nécessairement accorder un chèque en blanc, les conflits intestinaux quant aux budgets et dépenses doivent assurément être traités à un autre niveau et comprendre que négliger une partie du traitement DBT encourra ultérieurement à la société dix fois plus de coûts.

Pour qu'un programme DBT soit efficace, il doit faire l'objet d'un acte de foi de la part de l'administration. Spécifiquement, pour qu'une équipe DBT soit solide et cohésive, il est impératif de créer une stabilité de poste et de membres du personnel. Par conséquent, une équipe dont le fonctionnement des membres qui change annuellement, qui doit suppléer par des stagiaires, qui

doit avoir recours à la liste de rappel, qui doit acquitter des tâches administratives, qui doit remplir les mandats d'enseignement, de formation et de recherche, se voit rapidement réduire dans son efficacité. Ultiment, les adolescentes et leur famille en paieront le prix dans l'immédiat et ce sera la société qui écoperà des conséquences à long terme. Les difficultés de ces participantes exigent que les membres de l'équipe maîtrisent le matériel DBT et les stratégies d'intervention qu'elle préconise. Ainsi, la nécessité de retraites d'équipe, de formations continues dans les domaines de la DBT et de la psychopathologie à l'adolescence sont absolues et pierres angulaires dans l'efficacité de ses membres.

4.4 Avenues futures de recherche

Cette étude a permis d'éclaircir certaines questions tout en créant d'autres. Bien que les données préliminaires suggèrent des améliorations cliniques significatives pour des adolescentes au programme DBT, il est impératif d'adopter un schème expérimental avec un groupe contrôle, un plus grand nombre de participantes, assurer l'homogénéité de formation et de compétence des habiletés DBT chez les intervenants, avoir un nombre accru de temps de mesures afin d'évaluer non seulement le progrès des participantes, mais de mieux comprendre quels sont les changements engendrés par les modules spécifiques. Le programme DBT devrait être perçu comme un projet qui ne cesse de se développer, et ce, autant au niveau du fond que de la forme. L'ajout et la modification de modules d'enseignement, de nouveaux exercices DBT et de centration, la durée du programme, le nombre des sessions accordé à chaque module, sont que certains exemples qui illustrent l'aspect dynamique et changeant du programme.

La réflexion quant aux perspectives futures de recherche de la DBT en pédopsychiatrie ne se limite pas au traitement de difficultés automutilatoires et suicidaires. L'ajout et l'adaptation de modules, la durée du programme, le format des rencontres de groupes et individuelles ainsi qu'une intégration accrue de composantes provenant d'autres modèles d'intervention (comme la centration et la thérapie motivationnelle), ne sont que certaines pistes qui méritent d'être examinées et approfondies. La DBT n'est pas une panacée qui pourra répondre à tous les besoins cliniques, mais pourra certainement être un atout dans le traitement de pathologies dont le trouble de personnalité limite.

Il est important de souligner que les limites de cette thèse sont inhérentes à ce genre d'études. Ainsi, il fut impossible d'avoir recours à un groupe de contrôle (comme la liste d'attente) puisque les participantes étaient spécifiquement référées au programme DBT par leur médecin traitant.

Le programme DBT à l'Institut en Santé Mentale Douglas est un programme de troisième ligne, c'est-à-dire un programme d'intervention spécialisé dans le domaine de la psychiatrie. Par conséquent, il aurait été peu recommandé d'offrir aux adolescentes et à leur famille un programme d'intervention autre que pour celui auquel ils ont été spécifiquement référés.

Il est également de mise de noter que le nombre de participantes à cette étude fut restreint étant donné que les groupes de thérapie DBT ne pouvaient accommoder que six participantes et leurs parents. Les locaux de thérapie, le nombre de cliniciens disponibles ainsi que les horaires de travail expliquent le nombre restreint des participants. Certes, cette étude aurait pu cumuler une série de cohortes mais le délai inhérent à la réalisation de thèse impose une telle limite.

En ce qui concerne l'hétérogénéité dans la formation des cliniciens dans la thérapie comportementale dialectique, un effort accru fut entrepris afin d'obtenir une formation DBT officielle par l'équipe de Linehan. Toutefois, les budgets, les charges cliniques ainsi que les horaires de travail empêchèrent cette démarche. Il est fort souhaitable et grandement recommandé que les cliniciens oeuvrant dans un tel programme puisse bénéficier d'une formation complète en DBT afin d'assurer une homogénéité dans la formation et la compétence du matériel DBT.

Il est à noter que cette étude fut de nature exploratrice quant à la faisabilité d'implantation d'un programme DBT en pédopsychiatrie. Ainsi, bien que nous avons rapporté certains indices d'efficacité, ce ne fut que dans la perspective du développement d'études ultérieures formelles de l'étude de l'efficacité d'un tel programme. Cette étude a permis d'explorer le domaine de la DBT en milieu pédopsychiatrique et à certes ouvert la voie pour d'autres études dans le domaine. Ceci est la contribution majeure de cette thèse de doctorat.

Annexe A

Formulaire de consentement

Il est important que vous compreniez bien toutes les informations contenues dans ce formulaire de consentement. N'hésitez pas à poser des questions s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si une information n'est pas claire.

1. Titre de l'étude

Étude clinique de l'implantation de la Thérapie Comportementale Dialectique (DBT) auprès d'adolescentes présentant des comportements suicidaires et d'automutilation

Une équipe de cliniciens et de chercheurs de l'institut Douglas mène en ce moment une étude sur une nouvelle modalité d'intervention mise au point pour traiter des adolescentes aux prises avec des comportements suicidaires ou d'automutilation et leurs familles. Ce programme est adapté de la Thérapie Comportementale Dialectique (DBT développée par M. Linehan (1993) et utilisée dans le traitement des patients adultes suicidaires). Votre participation volontaire à cette étude est sollicitée. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment.

2. Organisme de subvention et chercheurs

Il n'y a aucun organisme qui subventionne cette recherche. Le chercheur principal est Valentin Mbekou, PhD, psychologue (Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas). Les co-chercheurs sont: Philippe Lageix, MD, psychiatre (Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas); Jacques Forget, DPs, professeur titulaire (Université du Québec à Montréal); Martin Jodoin St-Onge, doctorant (Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas); Theodora Mikedis, MSW, travailleuse sociale (Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas).

3. But de la recherche

Cette étude vise à examiner la faisabilité d'adapter pour le milieu psychiatrique la DBT pour des adolescentes aux prises avec des difficultés d'automutilation et des idées suicidaires. De plus, nous examinerons si les participantes admises au programme bénéficieront de la thérapie DBT avec une meilleure capacité à se concentrer, un meilleur contrôle de l'impulsivité, une meilleure gestion des relations interpersonnelles, un sentiment accru de compétence et d'estime de soi, ainsi que de meilleures habiletés à gérer les frustrations et tolérer la détresse. Mieux comprendre l'efficacité de cette thérapie nous permettra de développer des stratégies encore plus efficaces dans le traitement de comportements suicidaires et de gestes auto-mutilatoires.

4. Votre rôle

Lors de l'évaluation psychiatrique, vous avez été présenté l'ensemble de cette recherche et de ses objectifs. Après avoir été admis au programme DBT, vous avez contacté un des chercheurs afin de connaître davantage quant à cette recherche et avez signifié votre intérêt de participer. Le chercheur que vous avez contacté vous a incité à le rencontrer. Pendant cette rencontre, il vous a été expliqué qu'afin de participer à cette recherche vous deviez consentir à:

Pour adolescentes :

- (1) Permettre aux chercheurs d'avoir accès à votre dossier psychiatrique afin de relever toutes informations diagnostiques jugées pertinentes,
- (2) De répondre à quatre reprises (chaque reprise durant approximativement une heure) à un ensemble de questionnaires qui évaluent les habiletés de centration, la gestion de la colère, l'estime de soi, l'impulsivité, les habiletés de résolution de problème, ainsi que les gestes automutilatoires et suicidaires.

Pour parents:

- (1) Répondre à une reprise un questionnaire (durée approximative de 15 minutes) quant aux difficultés de votre enfant.

5. Participation

Si vous désirez vous retirer du projet de recherche, vous pouvez le faire en tout temps. Comme participant, vous avez le droit de refuser de prendre part au projet envisagé et, de plus, que toute décision de participer vous obligera en rien. Vous pouvez ainsi vous retirer du projet à n'importe quel moment, sans subir quelque conséquence négative que ce soit. Ainsi, vos droits à recevoir des soins, à participer au programme DBT ne seront pas compromis si vous décidez de ne pas prendre part à la recherche ou de vous retirer une fois le projet commencé. Pour les parents, il est important de comprendre qu'en signant ce document et en donnant votre consentement, que non seulement vous acquiescez à participer, mais vous donnez votre consentement à ce que votre enfant participe également à cette recherche.

6. Responsabilités du chercheur

En cas de réaction défavorable résultant des procédures requises par cette recherche, vous recevrez tous les soins que nécessite votre état de santé et qui sont couverts par les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

7. Conflits d'intérêt

Il n'y a aucun conflit d'intérêt relié à ce projet de recherche ni pour les cliniciens-chercheurs, ni pour le centre de recherche.

8. Bienfaits possibles

Cette étude ne vous donnera aucun bénéfice particulier mis à part de nous permettre de mieux comprendre l'efficacité du programme DBT et de son impact sur vous. Les questionnaires que vous allez remplir ne vous exposent pas à un risque psychologique: ils viseront à comprendre comment vous vous sentez, comment vous percevez les autres, et comment vous gérez certaines situations.

9. Préjudices ou inconvénients possibles

Vous ne courez aucun risque prévisible en participant à cette recherche. Toutefois, certains questionnaires se pencheront sur les circonstances de certains actes comme les pensées suicidaires et d'automutilation. Il se peut que vous vous sentiez triste ou inconfortable de répondre aux questions. Nous vous invitons alors à en parler avec votre gestionnaire de cas.

10. Confidentialité

À moins qu'il n'en soit autrement requis par la loi, toutes les informations que vous communiquerez resteront confidentielles. Les réponses aux questions des entrevues ne seront pas communiquées aux usagers ou à tout autre professionnel. Afin d'assurer cette confidentialité, nous utiliserons un numéro à la place de votre nom pour identifier les feuilles qui serviront à la cueillette des informations. Ainsi, toutes les informations resteront anonymes. Nous n'utiliserons aucune information permettant d'identifier une personne ou l'autre. La liste de tous les participants et participantes sera gardée dans un endroit sécuritaire et ne sera utilisée que par les membres de l'équipe de recherche. Par ailleurs, puisque vous êtes un patient à l'institut universitaire en santé mentale Douglas, il se peut que les informations relatives à votre participation soient versées dans votre dossier médical, dont le formulaire de consentement signé.

11. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à l'étude.

12. En cas de question ou de difficultés, avec qui pouvez-vous communiquer?

Si vous décidez de participer à cette étude, nous vous remettrons une copie du formulaire de consentement.

Pour obtenir de plus amples informations sur cette étude, vous pouvez communiquer avec:

les chercheurs de cette étude au 514-761-6131 (poste 3056 pour Martin Jodoin St-Onge, poste 3325 pour Valentin Mbekou, poste 3325 pour Theodora Mikedis). Dans le cas d'urgence, vous pouvez téléphoner la réceptionniste, Sophie Lebouc, au poste 2055 et cette dernière contactera un des chercheurs.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter l'ombudsman de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, 6875 boulevard Lasalle, Montréal (Québec) H4H 1R3, téléphone : (514) 761-6131 poste 3287, courriel : Ombudsman@douglas.mcgill.ca



CONSENTEMENT

Avant de signer ce document

Vous avez été invité à participer à ce projet de recherche. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre comment adapter la Thérapie Comportementale Dialectique (DBT) en milieu hospitalier pour traiter des adolescentes aux prises avec des comportements suicidaires et d'automutilation. Nous voulons savoir si les participantes admises au programme DBT bénéficieront d'une meilleure capacité à se concentrer, un meilleur contrôle de l'impulsivité, une meilleure gestion des émotions et des relations interpersonnelles et une meilleure estime de soi. Avec la signature de ce document, vous reconnaissez librement que les préjudice et bienfaits vous ont été expliqués. Ainsi, vous avez lu et compris les informations présentées, avez compris que vous pouvez poser des questions dans l'avenir et consentez librement à participer au projet et l'attestez en signant le formulaire de consentement.

Les objectifs et les procédures de cette recherche clinique à laquelle on m'a demandé de prendre part, m'ont été clairement expliqués par _____

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement à participer et j'ai compris les avantages et les risques impliqués par ma participation à ce projet. J'ai eu l'occasion et le temps de poser des questions et, s'il y a lieu, l'équipe de recherche a répondu de façon satisfaisante à mes questions.

Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à ma participation à tout moment, sans subir quelque conséquence négative que ce soit et mes droits à recevoir des soins ou d'autres services en seront pas compromis.

En signant ce document, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Je confirme que j'ai reçu une copie du formulaire de consentement que j'ai signé et que je pourrai conserver.

Signature du participant

Date

Nom (lettres moulées)

Signature du parent

Date

Nom (lettres moulées)

Signature de la personne qui a expliqué l'étude

Date

Nom (lettres moulées)

ANNEXE B

DEMANDE D'APPROBATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE AVEC DES SUJETS HUMAINS

SOU MIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL DOUGLAS

HÔPITAL DOUGLAS**DEMANDE D'APPROBATION
D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE
AVEC DES SUJETS HUMAINS
SOU MIS AU****COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Toute personne qui désire soumettre un protocole de recherche pour approbation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Douglas (CÉR) doit faire parvenir l'original plus 17 copies du présent formulaire, du protocole et des documents afférents. Le tout doit être envoyé au bureau du CÉR, B-2118, pavillon Dobell.

ÉTUDE

1. Étude clinique de l'implantation de la thérapie comportementale dialectique (DBT) auprès d'adolescentes présentant des comportements suicidaires et d'automutilation.
 2. Date de début de l'étude : janvier 2008
 3. Date de fin de l'étude : mai 2011
 4. Si d'autres institutions à part l'Hôpital Douglas sont visées par cette étude, veuillez les nommer : (Voir note 1, page 5) AUCUNES
-

CHERCHEURS

- 5 Chercheur principal : (Voir note 2, page 5)
 - i. Nom : Valentin Mbekou, PhD
 - ii. Titre à l'Hôpital : Psychologue
 - iii. Titre universitaire : Superviseur
- 6 Chercheur(s) associé(s): Philippe Lageix, MD, psychiatre; Martin Jodoin St-Onge, ARH; Jacques Forget, D.Ps., professeur titulaire; Théodora Mikedis, MPS, travailleuse sociale.
- 7 Coordonnées du chercheur principal :
 - i. Adresse : Hôpital Douglas, 7070 Boulevard Champlain (Pavillon Bond)
 - ii. Numéro de téléphone : 514-761-6131 poste 2073
 - iii. Adresse électronique : Valentin Mbekou / Hopital Douglas /Reg06 /SSSS@DOUGLAS

SUJETS

- 8 L'étude comprend-elle :
- | | | |
|-------|---|------------|
| i. | Des patients de l'Hôpital Douglas à l'interne ? | Non |
| ii. | Des patients de l'Hôpital Douglas à l'externe ? | Oui |
| iii. | Des patients d'un autre hôpital ou clinique ? | Non |
| iv. | Des patients incapables de donner leur consentement ? | Non |
| v. | Des patients sous curatelle publique ? | Non |
| vi. | Des sujets qui ne sont pas des patients ? | Non |
| vii. | Des hommes et des femmes ? | Oui |
| viii. | Une revue des dossiers | Non |

SUBVENTIONS

- 9 L'étude est-elle subventionnée par :
- i. Une agence gouvernementale ? **Non**
 - ii. Une compagnie pharmaceutique ? **Non**

CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

10. Les chercheurs reçoivent-ils une rémunération financière quelconque ou tous autres avantages personnels pour leur participation à cette étude ? Si oui, veuillez spécifier (Voir note 7, page 5) **Non**
11. Dans le cas d'une étude subventionnée par une compagnie pharmaceutique, un ou plusieurs chercheurs détiennent-ils des actions dans cette compagnie ? (Voir note 8, page 6) **N/A**
12. Y a-t-il, parmi les chercheurs impliqués dans cette étude, des personnes qui agissent comme employeur, superviseur ou professeur auprès d'un ou des sujets inscrits à l'étude ? (Voir note 9, page 6) **Non**
- L'organisation qui subventionne l'étude aura-t-elle le droit de s'opposer à la publication de l'étude ou d'en reporter la publication ? Si oui, veuillez spécifier (Voir note 10, page 6) **N/A**
14. Envisagez-vous la possibilité d'un conflit d'intérêt ? Dans l'affirmative, comment comptez-vous le traiter ?
Non

MÉDICAMENTS

15. Veuillez donner le nom de tout médicament utilisé dans l'étude qui réponde aux critères suivants :
- i. Médicament délivré sous ordonnance au Canada **N/A**
 - ii. Médicament délivré sous ordonnance au États-Unis **N/A**
 - iii. Médicament utilisé à titre expérimental au Canada **N/A**
 - iv. Autre – spécifiez **N/A**

DOSSIERS

16. Certains résultats de l'étude seront-ils portés au dossier du patient ? Veuillez préciser
Oui. Des mesures pré et post seront conservées dans le dossier de la patiente afin de mesurer sa progression clinique.
17. Pourra-t-on trouver un résumé de l'étude pour consultation au programme concerné? Oui
18. Si l'étude est réalisée avec des sujets qui ne sont pas hospitalisés à l'Hôpital Douglas, les résultats de l'étude seront-ils envoyés au médecin traitant de chaque sujet ? **Non**
-

PROTOCOLE (Encercler la réponse qui s'applique)

- Oui 19. La présente soumission inclut le protocole complet ainsi qu'un bref résumé de l'étude.
- Oui 20. Le protocole comporte une justification scientifique de l'étude.
- Oui NA 21. S'il s'agit d'une étude comportant l'usage de médicaments, le protocole contient une justification des médicaments choisis et de leur dosage. S'il s'agit d'une étude portant sur un médicament à l'essai, toute étude, qu'elle soit complétée ou en cours, est passée en revue dans ce protocole.
- Oui 22. La méthode de recrutement des sujets est décrite dans le protocole. (voir note 11, page 6)
- Oui NA 23. Si un message publicitaire est utilisé pour recruter des patients, un exemplaire est annexé au protocole.
- Oui 24. La méthode utilisée pour obtenir le consentement éclairé est décrite dans le protocole. (Voir note 12, page 6)
- Oui NA 25. S'il s'agit d'une étude avec des patients qui pourraient être incapables de donner un consentement éclairé, on y décrit la méthode utilisée par les chercheurs pour déterminer si les patients sont aptes ou non à donner un consentement éclairé.
- Oui NA 26. S'il s'agit d'une étude avec des personnes n'étant pas des patients, on décrit dans le protocole ce que les chercheurs feront s'ils détectent une maladie potentielle traitable chez un des sujets.

(Pas de réponse) 27. Il est possible que le CÉR demande une surveillance continue pour ce projet. (voir note 13, p. 6)

AIDANTS NATURELS

- Oui NA 28. S'il s'agit d'un protocole impliquant des patients ayant un aidant naturel qui joue un rôle significatif dans la vie du patient, il est mentionné dans le protocole que, dans les limites établies par les normes de confidentialité concernant le patient, l'aidant naturel sera présent au moment où on expliquera l'étude au patient. L'aidant naturel pourra poser des questions en tous temps et il recevra une copie du formulaire de consentement.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- Oui 29. Le formulaire de consentement général suit le modèle proposé par le Conseil national de l'éthique en recherche sur les sujets humains. (voir note 14, page 6)
- Oui 30. Le formulaire de consentement est imprimé sur du papier à en-tête de l'Hôpital Douglas.
- Oui 31. Le formulaire de consentement mentionne le nom de l'Ombudsman de l'Hôpital Douglas. (Voir note 15, page 6)
- Oui NA 32. J'ai utilisé le formulaire de consentement pour étude génétique (si approprié) qui suit le modèle de McGill.
- Oui NA 33. J'ai utilisé le formulaire de consentement de consultation du dossier médical (si approprié).
- Oui NA 34. J'ai ajouté au formulaire de consentement l'amendement qui identifie un patient de l'Hôpital à titre de participant à cette recherche. (Voir note p.6 point 16)

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT POUR LES ESSAIS CLINIQUES

- Oui NA 35. Le formulaire de consentement fait état du nombre approximatif de patients qui ont reçu le médicament à l'essai et le nombre de patients qui prennent ce médicament depuis longtemps.
- Oui NA 36. Pour les essais cliniques avec des patients externes, le formulaire de consentement possède un numéro de téléphone au cas où une urgence médicale surviendrait durant la nuit ou la fin de semaine.
- Oui NA 37. Pour les essais cliniques sur des médicaments à l'essai, le formulaire de consentement mentionne le pourcentage approximatif de patients qui ont ressentis les divers effets secondaires du médicament en question.

Je connais le contenu du présent protocole. Je me suis appliqué à ce que la présente formule de demande d'approbation d'un protocole par le CÉR soit complétée de façon adéquate. Si ce protocole est approuvé, j'assumerai la responsabilité pour que cette étude se déroule dans les règles d'éthique établies. Il est possible que le CÉR demande une surveillance continue de ce protocole et j'accepte d'y collaborer.

Signature du chercheur principal

Date

Nom en lettres moulées :

Je donne mon appui à la présente étude et je conviens qu'elle puisse se dérouler à l'Hôpital Douglas, soit par des membres du personnel de l'Hôpital ou de son Centre de recherche.

Signature du Directeur de la recherche clinique

Date

Nom en lettres moulées

Notes explicatives :

1. Point 4
L' « Institutional Review Board » de l'Université McGill (IRB) a l'autorité d'approuver tous les protocoles qui se déroulent dans plus d'un hôpital affilié à l'Université McGill. Ce type de protocole devrait être soumis au IRB étant donné qu'une telle demande n'implique qu'une seule soumission plutôt que plusieurs soumissions. Vous pouvez obtenir plus d'information sur le IRB à l'adresse électronique suivante : www.med.mcgill.ca/research/irb.htm
2. Point 5
 - (i) Selon les politiques et procédures de l'Université McGill, seuls les individus ayant un titre universitaire ou un titre de l'Hôpital où ils travaillent peuvent agir comme chercheur principal d'un projet de recherche.
 - (ii) Si le chercheur principal n'est pas affilié à l'Hôpital Douglas, un chercheur associé affilié à l'Hôpital, qui acceptera la responsabilité du projet, devra être nommé. Il sera nécessaire d'inscrire au point 7, les informations pertinentes à ces deux personnes.
3. Point 8 (iv)
L'article 2.5 de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains stipule, en partie, que « les chercheurs ne devront faire appel à des personnes légalement inaptes que dans les cas suivants : le projet ne peut aboutir qu'avec la participation des membres des groupes appropriés... ». Ainsi, tout protocole qui inclut des sujets inaptes à donner leur consentement, devrait expliquer la raison qui justifie que la recherche ne puisse être réalisée à moins que des patients inaptes soient inclus dans l'étude.
4. Point 8 (v)
Étant donné les installations limitées du Curateur public et son impossibilité de suivre de près les patients qui participent à des essais cliniques, le CÉR, dans le passé, n'a pas permis que des patients sous curatelle publique reçoivent des médicaments expérimentaux, à moins que quelqu'un les supervise et puisse rapporter les effets secondaires de la médication.
5. Point 8(vii)
L'article 5.2 de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains stipule que « Les femmes ne seront pas automatiquement exclues des projets de recherche uniquement pour des raisons liées à leur sexe ou à leur capacité de reproduction . »
6. Point 9 (ii)
L'article 7.3 de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains stipule que « Les CÉR examineront le budget de tous les essais cliniques afin de s'assurer que les obligations d'ordre éthique concernant les conflits d'intérêt soient respectées. » Ainsi, tous les protocoles sur des essais cliniques devraient inclure un budget qui fournisse des informations sur la rémunération des personnes de même que toutes autres ententes budgétaires.
7. Point 10
Les avantages personnels dont peut profiter le chercheur ou sa famille peuvent inclure des ententes de consultation, de l'équipement informatique, des voyages d'affaires, etc. Toutefois, la promotion de carrière ne peut être considérée comme un avantage. Le fait d'en retirer des avantages n'empêche pas nécessairement un chercheur de réaliser son projet de recherche, mais tout conflit d'intérêt potentiel (que ce soit pour les chercheurs ou les membres du CÉR) doit être divulgué. Voir l'article 4.1 de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains.
8. Point 11
Toutes actions détenues que ce soit dans un fond mutuel ou dans un régime de retraite n'ont pas à être dévoilées.

9. **Point 12**
En temps normal, des employés ou des étudiants du chercheur ne pourraient donner un consentement éclairé sans qu'il y ait apparence de coercition. Si ces personnes doivent être impliquées dans une recherche, le protocole devrait en contenir la justification. Cette question est traitée à l'article 2.2 de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains.
10. **Point 13**
Ce point se rapporte principalement aux essais cliniques. À la section 7.E de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains il est clairement indiqué que l'analyse finale et l'interprétation des résultats de l'essai doivent être conservés par les chercheurs.
11. **Point 22**
Les patients ne devraient pas être approchés par des personnes étrangères qui connaissent leur état de santé.
12. **Point 24**
Afin d'éviter toute apparence de coercition, dans le cas où le chercheur est le médecin traitant du patient, il est souhaitable que le chercheur soit celui qui explique l'étude, mais que ce soit un autre membre de l'équipe, n'ayant aucun lien direct avec le traitement médical futur du patient, qui obtienne le consentement du patient.
13. **Point 27**
L'article 1.13b de l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains stipule que « Les chercheurs qui soumettent des propositions à des CÉR suggéreront simultanément une méthode de surveillance appropriée à leur projet ».
14. **Point 29**
Le modèle de formulaire de consentement proposé par le Conseil national de l'Éthique en recherche chez les sujets humains (CNERH) qui se base sur l'Énoncé de la politique des Trois-Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains peut être obtenu par le biais du site internet du CNERH à l'adresse suivante : http://ncehr.medical.org/Français/centre_f.html ou du bureau du CÉR en copie sur papier ou comme document MS Word 97.
15. **Point 32**
Une formule possible pourrait être « Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que patient, ou en tant que sujet de recherche, vous pouvez appeler l'Ombudsman de l'Hôpital Douglas au 761-6131, # 3287. »
16. **Point 34**
En regard de nouvelles exigences du MSSS en matière d'identification des patients de l'Hôpital qui participent un projet de recherche, une procédure a été établie quant à l'identification des patients / sujets de recherche. Ainsi, un amendement par lequel les participants acceptent l'échange d'informations entre cliniciens doit être ajouté à tous les formulaires de consentement. Veuillez noter qu'une copie du formulaire de consentement signé par les participants ainsi qu'une liste à jour des patients participants à un projet de recherche devront être expédiés aux archives médicales; cette procédure exclut les projets de recherche dont la durée est de moins d'un mois.

Révisée le 09/11/04

ANNEXE C.1

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES – ACHENBACH YOUTH SELF-REPORT

AUTO-ÉVALUATION POUR LES JEUNES DE 11 A 18 ANS

Réservé à la région interne,
No. d'ident.

Écrire en lettres moulées.

TON NOM COMPLET		PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TYPE D'EMPLOI HABITUEL DES PARENTS, même s'ils ne travaillent pas présentement. (Soit précis(e) – par exemple, mécanicien d'auto, enseignant au secondaire, auxiliaire familial, manoeuvre, tourneur, vendeur de chaussures, sergent dans l'armée, etc.)
TON SEXE		TON ÂGE		TON GROUPE ETHNIQUE OU TA RACE	
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille					Type d'emploi du PÈRE:
DATE D'AUJOURD'HUI		TA DATE DE NAISSANCE			Type d'emploi de la MÈRE:
Jour _____ Mois _____ Année _____		Jour _____ Mois _____ Année _____			
NIVEAU SCOLAIRE		SI TU TRAVAILLES, INDIQUE QUEL TYPE D'EMPLOI:			
JE NE VAIS PAS À L'ÉCOLE <input type="checkbox"/>					

Remplis ce formulaire selon ce que tu penses, même si d'autres personnes peuvent n'être pas en accord avec toi. Ajoute des commentaires à côté de chaque question, si tu le veux, et dans les espaces prévus à cet effet sur les pages 2 et 4. Réponds à toutes les questions.

I. Fais la liste des sports que tu aimes le plus pratiquer (par exemple, la natation, le baseball, le patinage, la planche à roulette, la bicyclette, la pêche, etc.).

Comparativement aux autres personnes de ton âge, combien de temps passes-tu à pratiquer ces sports?

Comparativement aux autres personnes de ton âge, quel est ton degré d'habileté dans ces sports?

Aucun

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

II. Fais la liste des passe-temps que tu aimes le plus (par exemple, les cartes, la lecture, le piano, les autos, l'artisanat, etc.). Ne compte pas le temps pris pour écouter la radio ou la télévision.

Comparativement aux autres personnes de ton âge, combien de temps passes-tu à pratiquer ces activités?

Comparativement aux autres personnes de ton âge, quel est ton degré d'habileté dans ces activités?

Aucun

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

III. Fais la liste des organisations, clubs, équipes ou groupes dont tu fais partie.

Comparativement aux autres personnes de ton âge, dans quelle mesure participes-tu à ces groupes?

Aucun

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Fais la liste de tes emplois et des tâches ménagères que tu fais par exemple, livraison de journaux, garder les enfants, faire le lit, travailler dans un magasin, etc.). Indique les tâches et emplois rémunérés et ceux non rémunérés.

Comparativement aux autres personnes de ton âge, dans quelle mesure réussis-tu à faire ces activités?

Aucun

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assure-toi d'avoir répondu à toutes les questions, puis tourne la page.

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

- V. 1. Combien d'amis ou d'amies intimes as-tu? (Ne pas compter les frères et sœurs.) Aucun(e) 1 2 ou 3 4 ou plus
2. Combien de fois par semaine pratiques-tu des activités avec des copains ou des copines en dehors des heures de classe? (Ne pas compter les activités avec les frères et sœurs.) Moins d'une fois 1 ou 2 3 ou plus

VI. Comparativement aux autres personnes de ton âge, indique comment

	Moins que les autres	Comparable aux autres	Mieux que les autres	<input type="checkbox"/> Je n'ai ni frère ni sœur
a. ...tu l'entends-tu avec tes frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...tu l'entends avec les autres jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ...tu l'entends avec tes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ...tu t'occupes quand tu es seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Rendement scolaire

Je ne vais pas à l'école parce que _____

Coche une case pour chaque matière que tu étudies.

	J'échoue	Mes résultats sont inférieurs à la moyenne	dans la moyenne	supérieurs à la moyenne
a. Français ou arts du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Histoire ou études sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arithmétique ou mathématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sciences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres matières (par exemple, l'informatique, les langues étrangères, les affaires). Ne pas indiquer l'éducation physique, le travail d'atelier, les cours de conduite, ni aucun autre sujet para-scolaire.

As-tu une maladie, une invalidité ou un handicap? Non Oui - préciser: _____

Descris les préoccupations ou les problèmes que tu as concernant l'école: _____

Descris toute autre préoccupation que tu as: _____

Qu'est-ce qui est le plus positif concernant ta personne? _____

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

Voici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des jeunes. À chaque énoncé qui s'applique à toi, maintenant ou depuis six mois, encercle le chiffre 2 si le comportement décrit s'applique toujours ou souvent. Encercle le chiffre 1 s'il s'applique à toi plus ou moins ou parfois. S'il ne s'applique pas à toi, encercle le 0.

0 = Ne s'applique pas			1 = Plus ou moins ou parfois			2 = Toujours ou souvent		
0	1	2	1. J'ai un comportement trop jeune pour mon âge.	0	1	2	34. J'ai l'impression que les autres «veulent ma peau».	
0	1	2	2. Je bois des boissons alcoolisées sans la permission de mes parents (préciser): _____	0	1	2	35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e).	
0	1	2	3. Je suis souvent en désaccord.	0	1	2	36. Je me blesse souvent, j'ai souvent des accidents.	
0	1	2	4. Je ne finis pas ce que je commence.	0	1	2	37. Je me bagarre souvent.	
0	1	2	5. Très peu de choses me font plaisir.	0	1	2	38. Les autres m'embêtent souvent ou me taquent de façon excessive.	
0	1	2	6. J'aime les animaux.	0	1	2	39. Je me tiens avec des jeunes qui «font des mauvais coups».	
0	1	2	7. Je me vante.	0	1	2	40. J'entends des sons ou des voix que les autres disent ne pas entendre (préciser): _____	
0	1	2	8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue.	0	1	2	41. J'agis sans réfléchir.	
0	1	2	9. Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses (préciser): _____	0	1	2	42. Je préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes.	
0	1	2	10. J'ai de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e).	0	1	2	43. Je mens ou je triche.	
0	1	2	11. Je dépend trop des adultes.	0	1	2	44. Je me ronge les ongles.	
0	1	2	12. Je me sens seul(e).	0	1	2	45. Je suis une personne nerveuse ou tendue.	
0	1	2	13. Je me sens confus(e) ou comme perdu(e) dans la brume.	0	1	2	46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses (préciser): _____	
0	1	2	14. Je pleure beaucoup.	0	1	2	47. J'ai des cauchemars.	
0	1	2	15. Je suis honnête.	0	1	2	48. Les autres jeunes ne m'aiment pas.	
0	1	2	16. Je suis méchant(e) envers les autres.	0	1	2	49. Je suis plus habile que la plupart des autres jeunes dans certains domaines.	
0	1	2	17. Je rêve souvent.	0	1	2	50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété.	
0	1	2	18. Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer.	0	1	2	51. J'ai des étourdissements.	
0	1	2	19. J'essaie d'avoir beaucoup d'attention.	0	1	2	52. Je me sens trop coupable.	
0	1	2	20. Je détruis les choses qui m'appartiennent.	0	1	2	53. Je mange trop.	
0	1	2	21. Je détruis les choses des autres.	0	1	2	54. Je souffre d'épuisement sans raison valable.	
0	1	2	22. Je désobéis à mes parents.	0	1	2	55. Mon poids est trop élevé.	
0	1	2	23. Je désobéis à l'école.	0	1	2	56. J'ai des problèmes de santé sans cause organique reconnue:	
0	1	2	24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais.	0	1	2	a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac).	
0	1	2	25. Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes.	0	1	2	b. Maux de tête.	
0	1	2	26. Je ne me sens pas coupable après m'être mal comporté(e).	0	1	2	c. Nausées.	
0	1	2	27. J'éprouve de la jalousie envers les autres.	0	1	2	d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (préciser): _____	
0	1	2	28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.	0	1	2	e. Éruptions ou autres problèmes cutanés.	
0	1	2	29. J'ai peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (préciser): _____	0	1	2	f. Maux ou crampes d'estomac.	
0	1	2	30. J'ai peur d'aller à l'école.	0	1	2	g. Vomissements.	
0	1	2	31. J'ai peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.	0	1	2	h. Autre (préciser): _____	
0	1	2	32. J'ai l'impression que je dois obligatoirement être parfait(e).	0	1	2	57. J'agresse physiquement les gens.	
0	1	2	33. J'ai l'impression que personne ne m'aime.					

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins ou parfois vrai

2 = Toujours ou souvent vrai

- 0 1 2 58. Je m'arrache des morceaux de peau ou je me gratte sur d'autres parties du corps (préciser): _____
- 0 1 2 59. Je peux être très amical(e).
- 0 1 2 60. J'aime essayer de nouvelles choses.
- 0 1 2 61. Mon travail scolaire est de piètre qualité.
- 0 1 2 62. J'ai des gestes mal coordonnés ou je suis maladroit(e).
- 0 1 2 63. J'aime mieux être avec des jeunes plus âgés qu'avec des jeunes de mon âge.
- 0 1 2 64. J'aime mieux être avec des jeunes moins âgés qu'avec des jeunes de mon âge.
- 0 1 2 65. Je refuse de parler.
- 0 1 2 66. Je répète certains gestes continuellement (préciser): _____
- 0 1 2 67. Je fais des fugues.
- 0 1 2 68. Je crie beaucoup.
- 0 1 2 69. Je suis une personne cachottière ou renfermée.
- 0 1 2 70. Je vois des choses que les autres disent ne pas voir (préciser): _____
- 0 1 2 71. Je suis facilement gêné(e) ou embarrassé(e).
- 0 1 2 72. J'allume des feux.
- 0 1 2 73. Je suis habile avec mes mains.
- 0 1 2 74. J'essaie d'impressionner les gens ou je fais le clown.
- 0 1 2 75. Je suis trop timide.
- 0 1 2 76. Je dors moins que les autres jeunes.
- 0 1 2 77. Je dors plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (préciser): _____
- 0 1 2 78. Je suis inattentif ou facilement distrait.
- 0 1 2 79. Je souffre d'un trouble de la parole (préciser): _____
- 0 1 2 80. Je défends mes droits.
- 0 1 2 81. Je vole à la maison.
- 0 1 2 82. Je vole ailleurs qu'à la maison.
- 0 1 2 83. J'accumule trop d'objets dont je n'ai pas besoin (préciser): _____
- 0 1 2 84. Je fais des choses que les autres considèrent bizarres (préciser): _____
- 0 1 2 85. J'ai des pensées que les autres considèrent bizarres (préciser): _____
- 0 1 2 86. Je suis têtu(e).
- 0 1 2 87. Je change d'humeur soudainement.
- 0 1 2 88. J'aime être avec d'autres personnes.
- 0 1 2 89. Je suis méfiant(e).
- 0 1 2 90. Je sacre ou je dis des obscénités.
- 0 1 2 91. Je pense à me suicider.
- 0 1 2 92. J'aime faire rire les autres.
- 0 1 2 93. Je parle trop.
- 0 1 2 94. J'embête souvent les autres ou je les taquine avec persistance.
- 0 1 2 95. Je suis colérique.
- 0 1 2 96. Je pense trop au sexe.
- 0 1 2 97. Je menace les autres de les blesser.
- 0 1 2 98. J'aime aider les autres.
- 0 1 2 99. Je fume, chique ou prise du tabac.
- 0 1 2 100. J'ai de la difficulté à dormir (préciser): _____
- 0 1 2 101. Je m'absente des cours ou je fais l'école buissonnière.
- 0 1 2 102. Je manque d'énergie.
- 0 1 2 103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée.
- 0 1 2 104. Je suis plus bruyant(e) que les autres.
- 0 1 2 105. Je consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considère pas l'alcool ou le tabac) (préciser): _____
- 0 1 2 106. J'essaie d'être juste avec les autres.
- 0 1 2 107. J'apprécie une bonne farce.
- 0 1 2 108. J'aime prendre la vie comme elle vient.
- 0 1 2 109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux.
- 0 1 2 110. J'aimerais être une personne du sexe opposé.
- 0 1 2 111. Je ne me mêle pas aux autres.
- 0 1 2 112. Je me fais beaucoup de souci.

Écris toutes les autres choses qui décrivent ce que tu ressens, comment tu te comportes ou quels sont tes intérêts.

ASSURE-TOI D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

ANNEXE C.2

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES – ACHENBACH CHILD BEHAVIOR CHECKLIST

LISTE DE VÉRIFICATION DU COMPORTEMENT DES JEUNES DE 6 À 18 ANS

Réservé à la régie interne.
No. d'ident.

Écrire en lettres moulées.

NOM COMPLET DE L'ENFANT		PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TYPE D'EMPLOI HABITUEL DES PARENTS, même s'ils ne travaillent pas présentement. (Indiquez précisément – par exemple, mécanicien d'auto, enseignant au secondaire, auxiliaire familial, manoeuvre, tourneur, vendeur de chaussures, sergent dans l'armée, etc.)
SEXE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille		ÂGE DE L'ENFANT	GROUPE ETHNIQUE OU RACE DE L'ENFANT		
DATE D'AUJOURD'HUI Jour ____ Mois ____ Année ____		DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT Jour ____ Mois ____ Année ____			Type d'emploi de la MÈRE: _____
NIVEAU SCOLAIRE _____		Veuillez remplir ce formulaire selon ce que vous savez sur le comportement de l'enfant, même si d'autres personnes ne sont pas nécessairement en accord avec vous. Sentez-vous libre d'ajouter des commentaires à côté de chaque question et dans les espaces prévus à cet effet sur la page 2. Répondez à toutes les questions.			CE FORMULAIRE EST REMPLI PAR: (Écrivez votre nom au complet en lettres moulées)
NE VA PAS À L'ÉCOLE <input type="checkbox"/>					Votre sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

I. Faites la liste des sports que votre enfant aime le plus pratiquer (par exemple, la natation, la base-ball, le patinage, la planche à roulette, la bicyclette, la pêche, etc.).

	Comparativement aux autres personnes de son âge, votre enfant passe combien de temps à pratiquer ces sports?				Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces sports?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/> Aucun								
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Faites la liste des passe-temps ou des jeux, autres que des sports, que votre enfant aime le plus (par exemple, les timbres, les poupées, les livres, le piano, les autos, l'artisanat, le chant, etc.). Ne considérez pas le temps passé à écouter la radio ou la télévision.

	Comparativement aux autres personnes de son âge, votre enfant passe combien de temps à pratiquer ces activités?				Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces activités?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/> Aucun								
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Faites la liste des organisations, clubs, équipes ou groupes dont votre enfant fait partie.

	Comparativement aux personnes de son âge, quel est son degré de participation à ces groupes?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/> Aucun				
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Faites la liste des emplois occupés et des tâches ménagères faites par votre enfant (par exemple, livraison de journaux, garder les enfants, faire le lit, travailler dans un magasin, etc.). Indiquez les tâches et les emplois rémunérés et non rémunérés.

	Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces activités?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
<input type="checkbox"/> Aucun				
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions, puis tournez la page.

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

- V. 1. Combien d'amis ou d'amies intimes a votre enfant? (Ne pas compter les frères et sœurs.) Aucun 1 2 ou 3 4 ou plus
2. Combien de fois par semaine est-ce que votre enfant ratique des activités avec des copains ou copines, en dehors des heures de classe? Moins d'une fois 1 ou 2 3 ou plus
- (Ne pas compter les activités avec les frères et sœurs.)

VI. Comparativement aux autres personnes de son âge, indiquez si votre enfant...

- | | Moins que les autres | Dans la moyenne | Mieux que les autres | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. S'entend avec ses frères et sœurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Il n'a ni frère ni sœur. |
| b. S'entend avec les autres jeunes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Se comporta correctement avec ses parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Peut jouer ou travailler seul(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. 1. Rendement scolaire, dans chaque matière. Il ne va pas à l'école parce que

Cochez une case pour chaque matière étudiée.

	Essuie un échec	Résultats inférieurs à la moyenne	dans la moyenne	supérieurs à la moyenne
a. Lecture, français ou arts du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Histoire ou études sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arithmétique ou mathématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres matières (par exemple, l'informatique, les langues étrangères, les affaires). Ne pas inclure l'éducation physique, le travail d'atelier, les cours de conduite, ni aucun autre sujet para scolaire.

2. Est-ce que votre enfant reçoit un enseignement spécial ou bénéficie de services orthopédagogiques, ou est-ce qu'il (elle) est dans une classe ou une école d'enfants en difficulté? Non Oui – précisez la sorte de services, de classe ou d'école:

3. Est-ce que votre enfant a doublé une ou plusieurs années scolaires? Non Oui – précisez les années scolaires et les raisons:

4. Est-ce que votre enfant a des problèmes de nature académique ou autre à l'école? Non Oui – précisez:

Quand ces problèmes ont-ils débuté?

Ces problèmes ont-ils été réglés? Non Oui – quand?

Est-ce que votre enfant souffre d'une maladie ou d'un handicap physique ou mental? Non Oui – précisez:

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre enfant?

Qu'est-ce qui est le plus positif à propos de votre enfant?

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

Voici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des enfants ou des adolescents. À chaque énoncé qui s'applique à votre enfant, présentement ou depuis six mois, encerclez le chiffre 2 si le comportement décrit s'applique toujours ou souvent à votre enfant. Encerclez le 1 s'il s'applique plus ou moins ou parfois à votre enfant. S'il ne s'applique pas à votre enfant, encerclez le 0. Veuillez marquer tous les énoncés du mieux que vous le pouvez, même si certains d'entre eux semblent ne pas s'appliquer à votre enfant.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)			1 = Plus ou moins ou parfois vrai	2 = Toujours ou souvent vrai			
0	1	2	1. A un comportement trop jeune pour son âge.	0	1	2	31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.
0	1	2	2. Boit des boissons alcoolisées sans la permission de ses parents (précisez): _____	0	1	2	32. A l'impression de devoir obligatoirement être parfait(e).
0	1	2	3. Est souvent en désaccord.	0	1	2	33. A l'impression que personne ne l'aime.
0	1	2	4. Ne finit pas ce qu'il ou elle commence.	0	1	2	34. A l'impression ou se plaint que les autres «veulent sa peau».
0	1	2	5. Très peu de choses lui font plaisir.	0	1	2	35. Se sent inférieur(e) ou dévalorisé(e).
0	1	2	6. Défèque ailleurs qu'à la toilette.	0	1	2	36. Se blesse souvent, a souvent des accidents.
0	1	2	7. Sa vanté.	0	1	2	37. Se bagarre souvent.
0	1	2	8. A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue.	0	1	2	38. Se fait souvent embêter ou taquiner de façon excessive.
0	1	2	9. Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions (précisez): _____	0	1	2	39. Se tient avec d'autres personnes qui «font des mauvais coups».
0	1	2	10. A de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e), est agité(e) ou a un comportement hyperactif.	0	1	2	40. Entend des sons ou des voix qui n'existent pas (précisez): _____
0	1	2	11. S'accroche trop aux adultes ou dépend trop des autres.	0	1	2	41. Agit sans réfléchir ou impulsivement.
0	1	2	12. Se plaint de souffrir de solitude.	0	1	2	42. Préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes.
0	1	2	13. Est confus(e) ou semble être perdu(e) dans la brume.	0	1	2	43. Ment ou triche.
0	1	2	14. Pleure beaucoup.	0	1	2	44. Se ronge les ongles.
0	1	2	15. Est cruel(le) envers les animaux.	0	1	2	45. Est une personne nerveuse ou tendue.
0	1	2	16. Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres.	0	1	2	46. A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (précisez): _____
0	1	2	17. Révase ou est souvent «dans la lune».	0	1	2	47. Fait des cauchemars.
0	1	2	18. Tenté délibérément de se blesser ou de se tuer.	0	1	2	48. Les autres jeunes ne l'aiment pas.
0	1	2	19. Exige beaucoup d'attention.	0	1	2	49. Est constipé, ne défèque pas.
0	1	2	20. Détruit les choses qui lui appartiennent.	0	1	2	50. Est une personne trop craintive ou anxieuse.
0	1	2	21. Détruit les choses qui appartiennent à la famille ou aux autres.	0	1	2	51. A des étourdissements.
0	1	2	22. Désobéit à la maison.	0	1	2	52. Se sent trop coupable.
0	1	2	23. Désobéit à l'école.	0	1	2	53. Mange trop.
0	1	2	24. Ne mange pas bien.	0	1	2	54. Souffre d'épuisement sans raison valable.
0	1	2	25. Ne s'entend pas bien avec les autres jeunes.	0	1	2	55. Son poids est trop élevé.
0	1	2	26. Ne se sent pas coupable après s'être mal comporté(e).	0	1	2	56. A des problèmes de santé sans cause organique reconnue:
0	1	2	27. Devient facilement en proie à la jalousie.	0	1	2	a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac).
0	1	2	28. Ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.	0	1	2	b. Maux de tête.
0	1	2	29. A peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (précisez): _____	0	1	2	c. Nausées.
0	1	2	30. A peur d'aller à l'école.	0	1	2	d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (précisez): _____
				0	1	2	e. Éruptions ou autres problèmes cutanés.
				0	1	2	f. Maux ou crampes d'estomac.
				0	1	2	g. Vomissements.
				0	1	2	h. Autre (précisez): _____

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)

1 = Plus ou moins ou parfois vrai

2 = Toujours ou souvent vrai

- | | | | |
|-------|--|-------|---|
| 0 1 2 | 57. Agresse physiquement les gens. | 0 1 2 | 84. A un comportement bizarre (précisez): _____ |
| 0 1 2 | 58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps (précisez): _____ | 0 1 2 | 85. A des idées bizarres (précisez): _____ |
| 0 1 2 | 59. Joue avec ses parties génitales en public. | 0 1 2 | 86. Est fêtu(e), maussade ou irritable. |
| 0 1 2 | 60. Joue trop avec ses parties génitales. | 0 1 2 | 87. Change d'humeur soudainement. |
| 0 1 2 | 61. Son travail scolaire est de piètre qualité. | 0 1 2 | 88. Boude beaucoup. |
| 0 1 2 | 62. A des gestes peu coordonnés ou est maladroit(e). | 0 1 2 | 89. Est méfiant(e). |
| 0 1 2 | 63. Préfère être avec des jeunes plus âgés. | 0 1 2 | 90. Sacre ou dit des obscénités. |
| 0 1 2 | 64. Préfère être avec des jeunes moins âgés. | 0 1 2 | 91. Parle de se suicider. |
| 0 1 2 | 65. Refuse de parler. | 0 1 2 | 92. Parle durant le sommeil ou est somnambule (précisez): _____ |
| 0 1 2 | 66. Répète certains gestes continuellement; a des compulsions (précisez): _____ | 0 1 2 | 93. Parle trop. |
| 0 1 2 | 67. Fait des fugues. | 0 1 2 | 94. Embête les autres ou les taquine de façon excessive. |
| 0 1 2 | 68. Crie beaucoup. | 0 1 2 | 95. Fait des crises de colère. |
| 0 1 2 | 69. Est une personne cachottière ou renfermée. | 0 1 2 | 96. Pense trop au sexe. |
| 0 1 2 | 70. Voit des choses qui n'existent pas (précisez): _____ | 0 1 2 | 97. Fait des menaces aux gens. |
| 0 1 2 | 71. Est facilement gêné(e) ou embarrassé(e). | 0 1 2 | 98. Suce son pouce. |
| 0 1 2 | 72. Allume des feux. | 0 1 2 | 99. Fume, chique ou prise du tabac. |
| 0 1 2 | 73. A des problèmes sexuels (précisez): _____ | 0 1 2 | 100. Souffre d'insomnie (précisez): _____ |
| 0 1 2 | 74. Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown. | 0 1 2 | 101. Fait l'école buissonnière, manque ses cours. |
| 0 1 2 | 75. Est trop timide. | 0 1 2 | 102. Est une personne peu active, lente ou manquant d'énergie. |
| 0 1 2 | 76. Dort moins que les autres jeunes. | 0 1 2 | 103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée. |
| 0 1 2 | 77. Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (précisez): _____ | 0 1 2 | 104. Est particulièrement bruyant(e). |
| 0 1 2 | 78. Est inattentif ou facilement distrait. | 0 1 2 | 105. Consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considérez pas l'alcool ou le tabac) (précisez): _____ |
| 0 1 2 | 79. Souffre d'un trouble de la parole (précisez): _____ | 0 1 2 | 106. Fait du vandalisme. |
| 0 1 2 | 80. A l'œil hagard. | 0 1 2 | 107. A des incontinences urinaires pendant le jour. |
| 0 1 2 | 81. Vole à la maison. | 0 1 2 | 108. A des incontinences urinaires la nuit. |
| 0 1 2 | 82. Vole à d'autres endroits qu'à la maison. | 0 1 2 | 109. A une voix plaintive. |
| 0 1 2 | 83. Accumule des objets dont il(elle) n'a pas besoin (précisez): _____ | 0 1 2 | 110. Souhaite être du sexe opposé. |
| | | 0 1 2 | 111. Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres. |
| | | 0 1 2 | 112. Est une personne inquiète. |
| | | 0 1 2 | 113. Veuillez indiquer tout autre problème qu'a votre enfant et qui ne figure pas ci-dessus: _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

ANNEXE C.3

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES – ABBREVIATED DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINES

AB-D I B POUR LES 12-18 ANS

Nom et prénom: _____

Date de naissance: Jour ____ Mois ____ Année ____

Date du questionnaire: Jour ____ Mois ____ Année ____ Sexe: Masculin: ____ Féminin: ____

Instructions: Lis chacune des questions et réponds de la manière qui te décrit le mieux durant la dernière année.

- | | | NON | OUI |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 01 | Est-ce que tu commets souvent des imprudences (comme prendre des chances ou faire des choses dangereuses) par exemple, choisir des amis dont tu sais qu'ils sont violents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 | As-tu quelquefois l'impression que tes pensées sont transmises de sorte que les autres sont au courant de ce que tu penses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 | As-tu déjà eu des relations sexuelles? | | |
| | Si OUI, à quel âge as-tu eu ta première expérience? | AGE: ____ | <input type="checkbox"/> |
| 04 | As-tu déjà, au cours de toute ta vie, essayé de te tuer?
Je veux dire par là, une action, un geste pour te tuer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Si OUI, combien de fois as-tu essayé de te tuer? | NB ____ | <input type="checkbox"/> |
| 06 | Quel âge avais-tu la première fois que tu as essayé de te tuer? | AGE: ____ | <input type="checkbox"/> |
| 07 | Au cours de la dernière année, as-tu beaucoup pensé à la mort durant deux semaines ou plus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 | Soupçonnes-tu les autres de vouloir te suivre ou te faire du mal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 | Au cours de la dernière année, as-tu participé à une grosse bataille où on se donnait des coups de poings et où on se frappait? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | As-tu déjà dit à quelqu'un que tu allais te suicider? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | As-tu déjà bu de l'alcool régulièrement avant l'âge de 12 ans? (ex: plus d'une fois par mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Sens-tu que tu as des dons particuliers, comme des pouvoirs que personne d'autre que tu connais ne possède? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | As-tu quelquefois l'impression que tes idées sont troublées (ou que l'on tente de te mettre dans la tête des idées qui ne sont pas les tiennes) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | As-tu été très triste la plupart du temps durant toute la dernière année? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As-tu souvent l'impression que les autres parlent ou rient de toi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 16 Crois-tu que ton destin est spécial, par exemple, que tu as été choisi(e) pour jouer un rôle spécial dans l'univers?
- 17 As-tu souvent pensé à te tuer durant deux semaines ou plus au cours de la dernière année?
- 18 Avais-tu un plan précis sur la façon dont tu te tuerais?
- 19 As-tu été bougonneux la plupart du temps durant toute la dernière année?
- 20 Les jours où tu étais bougonneux, est-ce que cela durait presque toute la journée?
- 21 T'arrive-t-il souvent de penser que tu vauds rien et qu'il n'y a rien à faire avec toi?
- 22 As-tu déjà eu des apparitions ou des visions lorsque tu étais complètement éveillé(e), comme voir une personne absente ou comme si des personnes prenaient des figures de monstres?
- 23 As-tu déjà fait usage de drogues illégales comme la marijuana, le hashich, le crack, la cocaïne ou autres?
- 24 T'arrive-t-il de penser que quelqu'un d'autre que toi contrôle tes actes ou tes paroles?
- 25 T'es-tu déjà blessé(e) volontairement sans que cela ait été une tentative de suicide, comme briser une fenêtre avec ton poing parce que tu étais en colère?
- 26 T'arrive-t-il parfois d'être convaincu(e) que les gens peuvent lire en toi comme dans un livre ouvert?

Merci!

ANNEXE C.4

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES – MILLON ADOLESCENT CLINICAL INVENTORY

MACI

Millon Adolescent Clinical Inventory

Theodore Millon, Ph. D., D.Sc.

Traduction française de :
Lucie Fortin, M.Ps., psychologue

Instructions :

Les pages qui suivent contiennent une liste d'énoncés que les gens utilisent pour se décrire. Ils sont présentés ici afin de vous aider à décrire vos sentiments et vos attitudes. Essayez d'être aussi honnêtes et sérieux que possible en répondant à ces énoncés, puisque vos réponses vont aider votre conseiller à mieux vous connaître et à vous aider à planifier votre avenir.

Ne vous inquiétez pas si quelques-uns des énoncés semblent inhabituels ; ils sont inclus pour décrire des gens qui présentent plusieurs types de problèmes. Si vous êtes d'accord avec un énoncé ou décidez qu'il vous décrit, noircissez le cercle marqué par un T sur la feuille de réponse pour signaler que c'est « vrai » (True). Si vous êtes en désaccord avec un énoncé ou si vous décidez que cela ne vous décrit pas, noircissez le F pour indiquer que c'est « faux ». Essayez de répondre à chaque énoncé, même si vous n'êtes pas certain de votre choix. Si vous essayez de vous décider de votre mieux, sans y parvenir, noircissez le F pour « faux ».

Il n'y a pas de limite de temps pour compléter cet inventaire, mais il vaut mieux travailler aussi rapidement qu'il vous est confortable de le faire.

Utilisez un crayon de plomb noir, et prenez soin de faire une marque foncée en remplissant les cercles. Si vous faites une erreur ou si vous changez d'idée, effacez complètement votre première réponse, puis noircissez le bon cercle. N'écrivez pas sur ce questionnaire.

1. J'aime beaucoup mieux suivre les gens que d'être le meneur.
2. Je suis assez sûr de savoir qui je suis et ce que je veux dans la vie
3. Je n'ai pas besoin de cultiver des amitiés proches comme d'autres adolescents
4. J'éprouve souvent du ressentiment quand je fais ce que les autres attendent de moi.
5. Je fais de mon mieux pour ne pas blesser les sentiments des gens.
6. Je peux faire confiance à mes parents pour me comprendre.
7. Certaines personnes me trouvent un peu vaniteux.
8. Je ne prendrais jamais de drogue, sous aucun prétexte.
9. J'essaie toujours de faire ce qui est approprié.
10. J'aime mon apparence.
11. Même s'il m'arrive de me bourrer de nourriture, je déteste prendre du poids.
12. Rien de ce qui m'arrive ne me rend heureux ou triste.
13. J'ai du mal à m'entendre avec les autres adolescents.
14. Je me sens très gêné de dire aux gens comment j'ai été maltraité dans mon enfance.
15. Je n'ai jamais fait une chose pour laquelle j'aurais pu être arrêté par la police.
16. Je pense que tout le monde se porterait mieux si j'étais mort.
17. Parfois, quand je suis loin de chez moi, je me sens tendu et paniqué.
18. Habituellement, j'agis vite, sans réfléchir.
19. Je crois que je suis une personne qui se plaint beaucoup et qui s'attend toujours au pire.
20. Ce n'est pas rare de se sentir seul et non désiré.
21. Les punitions ne m'ont jamais empêché de faire tout ce que je voulais.
22. La boisson semble avoir été un problème pour plusieurs membres de ma famille.
23. J'aime suivre les directives et faire ce que les autres attendent de moi.
24. Il semble que je m'adapte rapidement à n'importe quel nouveau groupe de jeunes.
25. J'ai fait très peu de choses qui ont été appréciées par les autres.
26. Je déteste le fait que je n'ai pas l'apparence ou l'intelligence que je souhaiterais avoir.
27. J'aime vivre à la maison.
28. Parfois, je fais peur aux autres jeunes pour qu'ils fassent ce que je veux.
29. Même si les gens me disent que je suis mince, je me sens quand même trop gros.
30. Quand j'ai pris quelques verres, je me sens plus sûr de moi.
31. La plupart des gens sont plus beaux que moi.
32. J'ai souvent peur de paniquer ou de perdre connaissance quand je suis dans une foule.
33. Parfois, je me force à vomir quand j'ai mangé beaucoup.
34. Je me sens souvent comme si je flottais, comme si j'étais perdu dans la vie.
35. La plupart des adolescents ne semblent pas m'aimer.
36. Quand j'ai le choix, je préfère faire des choses seul.
37. S'impliquer dans les problèmes des autres est une perte de temps.
38. J'ai souvent le sentiment que les autres ne veulent pas être amis avec moi.
39. Je ne me préoccupe pas beaucoup de ce que les autres jeunes pensent de moi.
40. Avant, je me gelais tellement que je ne savais plus ce que je faisais.
41. Ça ne me dérange pas de dire aux autres des choses qu'ils n'aiment pas entendre.
42. Tel que je me vois, je suis très loin de ce que je voudrais être.
43. Dans ma vie, les choses vont de mal en pis.
44. Dès que j'ai envie de faire quelque chose, je passe à l'action.

45. On ne m'a jamais dit que j'étais un délinquant.
46. Je suis souvent mon pire ennemi.
47. Très peu de choses ou d'activités me donnent du plaisir.
48. Je pense toujours à me mettre au régime, même si les gens me disent que je suis trop maigre.
49. Je trouve qu'il est difficile de me sentir triste pour les gens qui s'inquiètent de tout.
50. C'est bon d'avoir une routine pour la plupart des choses à faire.
51. Je ne m'intéresse pas au sexe autant que les autres jeunes de mon âge.
52. Je ne vois rien de mal à utiliser les autres pour obtenir ce que je veux.
53. Je préférerais être n'importe où sauf à la maison.
54. Je suis parfois tellement énervé que je veux me faire mal sérieusement.
55. Je ne pense pas avoir été abusé sexuellement quand j'étais enfant.
56. Je suis une personne qui se donne en spectacle et qui aime se montrer.
57. Je peux tolérer la bière ou l'alcool mieux que la plupart de mes amis.
58. Les parents et les professeurs sont trop sévères avec les enfants qui ne suivent pas les règles.
59. J'aime beaucoup flirter.
60. Voir quelqu'un souffrir ne me dérange pas.
61. Il me semble que je n'ai pas beaucoup de sentiments pour les autres.
62. J'aime bien penser au sexe.
63. Je m'inquiète beaucoup à l'idée qu'on m'abandonne.
64. Je me sens souvent triste et mal aimé.
65. Je suis censé être mince, mais je sens que mes cuisses et mes fesses sont bien trop grosses.
66. Je le mérite souvent quand les autres me rabaisent.
67. Les gens me mettent de la pression pour que j'en fasse toujours plus que les autres.
68. Je pense que j'ai un beau corps.
69. Je me sens à l'écart socialement.
70. Je me fais des amis facilement.
71. Je suis une personne plutôt peureuse et anxieuse.
72. Je déteste penser à la façon dont j'ai été maltraité dans mon enfance.
73. Je ne suis pas pire que beaucoup de jeunes qui volent de temps en temps.
74. Je préfère agir d'abord et réfléchir plus tard.
75. J'ai eu des périodes où je fumais du pot plusieurs fois par semaine.
76. Il y a trop de règles qui m'empêchent de faire ce que je veux.
77. Quand les choses deviennent ennuyantes, j'aime provoquer un peu d'excitation.
78. Je fais parfois des choses cruelles pour rendre quelqu'un malheureux.
79. Je passe beaucoup de temps à m'inquiéter pour mon avenir.
80. Je pense souvent que je ne mérite pas les belles choses que j'ai dans ma vie.
81. Je me sens un peu triste quand je vois quelqu'un qui est seul.
82. Je mange peu devant les autres, mais après, je me bourre de nourriture quand je suis seul.
83. Ma famille est toujours en train de crier et de se chicaner.
84. Je suis parfois très insatisfait de qui je suis.
85. Je ne semble pas capable de prendre plaisir à être avec les autres.
86. J'ai des capacités que les autres jeunes envient.
87. Je suis très mal à l'aise avec les gens, sauf quand je suis sûr qu'ils m'aiment vraiment.
88. Me tuer serait peut-être la façon la plus facile de régler mes problèmes.
89. Je suis souvent mélangé et énervé quand les gens sont gentils avec moi.

90. Prendre un verre semble vraiment m'aider quand je suis déprimé.
91. Il est rare que j'aie hâte à quelque chose.
92. Je suis très bon pour inventer des excuses pour me sortir du trouble.
93. C'est très important que les enfants apprennent à obéir à leurs aînés.
94. Le sexe est plaisant.
95. Personne ne se préoccupe vraiment de si je vis ou si je meurs.
96. On devrait respecter nos aînés et ne pas penser qu'on en sait plus qu'eux.
97. J'ai parfois du plaisir à faire du mal à quelqu'un physiquement.
98. Je me sens souvent déprimé après que quelque chose de bon m'est arrivé.
99. Je ne pense pas que les gens me voient comme une personne attirante.
100. Socialement, je suis un solitaire et ça ne me dérange pas.
101. Presque tout ce que j'essaie me vient facilement.
102. À certains moments, je me sens beaucoup plus jeune que mon âge.
103. J'aime être le centre de l'attention.
104. Quand je veux faire quelque chose je le fais sans penser aux conséquences.
105. J'ai terriblement peur que peu importe combien je maigris, je vais regagner du poids dès que je vais manger.
106. Je ne m'approche pas des gens parce que j'ai peur qu'ils se moquent de moi.
107. De plus en plus souvent, je pense à m'enlever la vie.
108. Parfois, je me rabaisse, juste pour que l'autre se sente mieux.
109. J'ai très peur lorsque je me mets à penser que je suis seul au monde.
110. Les bonnes choses ne durent pas.
111. J'ai eu quelques problèmes avec la loi.
112. J'aimerais échanger mon corps avec celui de quelqu'un d'autre.
113. Il m'arrive souvent de rêver d'être à nouveau beaucoup plus jeune.
114. Je n'ai pas vu une auto depuis dix ans.
115. Les autres jeunes de mon âge semblent plus confiant dans ce qu'ils sont et ce qu'ils veulent.
116. Penser au sexe me mélange la plupart du temps.
117. Je fais ce que je veux, sans m'inquiéter de l'effet que ça peut avoir sur les autres.
118. Plusieurs choses qui semblent bonnes aujourd'hui vont mal tourner plus tard.
119. Les autres de mon âge ne m'appellent jamais pour m'inviter à venir avec eux.
120. Il y a eu des périodes où je ne pouvais pas passer à travers ma journée sans fumer du pot.
121. Je rends ma vie plus difficile qu'elle ne devrait l'être.
122. Je préfère qu'on me dise quoi faire plutôt que d'avoir à décider pour moi-même.
123. J'ai déjà essayé de me suicider dans le passé.
124. J'ai des crises de bouffe quelques fois par semaine.
125. Dernièrement, les plus petites choses semblent me déprimer.
126. J'ai traversé l'Atlantique 30 fois au cours de la dernière année.
127. Il y a des fois où je souhaiterais être quelqu'un d'autre.
128. Ça ne me dérange pas de bousculer les autres pour montrer mon pouvoir.
129. J'ai honte des terribles choses que certains adultes m'ont faites quand j'étais jeune.
130. Tout ce que je fais, j'essaie de le faire aussi parfaitement que possible.
131. Je suis content de la façon dont mon corps s'est développé.
132. Je suis souvent effrayé quand je pense aux choses que j'ai à faire.

133. Dernièrement, je me suis senti agité et nerveux presque tout le temps.
134. Avant, j'essayais des drogues dures juste pour voir quel effet elles ont eu sur moi.
135. Je peux charmer les gens pour qu'ils me donnent presque tout ce que je veux.
136. Les adultes donnent plus de chances aux autres jeunes qu'à moi.
137. Des gens m'ont fait des choses sexuellement alors que j'étais trop jeune pour comprendre.
138. Souvent, je continue de manger au point de me sentir malade.
139. Je vais rire de quelqu'un dans un groupe juste pour les rabaisser.
140. Je n'aime pas être la personne que je suis devenu.
141. Il semble que je détruis les bonnes choses qui m'arrivent.
142. Même si je désire avoir des amis, je n'en ai presque pas.
143. Je suis content que les émotions reliées à la sexualité soient devenues une partie de ma vie.
144. Je suis prêt à mourir de faim pour être encore plus mince.
145. Je suis très mature pour mon âge et je sais ce que je veux faire dans la vie.
146. À bien des niveaux, je me sens supérieur à la plupart des gens.
147. Mon avenir semble sans espoir.
148. Mes parents ont du mal à me garder dans le droit chemin.
149. Quand je n'ai pas ce que je veux, je perds vite mon sang-froid.
150. Je m'amuse souvent à faire certaines choses illégales.
151. Je crois que je compte trop sur l'aide des autres.
152. Quand on passe un bon moment, mes amis et moi, on peut devenir pas mal saouls.
153. Je me sens seul et vide la plupart du temps.
154. Je me sens sans but et je ne sais pas où je m'en vais.
155. Raconter des mensonges est une chose assez normale.
156. J'ai songé à comment et quand je pourrais me suicider.
157. J'aime commencer des batailles.
158. Il y a des moments où personne à la maison ne semble se préoccuper de moi.
159. C'est bon d'avoir une façon de faire les choses qui est toujours la même, pour éviter les erreurs.
160. Je mérite probablement la plupart des problèmes que j'ai.

MILLON
Milior® Adolescent
Clinical Inventory
 by Theodore Millon, PhD, DSc, with Carole Millon, PhD, and Roger Davis, PhD

MILLON ADULT INVENTORY
 Hand-Scoring Answer Sheet

NAME OR IDENTIFICATION NUMBER

TEST DATE AGE GENDER RACE

1	(T)	(F)	31	(F)	61	(T)	91	(T)	121	(F)	151	(T)
2	(T)	(F)	32	(T)	62	(T)	92	(F)	122	(T)	152	(F)
3	(T)	(F)	33	(T)	63	(T)	93	(T)	123	(T)	153	(T)
4	(T)	(F)	34	(T)	64	(T)	94	(T)	124	(T)	154	(T)
5	(T)	(F)	35	(T)	65	(T)	95	(T)	125	(T)	155	(T)
6	(T)	(F)	36	(T)	66	(T)	96	(T)	126	(T)	156	(T)
7	(T)	(F)	37	(T)	67	(T)	97	(T)	127	(T)	157	(T)
8	(T)	(F)	38	(T)	68	(T)	98	(T)	128	(T)	158	(T)
9	(T)	(F)	39	(T)	69	(T)	99	(T)	129	(T)	159	(T)
10	(T)	(F)	40	(T)	70	(T)	100	(T)	130	(T)	160	(T)
11	(T)	(F)	41	(T)	71	(T)	101	(T)	131	(T)		
12	(T)	(F)	42	(T)	72	(T)	102	(T)	132	(T)		
13	(T)	(F)	43	(T)	73	(T)	103	(T)	133	(T)		
14	(T)	(F)	44	(T)	74	(T)	104	(T)	134	(T)		
15	(T)	(F)	45	(T)	75	(T)	105	(T)	135	(T)		
16	(T)	(F)	46	(T)	76	(T)	106	(T)	136	(T)		
17	(T)	(F)	47	(T)	77	(T)	107	(T)	137	(T)		
18	(T)	(F)	48	(T)	78	(T)	108	(T)	138	(T)		
19	(T)	(F)	49	(T)	79	(T)	109	(T)	139	(T)		
20	(T)	(F)	50	(T)	80	(T)	110	(T)	140	(T)		
21	(T)	(F)	51	(T)	81	(T)	111	(T)	141	(T)		
22	(T)	(F)	52	(T)	82	(T)	112	(T)	142	(T)		
23	(T)	(F)	53	(T)	83	(T)	113	(T)	143	(T)		
24	(T)	(F)	54	(T)	84	(T)	114	(T)	144	(T)		
25	(T)	(F)	55	(T)	85	(T)	115	(T)	145	(T)		
26	(T)	(F)	56	(T)	86	(T)	116	(T)	146	(T)		
27	(T)	(F)	57	(T)	87	(T)	117	(T)	147	(T)		
28	(T)	(F)	58	(T)	88	(T)	118	(T)	148	(T)		
29	(T)	(F)	59	(T)	89	(T)	119	(T)	149	(T)		
30	(T)	(F)	60	(T)	90	(T)	120	(T)	150	(T)		



NCS Assessments P.O. Box 1416 Minneapolis MN
 55440 800-627-7271 <http://assessments.ncspearson.com>
 Copyright © 1993 DICANDRIEN, INC. All rights reserved.
 Published and distributed by NCS Pearson, Inc.
 Printed in the United States of America.
 "MACT" and "Millior" are trademarks of DICANDRIEN, Inc.
 The NCS Assessments logo is a trademark of NCS Pearson, Inc.

Product Number
 45214

ANNEXE C.5

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES – STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR THE DSM-IV AXIS II

DISORDERS: MODULE ÉTAT-LIMITE

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE ET
CLINIQUE SEMI-STRUCTURÉE POUR
LES TROUBLES DE L'AXE II

SCID-II

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ LAVAL

ENTREVUE CLINIQUE SEMI-STRUCTURÉE
POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DE L'AXE II DU DSM-IV

Michael B. First M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W
Janet B.W Williams, D.S.W
Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry, New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph.D.
Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Traduction et adaptation française pour le Québec par :

Olivier Pelletier, M.Ps.
École de psychologie
Université Laval, Québec, Canada
Boursier des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC)

Nous remercions grandement les membres du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ) de l'Université Laval et les intervenants du Centre Domrémey Maurice/Centre-du-Québec pour leur aide lors de la traduction et l'adaptation de l'instrument, ainsi que les IRSC pour leur support.

Étude : _____	Étude n° : _____	1
Sujet : _____	Identité n° : _____	2
Évaluateur : _____	Évaluateur n° : _____	3
Date de l'entretien : _____ moisjourannée		4
Sources d'informations (Vérifier que tout s'applique) :		
	- Patient	5
	- Famille/ amis/ camarades	6
	- Corps médical/ dossier / Lettre d'envoi	7
	- SCID - II- PQ	8

Rempli et vérifié par : _____

Date _____

SCID II RESUMÉ : FEUILLE DE RÉSULTATS

Ensemble des qualités et état complet des informations :
1= faible,2= passable,3= bien,4= excellent

9

Durée de l'entretien (en minutes) : _____

10

Trouble de la Personnalité

Nombre d'items codés 3 (les nombres dans
les cases indiquent le seuil requis pour le
diagnostic)

01	Évitante (p.3-4) TPE	1	2	3	4	5	6	7			11
02	Dépendante (p.5-7) TPD	1	2	3	4	5	6	7	8		12
03	Obsessive-Compulsive(p.8-10)TPOC 1		2	3	4	5	6	7	8		13
04	Passive-agressive (p.11-12)TPPA	1	2	3	4	5	6	7	8		14
05	Dépressive (p.13-14)TPDEPR	1	2	3	4	5	6	7			15
06	Paranoïaque (p.15-16)TPP	1	2	3	4	5	6				16
07	Schizotypique (p.17-20)TPST	1	2	3	4	5	6	7	8	9	17
08	Schizoïde (p.21-22)TPS	1	2	3	4	5	6	7			18
09	Histrionique (p.23-24)TPH	1	2	3	4	5	6	7	8		19
10	Narcissique (p. 25-28)TPN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20
11	Borderline (État-limite) (p. 29-32)TPB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	21
12	Antisociale (p. 33-40) TPA	1	2	3	4	5	6	7			22
13	Non spécifiée (NOS) (p.41)TPNOS	1									23

DIAGNOSTIC PRINCIPAL AXE II (c'est à dire, le Trouble de la Personnalité qui est --
ou qui devrait être -- le principal centre d'intérêt clinique).

24

Tapez le numéro du code inscrit à gauche du diagnostic ci dessus : --
Remarque : tapez 99 s'il n'y a pas de trouble Axe II.

SCID - II

Panorama

PANORAMA DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Je vais maintenant vous poser des questions concernant le type de personne que vous êtes, c'est-à-dire, comment vous vous sentez ou comportez en général.

SI UN TROUBLE AXE I CIRCONSCRIT OU ÉPISODIQUE A ÉTÉ PRÉSENT : Je sais qu'il y a eu des moments où vous avez été (SYMPTÔME d'Axe I). Je ne parle pas de ces moments. Et vous devez essayer de penser à comment vous êtes habituellement lorsque vous n'êtes pas (Axe I SXS). Avez-vous des questions à ce sujet ?

Comment vous décririez-vous en tant que personne (avant l'axe I SXS) ?

SI NE PEUT PAS RÉPONDRE, AVANCEZ.

Comment pensez-vous que les autres vous décriraient en tant que personne (SYMPTÔME d'Axe I) ?

Qui ont été les personnes importantes dans votre vie ? (SI NE CITE QUE LA FAMILLE : Qu'en est-il de vos amis ?)

Comment vous êtes-vous entendu(e) avec eux ?

Pensez-vous que votre façon habituelle de réagir par rapport aux choses ou de vous comporter avec les gens vous a causé des problèmes avec quelqu'un ? (À la maison ? À l'école ? Au travail ?) (De quelle façon ?)

Quel genre de chose avez-vous fait que les autres aient pu trouver dérangeante ?

Comment employez-vous votre temps libre ?

Si vous pouviez changer votre personnalité d'une manière ou d'une autre, de quelle façon voudriez-vous être différent ?

=>SI LE QUESTIONNAIRE A ÉTÉ REMPLI :

Je souhaite maintenant revenir sur les questions auxquelles vous avez répondu «oui» dans le questionnaire.

N.B. L'administrateur du SCID-II doit ajouter «Vous avez dit que...» devant chacune des questions posées lorsque le questionnaire a été rempli.

=> SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI :

Je souhaite maintenant vous poser quelques questions plus précises ?

TPÉ	SCID-II TPÉ	CRITÈRES DU TPÉ	
<p>1. Avez-vous évité des emplois ou des tâches qui impliquaient d'être en contact avec beaucoup de personnes ?</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>Quelle était la ou les raison(s) pour laquelle vous avez évité ces emplois ou ces tâches ?</p> <p>(Avez-vous déjà refusé une promotion parce que vous auriez dû traiter avec plus de personnes que le nombre avec lequel vous êtes confortable habituellement ?)</p>	<p>(1) évite les activités sociales professionnelles qui impliquent d'avoir des contacts interpersonnels importants, par peur d'être critiqué(e), désapprouvé(e) ou rejeté(e).</p> <p>3 = au moins deux exemples</p>	?123	
<p>2. Évitez-vous de faire connaissance avec d'autres personnes à moins que vous soyez certain(e) qu'elles vont vous aimer ?</p> <p>Si vous ne saviez pas si quelqu'un vous apprécie, vous arriverait-il de faire le premier pas ?</p>	<p>(2) réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé</p> <p>3 = ne prend presque jamais l'initiative en s'impliquant dans une relation sociale.</p>	?123	
<p>3. Trouvez-vous difficile d'être « ouvert(e) » même avec des personnes dont vous êtes proche ?</p> <p>Comment cela se fait-il ?</p> <p>(Avez-vous peur qu'on se moque de vous ou qu'on vous place dans des situations embarrassantes ?)</p>	<p>(3) est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule</p> <p>3 = vrai pour presque toutes les relations avec les autres.</p>	?123	

SCID-II TPÉ

4. Vous inquiétez-vous souvent d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales ?	(4) craint d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales.	?123
Donnez-moi des exemples.	3 = passe beaucoup de temps à s'inquiéter envers les situations sociales	
Passez-vous beaucoup de temps à vous inquiéter à ce sujet ?		
5. Êtes-vous généralement silencieux(se) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?	(5) inhibé(e) dans des situations interpersonnelles nouvelles à cause de sentiments de ne pas être à la hauteur.	?123
Comment cela se fait-il ?	3 = reconnaît ce trait de caractère et donne beaucoup d'exemples.	
(Est-ce parce que vous vous sentez inadéquat(e) d'une certaine manière ou pas assez bon(ne) ?)		
6. Avez-vous l'impression de ne pas être aussi bon(ne), aussi intelligent(e) ou aussi attirant(e) que la plupart des gens ?	(6) se perçoit comme étant socialement incompetent, sans attrait ou inférieure aux autres.	?123
Parlez-moi de cela.	3 = reconnaît sa conviction	
7. Avez-vous peur d'essayer des choses nouvelles ?	(7) est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.	?123
Est-ce parce que vous avez peur de vous mettre dans une situation embarrassante ?	3 = plusieurs exemples d'activités évitées par peur d'être embarrassé (mal à l'aise)	
Donnez-moi des exemples.		
	AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODÉS « 3 »	123
? = information insuffisante	2 = en dessous du seuil	
1 = absent ou faux	3 = au seuil ou vrai	

SCID-II TPD

TPD

CRITÈRES DU TPD

Un besoin général et excessif d'être pris en charge, que l'on prenne soin de lui (d'elle), conduisant à un comportement de soumis et «collant» et à une peur de la séparation

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

8. Avez-vous besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré(e) par les autres avant de prendre une décision concernant la vie quotidienne, comme quoi porter ou quoi commander au restaurant ?

Pouvez-vous me donner des exemples de décisions pour lesquelles vous cherchez conseil ou de la réassurance ?

(Cela arrive-t-il la plupart du temps ?)

(1) a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré(e) ou conseillé de manière excessive par d'autres personnes

?123

3 = plusieurs exemples

9. Dépendez-vous d'autres personnes pour prendre en main des domaines importants dans votre vie tels que les finances, le soin des enfants ou les obligations quotidiennes ?

Donnez-moi des exemples.

Est-ce plus que de demander simplement conseil aux autres ?

(Cela s'est-il passé pour la PLUPART des domaines importants de votre vie ?)

(2) a besoin que d'autres assument les responsabilités de la plupart des domaines importants de sa vie.

?123

(Note : N'inclus pas le fait de demander brièvement conseil aux autres ou les comportements sous-culturels attendus).

3 = plusieurs exemples

10. Avez-vous du mal à exprimer votre désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort ?

Donnez-moi des exemples où vous trouvez difficile d'exprimer votre désaccord.

Qu'avez-vous peur qu'il se passe, si vous exprimez votre désaccord ?

(3) a du mal à exprimer son désaccord avec les autres par peur de perdre leur soutien ou leur approbation (remarque : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions).

?123

3 = reconnaît ce trait de caractère ou donne plusieurs exemples.

SCID-II TPD

- | | | |
|---|---|-------------|
| <p>11. Trouvez-vous difficile d'entreprendre ou de travailler à des tâches lorsqu'il n'y a personne pour vous aider ?</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>Pourquoi cela ?</p> <p>(Est-ce parce que vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir le faire correctement ?)</p> | <p>(4) a des difficultés à initier des projets ou à faire des choses seul(e) (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p> | <p>?123</p> |
| <p>12. Vous êtes-vous souvent porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables ?</p> <p>Donnez-moi des exemples de ce genre de chose.</p> <p>Pourquoi cela ?</p> | <p>(5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui des autres, au point de faire volontairement des choses désagréables</p> <p>(Remarque : N'inclue pas les comportements visant un objectif autre que celui d'être aimé(e), tel que l'avancement au travail)</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p> | <p>?123</p> |
| <p>13. Vous sentez-vous généralement inconfortable lorsque vous êtes seul(e) ?</p> <p>Pourquoi cela ?</p> <p>(Est-ce parce que vous avez besoin que quelqu'un prenne soin de vous ?)</p> | <p>(6) se sent mal à l'aise ou impuissant(e) lorsqu'il (elle) est seul(e), à cause d'une peur exagérée d'être incapable de se débrouiller.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p> | <p>?123</p> |
| <p>14. Lorsqu'une relation avec quelqu'un de proche se termine, ressentez-vous immédiatement le besoin de trouver quelqu'un d'autre qui prendra soin de vous ?</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Avez-vous réagi de cette façon presque à chaque fois qu'une relation avec quelqu'un de proche se termine ?)</p> | <p>(7) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin</p> <p>3 = arrive lorsque la plupart des relations prennent fin.</p> | <p>?123</p> |

SCID-II TPD

15. Est-ce que ça vous inquiète beaucoup d'être
laissé seul pour prendre soin de vous-même ? (8) est préoccupé(e) de manière irréaliste par
la crainte d'être laissé à se débrouiller seul. ?123

Y a-t-il souvent des moments où vous ne cessez de
vous inquiéter à ce sujet ? 3 = inquiétude irréaliste persistante

Est-ce qu'il y des périodes où vous vous inquiétez
tout le temps à propos de cela ?

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODÉS 123
«3»

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPOC

TPOC

CRITÈRES DU TPOC

Un mode général de préoccupation vis-à-vis de l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et des relations interpersonnelles au dépend de la souplesse, de l'ouverture aux autres et de l'efficacité

qui apparaît au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

16. Êtes-vous le genre de personne qui accorde beaucoup d'attention aux détails, à l'ordre et à l'organisation ou qui aime faire des listes et des programmes ?

Donnez-moi des exemples.

Êtes-vous parfois tellement pris par (EXEMPLES) que vous perdez de vue ce que vous essayez d'accomplir ?

(Est-ce que cela arrive souvent ?)

(1) préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.

?123

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

17. Avez-vous de la difficulté à terminer vos travaux parce que vous passez trop de temps à essayer d'atteindre la perfection ?

Donnez-moi des exemples.

(Cela arrive-t-il souvent ?)

(2) perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).

?123

3 = plusieurs exemples de tâches inachevées ou reportées significativement en raison du perfectionnisme.

SCID-II TPOC

18. Considérez-vous ou d'autres personnes(3) dévotion excessive pour le travail et la considèrent-elles que vous consacrez tellement de productivité à l'exclusion des loisirs et des temps à votre travail (ou aux études) qu'il ne vous amitiés (sans que cela soit expliqué par des personnes ou juste pour avoir du plaisir ?
(Remarque : Ni justifié par des exigences de travail temporaire)
Parlez-moi de cela.
- 3 = reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes lui en ont parlé
- ?123
19. Avez-vous des idées bien arrêtées sur ce qui est bien et ce qui est mal ?
Donnez-moi des exemples de vos idées arrêtées.
(Suivez-vous le règlement au pied de la lettre, peu importe de quoi il s'agit ?)
SI LES EXEMPLES SONT RELIGIEUX : Est-ce que même les personnes qui partagent votre vision religieuse disent que vous êtes trop stricte en ce qui concerne le bien et le mal ?
- (4) est trop consciencieux(se), scrupuleux(se) et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
3 = plusieurs exemples où il (elle) adhère ou fait adhérer les autres à des valeurs morales strictes.
- ?123
20. Avez-vous du mal à jeter les choses parce qu'elles pourraient servir un jour ?
Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapables de jeter.
(Quel est le niveau d'encombrement chez vous, dû au fait que vous ne jetez pas les choses ?)
- (5) incapacité à jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
3 = résulte en un environnement dans le désordre.
- ?123
21. Est-il difficile pour vous de laisser les autres vous aider, à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le voulez ?
Parlez-moi de cela.
(Ceci arrive-t-il souvent ?)
(Est-ce que vous ne finissez pas souvent par faire les choses vous-même pour être sûr(e) qu'elles soient faites correctement ?)
- (6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec les autres à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple
- ?123

SCID-II TPOC

22. Vous est-il difficile de faire des dépenses pour vous-même et pour les autres même lorsque vous en avez les moyens ?

Pourquoi ?

(Est-ce parce que vous êtes inquiet(e) d'en manquer dans le futur, au moment où vous en aurez vraiment besoin ?)

Parlez-moi des choses dont vous vous êtes privés parce que vous deviez économiser pour plus tard.

23. Êtes-vous souvent tellement convaincu(e) d'avoir raison, que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance ?

Parlez-moi de cela.

24. Vous a-t-on déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide ?

Parlez-moi de cela.

(7) se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être accumulé en vue de catastrophe futures.

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

(8) se montre rigide et têtu(e)

3 = reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes lui en ont parlé

AU MOINS QUATRE ITEMS SONT
CODÉS « 3 »

123

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID- II TPPA

TPPA

CRITÈRES DU TPPA

Un mode envahissant d'attitudes négatives et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

25. Lorsque quelqu'un vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire, vous arrive-t-il de dire « oui », pour ensuite travailler lentement ou faire du mauvais travail ?

Donnez-moi des exemples de cela.

(1) résiste passivement à l'accomplissement des tâches professionnelles ou sociales habituelles ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

26. Si vous n'avez pas envie de faire quelque chose, vous arrive-t-il souvent « d'oublier » simplement de la faire ; que ça vous sorte de l'esprit ?

Donnez-moi des exemples de cela.

27. Avez-vous souvent le sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou n'apprécient pas à quel point vous en faites ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Vous plaignez-vous de cela auprès des autres ?)

(2) se plaint de ne pas être compris(e) et apprécié(e) par les autres. ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

28. Êtes-vous souvent « grognon » et susceptible de vous chicaner avec les autres ?

Dites-moi quand cela arrive-t-il ?

(3) est maussade et ergoteur ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

SCID-II TPPA

29. Trouvez-vous que la plupart de vos patrons, professeurs, superviseurs, médecins et autres, qui sont censés savoir ce qu'ils font, ne le savent absolument pas en réalité ?

(4) critique ou méprise sans raison l'autorité. ?123
3 = plusieurs exemples

Parlez-moi de cela.

30. Pensez-vous souvent qu'il n'est pas juste que les autres aient plus que vous ?

(5) exprime de l'envie et du ressentiment envers ceux qui ont apparemment plus de chance. ?123

Dites-m'en plus à ce sujet.

3 = exemples de jalousie et de ressentiment

31. Vous plaignez-vous souvent d'avoir eu plus que votre part d'expériences malheureuses ?

(6) profère des plaintes excessives et constantes sur sa malchance personnelle. ?123

Si vous considérez votre vie rétrospectivement, est-ce que vous avez l'impression qu'il vous arrive toujours des malheurs ?

3 = il dit que les malheurs lui arrivent toujours (pas limité aux mauvais moments particuliers dans la vie de la personne).

32. Vous arrive-t-il souvent de refuser avec colère de faire ce que les autres souhaitent et ensuite de vous sentir mal et d'aller vous excuser auprès de ces personnes ?

(7) alterne entre défiance et contrition ?123

Dites-m'en plus à ce sujet.

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

AU MOINS QUATRE ITEMS SONT
CODÉS « 3 » 123

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPDÉP

TPDÉP

REMARQUE : Les critères du DSM IV excluent un diagnostic de personnalité dépressive si le comportement a lieu seulement pendant des épisodes de dépression majeure ou qu'il est en mieux rendu compte par un trouble dysthymique. Se reporter au guide d'utilisation pour une discussion des options afin d'opérationnaliser ce critère.

33. Vous sentez-vous habituellement malheureux(se) ou sentez-vous habituellement que la vie est sans plaisir ?

Parlez-moi de cela.

34. Croyez-vous être une personne fondamentalement inadéquate et souvent mal dans sa peau ?

Parlez-moi de cela.

35. Vous dépréciez-vous souvent ?

Parlez-moi de cela.

(Vous reprochez-vous souvent les choses qui n'ont pas fonctionnées ?)

36. Pensez-vous continuellement aux mauvaises choses qui vous sont arrivées dans le passé ou vous inquiétez-vous continuellement des mauvaises choses qui pourraient arriver dans le futur ?

Parlez-moi de cela.

CRITÈRES DU TPDÉP

Un mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs

qui apparaît au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) l'humeur habituelle est avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

(2) l'image de soi repose sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi-même. ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

(3) est critique envers soi-même, se fait des reproches et se déprécie. ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

(4) propension à ruminer et à se faire du souci. ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

	SCID-II	TPDÉP	
37. Jugez-vous souvent les autres sévèrement et leur trouvez-vous facilement des défauts ?		(5) vision négative, critique, réprobatrice d'autrui.	?123
Donnez-moi des exemples du genre de choses que vous critiquez chez les autres.		3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	
38. Pensez-vous que la plupart des gens ne valent fondamentalement rien de bon ?			?123
Parlez-moi de cela.			
39. Vous attendez-vous presque toujours à ce que les choses tournent mal ?		(6) est pessimiste	?123
Parlez-moi de cela.		3 = reconnaît ce trait de caractère.	
40. Vous sentez-vous coupable de choses que vous avez ou que vous n'avez pas faites ?		(7) tendance à éprouver de la culpabilité ou des remords	?123
Quel genre de choses ?		3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	
		AU MOINS CINQ ITEMS CODÉS « 3 »	123
? = information insuffisante		2 = en dessous du seuil	
1 = absent ou faux		3 = au seuil ou vrai	

SCID-II TPP

TROUBLE TPP

La conduite NE doit PAS être considérée comme caractéristique de la personnalité paranoïaque si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques ou un autre trouble psychotique ou est dû à des effets physiologiques d'un état médical général.

41. Avez-vous souvent besoin d'être sur vos gardes pour empêcher les gens de vous utiliser ou de vous faire du mal ?

Parlez-moi de cela.

42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez avoir confiance en vos ami(e)s ou envers les personnes avec lesquelles vous travaillez ?

Décrivez des situations dans lesquelles vous avez eu ce sentiment.

(Vous sentez-vous souvent comme cela ?)

43. Trouvez-vous qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous parce qu'ils pourraient utiliser cela contre vous ?

Quand cela se passe-t-il ?

Parlez-moi de cela ?

CRITÈRES DU TPP

Une méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans des contextes divers comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

(1) s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploite, lui nuise ou le trompe ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

(2) est préoccupé(e) par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés. ?123

3 = reconnaît que cela est une caractéristique de presque toutes les relations

(3) est réticent à se confier aux autres en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui (elle). ?123

3 = reconnaît que le fait d'être peu disposé(e) à se confier soit dû à la méfiance (non pas à la peur du rejet)

SCID-II TPP

44. Détectez-vous souvent des menaces ou des insultes dissimulées dans les choses que les gens disent ou font ? (4) discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins. ?123
- Donnez-moi des exemples. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
45. Êtes-vous le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont insulté(e) ou traité(e) sans égard ? (5) garde rancune, c'est-à-dire qu'il ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné. ?123
- Parlez-moi de cela. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
46. Y a-t-il beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pas pardonner parce qu'elles vous ont dit ou fait quelque chose il y a longtemps ?
- Parlez-moi de cela.
47. Vous fâchez-vous ou vous mettez-vous souvent en colère lorsque quelqu'un vous critique ou vous insulte d'une façon ou d'une autre ? (6) perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère. ?123
- Donnez-moi des exemples. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple
- (Est-ce que les autres croient que vous êtes offensé trop facilement ?)
48. Avez-vous souvent soupçonné votre époux(se) ou votre partenaire d'avoir été infidèle ? (7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel. ?123
- Parlez-moi de cela. 3 = exemples de soupçons avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire OU reconnaît ce trait de caractère.
- (Quelles sont les indices que vous aviez ?)
- (Qu'avez-vous fait à ce sujet ?)
- (Avez-vous raison ?)
- AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODÉS « 3 » 123
- ? = information insuffisante 2 = en dessous du seuil
1 = absent ou faux 3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPST

TPST

La conduite NE doit PAS être considérée comme une caractéristique de la personnalité schizotypique si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques ou un autre trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement.

49. Lorsque vous êtes en public et que vous voyez des gens discuter, avez-vous souvent l'impression qu'ils parlent de vous ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

50. Avez-vous souvent l'impression que certaines choses sans importance pour la plupart des gens sont en fait destinées à vous transmettre un message ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

51. Quand vous êtes avec des gens, avez-vous souvent le sentiment d'être observé(e) ou que l'on vous regarde fixement ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

CRITÈRES DU TPST

Un mode générale de déficit social et interpersonnelle marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et par des conduites excentriques

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) Idée de référence (excluant délires de référence)

?123

3 = plusieurs exemples

SCID-II LE TPST

52. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez faire arriver des choses simplement en faisant un vœu ou en pensant à elles ?

Parlez-moi de cela.

Comment cela vous a-t-il affecté ?

(2) des croyances bizarres ou des pensées magiques qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres).

?123

3 = plusieurs exemples de phénomènes semblables qui ont influencé les comportements et qui sont inconsistantes avec les normes sous-culturelles.

53. Avez-vous déjà eu des expériences surnaturelles ?

Parlez-moi de cela.

Comment cela vous a-t-il affecté ?

54. Croyez-vous posséder un « sixième sens » qui vous permette de savoir et de prédire des choses que les autres ne peuvent pas savoir ?

Parlez-moi de cela.

Comment cela vous a-t-il affecté ?

55. Avez-vous souvent l'impression que les ombres ou les objets sont en réalité des gens ou des animaux ou encore que certains bruits sont en fait des voix humaines ?

Donnez-moi des exemples.

(Étiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

(3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles.

?123

3 = plusieurs exemples d'expériences de perceptions inhabituelles non dues à une prise de drogue ou à une condition médicale générale.

SCID-II LE TPST

56. Avez-vous déjà eu la sensation qu'une personne ou une force était autour de vous, même si vous ne pouviez pas voir personne ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Étiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

57. Voyez-vous souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Étiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

OBSERVÉ AU COURS DE L'ENTRETIEN	(4) une pensée et un langage bizarre (par exemple vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés)	?123
CODE « 3 » SI N'IMPORTE QUEL CRITÈRE PARANOÏAQUE (1), (2), (3), (4) OU (7) SONT CODÉS « 3 »	(5) idéation méfiante ou persécutoire	?123
OBSERVÉ AU COURS DE L'ENTRETIEN	(6) inadéquation ou pauvreté des affects	?123
OBSERVÉ AU COURS DE L'ENTRETIEN	(7) un comportement ou un aspect bizarre, excentrique ou singulier	?123
58. Y a-t-il vraiment peu de personnes qui sont réellement proche de vous en dehors de votre famille immédiate ?	(8) absence d'ami(e)s proches ou de confident(e)s en dehors des parents du premier degré	?123
Combien d'amis proches avez-vous ?	3 = pas d'amis proches (autres que les relations au premier degré)	

SCID-II LE TPST

59. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) lorsque vous êtes avec d'autres personnes ?

Qu'est ce qui vous rend nerveux(se) ?

(Êtes-vous toujours anxieux(se) même lorsque vous les connaissez depuis un bon moment ?)

(9) anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand il se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même. ?123

3 = reconnaît une anxiété excessive reliée à des soupçons envers les intentions des autres.

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODÉS
«3»

123

? = information insuffisante

1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil

3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TPS

TPS

La conduite NE doit PAS être considérée comme une caractéristique de la personnalité schizoïde si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques ou un autre trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement ou en raison des effets physiologiques directs d'une condition médicale générale.

60. Peut-on dire que ce n'est PAS important pour vous d'avoir ou non des relations proches avec d'autres personnes ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Qu'en est-il à propos de votre famille ?)

61. Préférez-vous presque toujours faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes ?

(Cela est-il vrai pour le travail, ainsi que pour vos temps libres ?)

62. Pourriez-vous être satisfait(e) sans jamais avoir eu de relations sexuelles avec quelqu'un d'autre ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Avez-vous toujours eu peu d'intérêt à avoir des relations sexuelles avec une autre personne ?)

CRITÈRES DU TPS

Un mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

(1) ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches comprises les relations intrafamiliales. ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

(2) choisit presque toujours des activités solitaires ?123

3 = reconnaît ce trait de caractère

(3) n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes. ?123

		SCID-II	TPS	
63. Est-ce qu'il n'y a que très peu de choses qui peuvent vous faire plaisir ?			(4) n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune.	?123
Parlez-moi de cela.			Remarque : l'absence de plaisir, s'applique particulièrement aux expériences sensorielles, physiques et interpersonnelles.	
(Qu'en est-il des choses physiques comme manger un bon repas ou avoir une relation sexuelle ?)			3 = reconnaît ce trait de caractère	
DÉJA CODÉ À LA QUESTION 58 POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE			(5) n'a pas d'amis proches ou de confidents en dehors de ses grands-parents du premier degré.	?123
64. Peut-on dire que vous êtes indifférent à ce que les autres pensent de vous ?			(6) semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.	?123
Comment vous sentez-vous lorsque les gens vous complimentent ou vous critiquent ?			3 = affirme son indifférence aux compliments ou aux critiques	
65. Trouvez-vous que rien n'arrive à vous rendre vraiment très heureux(se) ou très triste ?			(7) fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité	?123
Dites-m'en plus à ce sujet.			3 = n'arrive pas uniquement au cours d'un Trouble de l'Humeur.	
(TENIR COMPTE ÉGALEMENT DU COMPORTEMENT AUCOURS DE L'ENTRETIEN)				
			AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODÉS « 3 »	123
? = information insuffisante			2 = en dessous du seuil	
1 = absent ou faux			3 = au seuil ou vrai	

SCID-II TPH

TPH

CRITÈRES DU TPH

Un mode générale de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

66. Aimez-vous être le centre d'attention ?

Comment vous sentez-vous lorsque vous ne l'êtes pas ?

(1) est mal à l'aise dans des situations dans lesquelles il ou elle n'est pas le centre d'attention. ?123

3 = se sent inconfortable quand il (elle) n'est pas le centre d'attention.

67. Draguez-vous beaucoup ?

Est-ce que quelqu'un vous a reproché cela ?

(TENIRCOMPTE ÉGALEMENT DU
COMPORTEMENT AUCOURS DE
L'ENTRETIEN)

(2) l'interaction avec les autres est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante. ?123

3 = reconnaît les reproches, décrit un comportement inapproprié ou perçu comme étant un comportement de séduction inapproprié.

68. Vous trouvez-vous aguichant(e) avec les autres ?

Parlez-moi de cela.

(TENIRCOMPTE ÉGALEMENT DU
COMPORTEMENT AUCOURS DE
L'ENTRETIEN)

OBSERVÉ AU COURS DE L'ENTRETIEN

(3) expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante. ?123

SCID-II TPH

<p>69. Essayez-vous d'attirer l'attention sur vous par la façon dont vous vous habillez ou par votre apparence ?</p> <p>Comment faites-vous cela ?</p> <p>Est-ce que vous faites cela tout le temps ?</p>	<p>(4) utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi ?123</p> <p>3 = donne des exemples et reconnaît que ce comportement arrive tout le temps.</p>
<p>OBSERVÉ AU COURS DE L'ENTRETIEN</p>	<p>(5) manière de parler trop subjective, mais pauvre en détails. ?123</p>
<p>70. Vous faites-vous souvent un devoir d'être dramatique et coloré(e) ?</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(TENIRCOMPTE ÉGALEMENT DU COMPORTEMENT AUCOURS DE L'ENTRETIEN)</p> <p>(Aimez-vous montrer vos émotions, par exemple, en serrant les gens dans vos bras même si vous ne les connaissez pas très bien ou en pleurant vraiment facilement ?)</p>	<p>(6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle. ?123</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>
<p>71. Changez-vous souvent d'opinion à propos des choses en fonction des personnes avec qui vous êtes ou de ce que vous venez juste de lire ou de voir à la télévision ?</p> <p>Dites-m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(7) suggestibilité, est facilement influencé(e) par les autres ou par les circonstances. ?123</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>
<p>72. Avez-vous beaucoup d'amis dont vous êtes très proche ?</p> <p>Combien ?</p> <p>Qui sont-ils ?</p>	<p>(8) considère que ses relations avec les autres sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité. ?123</p> <p>3 = affirme qu'il (elle) possède plus de relations proches qu'on ne le croit</p>
<p>AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODÉS «3»</p>	<p>123</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPN

TPN

CRITÈRES DU TPN

Un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

73. Selon vous, les autres omettent-ils souvent d'apprécier vos talents très spéciaux ou vos accomplissements ?

Donnez-moi un exemple.

(1) a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple : surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu(e) comme supérieur(e) sans avoir accompli quelque chose en rapport).

?123

3 = au moins un exemple de grandiosité.

74. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une trop haute opinion de vous-même ?

Donnez-moi des exemples de cela.

75. Est-ce que vous pensez beaucoup au pouvoir, à la renommée ou à la reconnaissance que vous allez avoir un jour ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Combien de temps passez-vous à penser à ces choses ?)

(2) est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.

?123

3 = passe la plupart du temps à rêvasser ou à poursuivre des buts non réalistes.

76. Pensez-vous beaucoup à la parfaite histoire d'amour que vous vivrez un jour ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

(Combien de temps passez-vous à penser à cela ?)

SCID-II TPN

77. Lorsque vous avez un problème, insistez-vous presque toujours pour voir la personne la plus haut placée ? ?123
- Donnez-moi des exemples.
- (Pourquoi devez-vous voir la personne la plus haut placée ?)
- (3) pense être « spécial(e) » et unique et ne pouvoir être admis(e) ou compris(e) que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
- 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
78. Considérez-vous qu'il est important de consacrer du temps aux personnes qui sont spéciales ou qui sont influentes ?
- Pourquoi cela ?
79. Est-il très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent d'une façon ou d'une autre ? ?123
- Dites-m'en plus à ce sujet.
- (4) a un besoin excessif d'être admiré(e).
- 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
80. Pensez-vous qu'il n'est pas nécessaire de suivre certaines règles ou certaines conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin ? ?123
- Pour quelle raison ?
- Donnez-moi des exemples.
- (5) pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
- 3 = plusieurs exemples.
81. Avez-vous le sentiment que vous êtes le type de personne qui mérite un traitement spécial ?
- Dites-m'en plus à ce sujet.

SCID-II TPN

82. Trouvez-vous qu'il est souvent nécessaire de marcher sur les pieds des autres pour obtenir ce que vous voulez ?
Dites-moi dans quelles circonstances.
(Cela arrive-t-il souvent ?)
- (6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise les autres pour parvenir à ses propres fins.
3 = plusieurs exemples dans lesquels une autre personne est exploitée.
- ?123
83. Vous arrive-t-il souvent de placer vos désirs au-dessus de ceux des autres ?
Donnez-moi des exemples de quand cela vous arrive.
84. Vous attendez-vous souvent à ce que les autres fassent ce que vous leur demandez, sans poser de question, en raison de qui vous êtes ?
(Cela arrive-t-il souvent ?)
85. Êtes-vous réellement inintéressé(e) par les problèmes ou les sentiments des autres ?
Parlez-moi de cela.
- (7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments ou les besoins des autres.
3 = reconnaît ce trait de caractère OU donne plusieurs exemples.
- ?123
86. Les autres se sont-ils déjà plaints que vous ne les écoutiez pas ou que vous ne vous préoccupiez pas de leurs sentiments ?
Parlez-moi de cela.
87. Êtes-vous souvent envieux des autres ?
Parlez-moi de cela.
(Est-ce que vous vous sentez souvent comme cela ?)
- (8) envie souvent les autres et croit que les autres l'envient.
3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
- ?123

SCID-II TPN

88. Avez-vous souvent le sentiment que les autres vous envient ?

Qu'est ce qu'ils vous envient ?

89. Trouvez-vous qu'il n'y a que très peu de gens qui méritent votre temps et votre attention ?

(9) manifeste des comportements ou des attitudes arrogantes, hautaines

?123

Parlez-moi de cela.

3 = reconnaît ce trait de caractère ou observé au cours de l'entretien.

(TENIR COMPTE ÉGALEMENT DU COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN)

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODÉS «3»

123

? = information insuffisante

2 = en dessous du seuil

1 = absent ou faux

3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPB

TPB

CRITÈRES DU TPB

Un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée

qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

90. Vous êtes-vous souvent emporté(e) de manière frénétique lorsque vous pensiez qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter ?

Qu'avez-vous fait ?

Avez-vous menacé(e) ou supplié(e) cette personne ?

(1) efforts effrénés ou prodigieux pour éviter les abandons réels ou imaginés

?123

(N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))

3 = plusieurs exemples

91. Est-ce que vos relations avec les personnes que vous appréciez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas extrêmes ?

Parlez-moi d'eux.

(Y a-t-il eu des moments où vous pensiez qu'elles étaient tout ce que vous vouliez et puis d'autres où vous pensiez qu'elles étaient insupportables ?)

(Combien de relations étaient comme ça ?)

(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

?123

3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations courtes dans lesquelles le modèle de balancement arrive au moins deux fois.

92. Avez-vous brusquement changé votre perception de vous-même et ce que vous comptiez accomplir dans votre vie ?

Donnez-moi des exemples de cela.

(3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

?123

Remarque : n'inclue pas les incertitudes naturelles de l'adolescence.

3 = reconnaît ce trait de caractère

SCID-II TPB

93. Est-ce que l'image que vous avez de vous-même change souvent dramatiquement ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

94. Êtes-vous si différent en fonction des personnes ou des situations que vous ne savez parfois plus qui vous êtes réellement ?

Donnez-moi des exemples de cela.

Vous sentez-vous beaucoup comme cela ?

95. Y a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses et autres ?

Dites-m'en plus à ce sujet.

96. Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?

Quel genre de choses ?

(Qu'en est-il au sujet...)

... d'acheter des choses que vous ne pouviez vraiment pas vous permettre ?

... d'avoir des relations sexuelles avec des personnes que vous connaissiez à peine ou avoir « des relations sexuelles non protégées »

... de trop boire ou prendre de la drogue ?

... de conduire de façon imprudente ?

... de manger de façon incontrôlée ?

SI OUI À L'UNE DES PHRASES CI DESSUS :

Parlez-moi de cela.

Est-ce que cela arrive souvent ?

Quel genre de problème cela a-t-il causé ?

(4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour lui-même (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). ?123

(N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))

3 = plusieurs exemples montrent un modèle de comportements impulsifs (pas nécessairement limité aux exemples cités ci-dessus).

SCID-II . TPB

97. Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ? (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations. ?123
3 = deux ou plusieurs cas (quand pas dans un Épisode de Dépression Majeure).
98. Vous êtes-vous déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e) ou écorché(e) ?
Dites-m'en plus à ce sujet.
99. Avez-vous de nombreux changements soudains d'humeur ? (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours). ?123
Dites-m'en plus à ce sujet.
(Combien de temps durent vos « mauvaises » humeurs ?)
(À quelle fréquence arrivent ces sautes d'humeur ?)
(Avec quelle rapidité vos humeurs changent-elles ?)
3 = reconnaît ce trait de caractère
100. Vous sentez-vous souvent vide de l'intérieur ? (7) sentiments chroniques de vide. ?123
Dites-m'en plus à ce sujet.
3 = reconnaît ce trait de caractère
101. Avez-vous souvent des crises de colère ou vous mettez-vous tellement en colère que vous perdez le contrôle de vous-même ? (8) colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple : fréquentes manifestations de mauvaises humeurs, colère constante ou bagarres répétées.) ?123
Dites-m'en plus à ce sujet.
3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

SCID-II TPB

102. Frappez-vous les gens ou jetez-vous des objets lorsque vous vous mettez en colère ?

Dites-m'en plus à ce sujet

(Cela arrive-t-il souvent ?)

103. Est-ce que même de petites choses peuvent vous mettre très en colère ?

Quand cela arrive-t-il ?

(Cela arrive-t-il souvent ?)

104. En situation de stress, devenez-vous soupçonneux(se) à l'égard des autres ou vous sentez-vous particulièrement déconnecté(e) de la réalité ?

Parlez-moi de cela.

(9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ?123

3 = plusieurs exemples qui n'arrivent pas exclusivement pendant un Trouble Psychotique ou un Trouble de l'Humeur avec des caractéristiques psychotiques.

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODÉS «3» 123

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPA

TPA

La conduite NE doit PAS être considérée comme une caractéristique de la personnalité antisociale si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie ou un épisode de manie.

105. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous malmené ou menacé d'autres enfants ?

Parlez-moi de cela.

106. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déclenché des bagarres ?

Combien de fois ?

107. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous blessé ou menacé quelqu'un avec une arme comme un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu ?

Parlez-moi de cela.

108. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément torturé ou causé de la douleur physique ou de la souffrance à quelqu'un ?

Qu'avez-vous fait ?

109. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous intentionnellement torturé ou blessé des animaux ?

Qu'avez-vous fait ?

110. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous volé, agressé ou obtenu quelque chose de force en menaçant une personne ?

Parlez-moi de cela.

CRITÈRES DU TPA

B. L'individu est âgé d'au moins 18 ans. ?123

C. Il y a évidence d'un Trouble de Conduite débutant avant l'âge de 15 ans (comme évidence, l'individu doit avoir effectué au moins deux des manifestations suivantes :

(1) brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes. ?123

(2) commence souvent des bagarres. ?123

(3) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement quelqu'un (par exemple : un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu). ?123

(4) a fait preuve de cruauté physique envers des personnes. ?123

(5) a fait preuve de cruauté envers des animaux. ?123

(6) a commis un vol en affrontant la victime (par exemple : agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée). ?123

SCID-II TPA

111. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement ?
Parlez-moi de cela. (7) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles. ?123
112. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déclenché des incendies ?
Parlez-moi de cela. (8) a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants. ?123
113. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément endommagé des choses qui n'étaient pas à vous ?
Qu'avez-vous fait ? (9) a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu). ?123
114. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous entré par effraction dans une maison, d'autres bâtiments ou une voiture ?
Parlez-moi de cela. (10) a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à quelqu'un d'autre. ?123
115. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous beaucoup menti ou «amarqué» les autres ?
Sur quoi avez-vous menti ? (11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple : «amaque» les autres. ?123
116. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous parfois volé des choses ou fait du vol à l'étalage ou imité la signature de quelqu'un ?
Parlez-moi de cela. (12) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple : vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon). ?123
117. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous fait des fugues et êtes resté(e) en fuite durant toute une nuit ?
Est-ce que cela s'est passé plus d'une fois ?
(Avec qui habitiez-vous à l'époque ?) (13) a fugué et passé la nuit dehors à au moins deux reprises alors qu'il vivait chez ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période). ?123

SCID-II TPA

118. Avant l'âge de 13 ans, restiez-vous souvent dehors très tard, longtemps après l'heure à laquelle vous étiez supposé(e) rentrer ? (14) reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents et cela a commencé avant l'âge de 13 ans. ?123

Combien de fois ?

119. Avant l'âge de 13 ans, avez-vous souvent fait l'école buissonnière, c'est-à-dire s'absenter de l'école sans permission ? (15) fait souvent l'école buissonnière et cela a commencé avant l'âge de 13 ans. ?123

Combien de fois ?

AU MOINS DEUX ITEMS SONT CODÉS «3» 123

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TPA

TPA

Maintenant, depuis que vous avez atteint l'âge de 15 ans...

120. Avez-vous fait des choses qui sont contre la loi, peu importe si vous avez été pris(e) ou non, telles que voler, utiliser ou vendre de la drogue, fait des faux chèques ou de la prostitution ?

SI NON = Avez-vous déjà été arrêté(e) pour quelque chose ?

121. Trouvez-vous souvent que vous devez mentir pour obtenir ce que vous voulez ?

(Avez-vous déjà utilisé un nom d'emprunt ou vous êtes-vous fait passer pour quelqu'un d'autre ?)

(Avez-vous souvent « arnaqué » les autres pour obtenir ce que vous vouliez ?)

122. Faites-vous souvent des choses sous l'impulsion du moment, sans penser à comment cela vous affectera ou affectera les autres ?

Quel genre de choses faites-vous ?

Y a-t-il eu une période où vous ne viviez pas dans un endroit fixe ?

(Durant combien de temps ?)

CRITÈRES DU TPA

A. Un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui

qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

(1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestations.

3 = plusieurs exemples

?123

(2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.

3 = plusieurs exemples

?123

(3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.

3 = plusieurs exemples

?123

SCID-II TPA

123. Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous été impliqué(e) dans des bagarres ? (4) irritabilité ou agressivité, indiqué par la répétition de bagarres ou d'agressions. ?123
- (Combien de fois ?) 3 = plusieurs exemples
- Avez-vous déjà frappé ou projeté des choses sur votre époux(se) ou vos partenaires ?
- (Combien de fois ?)
- Avez-vous déjà frappé un enfant, le vôtre ou celui de quelqu'un d'autre, tellement fort qu'il ou elle a eu des contusions ou à dû rester au lit ou voir un médecin ?
- Dites-m'en plus à ce sujet
- Avez-vous physiquement menacé ou blessé quelqu'un d'autre ?
- Dites-m'en plus à ce sujet
- (Combien de fois ?)
124. Avez-vous déjà conduit une voiture quand vous étiez ivre ou drogué(e) ? (5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle des autres. ?123
- Combien de contraventions pour excès de vitesse avez-vous eu ou dans combien d'accidents avez-vous été impliqué(e) ? 3 = plusieurs exemples
- Utilisez-vous toujours une protection lorsque vous avez des relations sexuelles avec une personne que vous ne connaissez pas bien ?
- (Est-ce que quelqu'un s'est déjà plaint que vous aviez laissé les enfants qui étaient sous votre protection dans des situations dangereuses ?)

SCID-II TPA

125. Combien de temps dans les cinq dernières années n'avez-vous pas travaillé ?	(6) irresponsabilité persistante, indiqué par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.	?123
SI C'EST POUR UNE PÉRIODE PROLONGÉE : (Pourquoi ?) (Est-ce qu'il y avait du travail disponible ?)		
Lorsque vous travailliez, aviez-vous l'habitude manquer beaucoup de jours de travail?		
SI OUI : Pourquoi ?		
Avez-vous déjà quitté un emploi sans en avoir un autre où aller ?		
SI OUI : Combien de fois cela est-il arrivé ?		
Avez-vous déjà dû de l'argent à des personnes et vous ne les avez pas remboursées ?		
(Combien de fois ?)		
Qu'en est-il des frais de pensions alimentaires ou de l'argent que vous devez fournir à vos enfants ou aux personnes qui dépendent de vous ?		
S'IL Y A DES MANIFESTATIONS D'ACTIONS ANTISOCIALES ET QU'IL N'EST PAS CLAIR SI L'INDIVIDU A DES REMORDS OU NON :	(7) absence de remords, indiqué par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé d'autres personnes.	?123
Comment vous sentez-vous en ce qui concerne (liste des comportements antisociaux) ?	3 = manque de remords en ce qui concerne plusieurs actions antisociales	
Pensez-vous que ce que vous avez fait était mal qu'une quelconque manière ?		
	AU MOINS TROIS ITEMS SONT CODÉS « 3 »	123
	CRITERES A, B ET C SONT CODÉS «3»	123
? = information insuffisante 1 = absent ou faux	2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai	

SCID-II TPNOS

TPNOS

Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la Personnalité spécifique. Un exemple est la présence de caractéristiques appartenant à plusieurs troubles de la personnalité, sans que les critères d'un Trouble particulier de la personnalité soient remplis («personnalité mixte»), mais néanmoins responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (p. ex. social ou professionnel). Cette catégorie peut aussi être utilisée lorsque le clinicien estime qu'un diagnostic spécifique de Trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification est approprié, par exemple celui de personnalité auto-défaitiste. 123

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

ANNEXE D.1

MESURES D'EFFICACITÉ – KENTUCKY INVENTORY OF MINDFULNESS SKILLS

Nom : _____

Date : _____

L'inventaire Kentucky des habiletés de centration

Ruth A. Baer, Ph. D.

University of Kentucky

S'il-vous-plaît, donnez un score à chacune de ces propositions en utilisant l'échelle qui est fournie. Mettez le chiffre sur la petite ligne qui décrit le mieux votre **propre opinion** de ce qui est **généralement vrai pour vous**.

1	2	3	4	5
jamais ou exceptionnellement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	très souvent ou toujours vrai

1. Je remarque des changements dans mon corps, comme si ma respiration ralentie ou va plus vite
2. Je suis bon(ne) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.
3. Lorsque je fais quelque chose, mon esprit s'éloigne et je suis facilement distrait.
4. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.
5. Je prête attention à si mes muscles sont tendus ou contractés.
6. Je peux facilement traduire mes croyances, mes opinions et mes attentes en mots.
7. Lorsque je fais quelque chose, je me concentre sur ce que je fais et sur rien d'autre.
8. J'ai tendance à évaluer si mes perceptions sont bonnes ou mauvaises.
9. Lorsque je marche, je remarque délibérément les sensations de mon corps qui bouge.
10. Je suis bon(ne) pour penser aux mots qui expriment mes perceptions, comme comment les choses goûtent, sentent ou sonnent.
11. Je conduis (une automobile, une bicyclette...) sur « le pilote automatique » sans porter attention sur ce que je suis en train de faire.
12. Je me dis que je ne devrais pas ressentir ce que je ressens.
13. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste conscient(e) aux sensations de l'eau sur mon corps.
14. C'est difficile pour moi de trouver les mots qui décrivent ce que je pense.
15. Lorsque je lis, je porte toute mon attention sur ce que je lis.
16. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et je ne devrais pas penser de cette façon.
17. Je remarque comment la nourriture et les breuvages affectent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.

Nom : _____ Date : _____

1	2	3	4	5
jamais ou exceptionnellement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	très souvent ou toujours vrai

18. J'ai de la difficulté à penser aux bons mots pour exprimer comment je me sens par rapport aux choses.
19. Quand je fais des choses, je deviens totalement absorbé(e) par ces choses et je ne pense pas à d'autres choses.
20. Je fais des jugements par rapport à si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.
21. Je porte attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.
22. Lorsque j'ai une sensation dans mon corps, c'est difficile pour moi de la décrire, parce que je ne peux pas trouver les bons mots.
23. Je ne porte pas attention à ce que je fais parce que je suis dans la lune, ou préoccupé(e), ou distrait(e) d'une autre façon.
24. J'ai tendance à faire des jugements sur comment mes expériences ont de la valeur ou n'en ont pas.
25. Je prête attention aux sons, comme le tic-tac des horloges, le gazouillement des oiseaux ou les automobiles qui passent.
26. Même quand je me sens terriblement fâché(e), je peux trouver une façon de le mettre en mots.
27. Quand je fais des tâches, comme le ménage ou le lavage, j'ai tendance à être dans la lune ou à penser à d'autres choses.
28. Je me dis que je ne devrais pas penser de la façon que je pense.
29. Je remarque l'odeur et les arômes des choses.
30. Je reste intentionnellement conscient(e) de mes sentiments.
31. J'ai tendance à faire plusieurs choses en même temps au lieu de mettre mon attention sur une chose à la fois.
32. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et je ne devrais pas les ressentir.
33. Je remarque des éléments visuels dans l'art ou dans la nature, comme les couleurs, les formes, les textures, ou les patrons de lumière et d'ombre.
34. Ma tendance naturelle est de mettre mes expériences en mots.
35. Lorsque je travaille sur quelque chose, une partie de mon esprit est occupée par d'autres sujets, comme ce que je vais faire plus tard, ou des choses que j'aimerais davantage faire.
36. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.
37. Je porte attention sur comment mes émotions affectent mes pensées et mes comportements.
38. Je deviens complètement absorbé(e) par ce que je fais, et donc toute mon attention y est dirigée
39. Lorsque mes humeurs commencent à changer, je le remarque.

ANNEXE D.2

MESURES D'EFFICACITÉ – ROSENBERGE SELF-ESTEEM SCALE

NOM : _____ Date : _____

ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI (ÉES-10)

Traduction de l'échelle: "Rosenberg's Self-Esteem scale", 1965

PERCEPTION PERSONNEL

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			1 2 3 4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1 2 3 4
3. Tout bien considéré, je suis porté-e à me considérer comme un-e raté-e.			1 2 3 4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			1 2 3 4
5. Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.			1 2 3 4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1 2 3 4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.			1 2 3 4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			1 2 3 4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1 2 3 4
10. Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.			1 2 3 4

1, 2, 3*, 4, 5*, 6, 7, 8*, 9*, 10* Estime de soi

* Énoncé formulé négativement, inverser la cote d'évaluation

ANNEXE D.3

MESURES D'EFFICACITÉ – DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE

Nom : _____

Date : _____

Échelle de difficultés d'auto-régulation émotionnelle (EDARE)

En te servant de l'échelle ci-dessous, indique à quel point chacune des phrases ci-dessous décrit comment tu te sens souvent.

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	
Presque jamais	quelques fois		souvent	Très souvent	presque toujours
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)	

- _____ 1) J'ai une bonne idée de mes sentiments
- _____ 2) Je prête attention à comment je me sens.
- _____ 3) J'exprime mes sentiments et mes émotions de façon excessive et non contrôlée
- _____ 4) Je n'ai aucune idée de comment je me sens.
- _____ 5) J'ai de la difficulté à trouver un sens à mes sentiment ou émotions..
- _____ 6) Je suis attentif(ve) à mes sentiments.
- _____ 7) Je sais exactement comment je me sens.
- _____ 8) Je me soucie de comment je me sens.
- _____ 9) Je suis confus(e) à propos de comment je me sens.
- _____ 10) Quand je suis en colère, je peux reconnaître mon émotion.
- _____ 11) Quand je suis en colère, je retourne ma colère contre moi-même pour avoir été dans cet état.
- _____ 12) Quand je suis en colère, je suis embarrassé(e) de me sentir comme cela..
- _____ 13) Quand je suis en colère, j'ai de la difficulté à compléter ce que j'avais à faire.
- _____ 14) Quand je suis en colère, je perds le contrôle de moi-même.
- _____ 15) Quand je suis en colère, je crois que je demeurerai dans cet état pendant longtemps.
- _____ 16) Quand je suis en colère, j'ai l'impression que je finirai par être très déprimé(e).
- _____ 17) Quand je suis en colère, je considère que mes sentiments sont corrects et importants
- _____ 18) Quand je suis en colère, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose
- _____ 19) Quand je suis en colère, je perds le contrôle.
- _____ 20) Quand je suis en colère, je peux tout de même terminer ce que j'avais à faire.
- _____ 21) Quand je suis en colère, j'ai honte de me sentir comme cela.

Nom : _____

Date : _____

1-----2-----3-----4-----5
 Presque jamais quelques fois souvent Très souvent presque toujours
 (0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

- _____ 22) Quand je suis en colère, Je sais que je peux trouver un moyen de me sentir mieux.
- _____ 23) Quand je suis en colère, je me sens faible et impuissant.
- _____ 24) Quand je suis en colère, je sens que je peux encore contrôler mon comportement.
- _____ 25) Quand je suis en colère, je me sens coupable de me sentir comme cela.
- _____ 26) Quand je suis en colère, j'ai de la difficulté à me concentrer.
- _____ 27) Quand je suis en colère, J'éprouve de la difficulté à contrôler mon comportement.
- _____ 28) Quand je suis en colère, je crois qu'il n'y a rien qui pourrait m'aider à me sentir mieux.
- _____ 29) Quand je suis en colère, je deviens irrité(e) à l'idée de me sentir comme cela.
- _____ 30) Quand je suis en colère, je commence à me sentir très mal.
- _____ 31) Quand je suis en colère, je crois que me laisser aller là-dedans est la seule chose que je peux faire.
- _____ 32) Quand je suis en colère, je perds le contrôle sur mes comportements
- _____ 33) Quand je suis en colère, j'ai de la difficulté à penser à quelque chose d'autre.
- _____ 34) Quand je suis en colère, Je prends le temps de voir ce que je ressens exactement.
- _____ 35) Quand je suis en colère, cela me prend beaucoup de temps pour me sentir mieux.
- _____ 36) Quand je suis en colère, mes émotions prennent trop de place.

BDI-II

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatif envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas de tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 Je du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ANNEXE D.5

MESURES D'EFFICACITÉ – ADOLESCENT ANGER RATING SCALE

Échelle d'Évaluation de la Colère

Nom : _____ Date : _____

Instructions : Encerle le chiffre qui te décrit le mieux lorsque tu es en colère.

Lorsque je suis en colère, je...

	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1. vais répliquer immédiatement en frappant si quelqu'un me frappe	1	2	3	4
2. vais tricher afin d'être égale	1	2	3	4
3. vais essayer de résoudre le problème sans me battre	1	2	3	4
4. vais faire mal à la personne qui m'a causé du tort	1	2	3	4
5. vais quitter la classe ou la maison sans avertir	1	2	3	4
6. vais agir sans penser	1	2	3	4
7. vais essayer de comprendre les sentiments des autres	1	2	3	4
8. vais caïder ou intimider les autres.	1	2	3	4
9. vais me contrôler et quitter sans me battre	1	2	3	4
10. vais trouver une arme ou un objet pour faire mal à quelqu'un	1	2	3	4
11. vais penser mettre des objets en feu	1	2	3	4
12. vais penser comment tuer la personne qui m'a mis en colère	1	2	3	4
13. ne vais pas planifier d'utiliser une arme ou un objet pour faire mal à quelqu'un	1	2	3	4
14. vais penser à des moyens pacifiques qui assureront la paix avec la personne qui m'a fait du tort	1	2	3	4
15. vais être bougonneux(se)	1	2	3	4
16. vais planifier de détruire la propriété des autres	1	2	3	4
17. vais parler fort	1	2	3	4
18. vais planifier de me battre	1	2	3	4
19. vais avoir de la difficulté à contrôler mon tempérament	1	2	3	4
20. vais planifier de communiquer adéquatement afin d'éviter un argument	1	2	3	4
21. ne peux pas rester assis et immobile	1	2	3	4
22. vais me faire mal afin d'atteindre les autres	1	2	3	4

	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
23. vais ignorer les commentaires blessants des autres	1	2	3	4
24. vais volontairement essayer de faire mal à quelqu'un	1	2	3	4
25. vais essayer de me battre, peu importe l'adversaire	1	2	3	4
26. vais utiliser n'importe quoi comme arme afin de me battre	1	2	3	4
27. avoir suffisamment de contrôle sur moi-même afin de ne pas me battre	1	2	3	4
28. vais volontairement allumer des feux	1	2	3	4
29. ne peux pensé à autre chose	1	2	3	4
30. vais ignorer lorsqu'on me traite de noms	1	2	3	4
31. vais m'en prendre à des animaux	1	2	3	4
32. vais m'attirer des ennuis à cause de mon tempérament	1	2	3	4
33. éviter les gens afin de ne pas m'attirer des ennuis	1	2	3	4
34. vais me sentir soulager après d'avoir fait mal à celui qui m'a causé de la douleur	1	2	3	4
35. vais parler trop	1	2	3	4
36. vais fuguer de la maison	1	2	3	4
37. vais m'éloigner afin d'éviter de me battre	1	2	3	4
38. vais me ravir à frapper et donner des coups de pieds aux autres	1	2	3	4
39. vais m'attirer des ennuis avec la police	1	2	3	4
40. vais continuer de prendre les bonnes décisions	1	2	3	4
41. ne vais pas respecter les règles établies	1	2	3	4

ANNEXE D.6

MESURES D'EFFICACITÉ – SELF-HARM BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

No. : _____ Âge : _____ Sexe: F / M Date : _____

SHBQ

Beaucoup de gens font des choses qui sont dangereuses et pourraient les blesser. Les gens prennent ces risques pour plusieurs raisons. Souvent, les gens prennent des risques sans penser au fait qu'ils pourraient se blesser. D'autres fois, par contre, les gens se blessent intentionnellement. Nous sommes intéressés à en apprendre d'avantage sur les façons dont vous avez pu vous blesser de façon intentionnelle ou non. Nous sommes aussi intéressés à essayer de comprendre pourquoi les gens de votre âge pourraient faire certaines de ces choses dangereuses. Il est important que vous compreniez que si vous révélez que vous avez fait des choses dangereuses ou qui laissent croire que vous pouvez être un danger pour vous-mêmes, nous vous encouragerons à en discuter avec un intervenant ou tout autre confident afin d'assurer votre sécurité dans le futur. S.V.P. encerclez OUI ou NON en réponse à chaque question et répondez aux questions de précision qui s'y appliquent ensuite. Aux questions vous demandant à qui vous avez parlé de quelque chose, ne donnez pas de noms spécifiques. Nous voulons seulement savoir si c'était quelqu'un comme un parent, un professeur, un médecin, etc.

Les choses que vous avez pu vous faire intentionnellement.

1. Vous est-il déjà arrivé de vous blesser intentionnellement ? (par exemple : vous égratigner avec vos ongles ou un objet tranchant) OUI NON

Si non, allez à la question # 2.

Si oui, qu'avez-vous fait ? _____

a. À peu près combien de fois l'avez-vous fait ? _____

b. Vers quel âge l'avez-vous fait pour la première fois ? _____

c. Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous l'avez fait ? _____

d. En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ? OUI NON

Si oui, à qui l'avez-vous dit ? _____

e. Avez-vous déjà eu besoin de consulter un médecin après avoir fait ces choses ?

OUI NON

Les fois où vous vous êtes blessé(e) sérieusement de façon intentionnelle ou que vous avez essayé de vous suicider.

2. Avez-vous déjà tenté de vous suicider ? OUI _____ NON _____

Si non, allez à la question # 4. _____

Si oui, comment ? _____

Note : Si vous avez des pris des médicaments, de quelle(s) sorte(s) ? _____

Combien ? _____

Sur une période de combien de temps les avez-vous pris ? _____

a. Combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ?

b. À quel âge a été faite la tentative la plus récente ?

c. Avez-vous déjà parlé à quelqu'un de cette tentative ? OUI _____ NON _____

Si oui, à qui ? _____

d. Avez-vous eu besoin de soins médicaux après cette tentative ? OUI _____ NON _____

Si oui, avez-vous été hospitalisé(e) toute la nuit ou plus longtemps ? OUI _____ NON _____

Combien de temps avez-vous été hospitalisé ? _____

e. Avez-vous parlé à un intervenant après cette tentative ? OUI _____ NON _____

Si oui, à qui ? _____

3. Si vous avez tenté de vous suicider, S.V.P. répondez aux questions suivantes : _____

a. Que se passait-il d'autre dans votre vie autour du moment où vous avez tenté de vous suicider ? _____

b. Désiriez-vous vraiment mourir ? OUI _____ NON _____

c. Espérez-vous une réaction spécifique à votre tentative ? OUI _____ NON _____

Si oui, quelle réaction recherchez-vous ? _____

d. Avez-vous obtenu la réaction que vous désiriez ? OUI _____ NON _____

Si non, quel type de réaction y a-t-il eu à votre tentative de suicide ? _____

e. Qui était au courant de votre tentative ? _____

Les fois où vous avez menacé de vous blesser sérieusement ou de vous suicider.

4. As-vous déjà menacé de vous suicider ? OUI NON

Si non, allez à la question # 5

Si oui, qu'avez-vous menacé de faire ? _____

a. À peu près combien de fois l'avez-vous fait ? _____

b. Vers quel âge l'avez-vous fait pour la première fois ? _____

c. Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous l'avez fait ? _____

d. À qui avez-vous menacé de vous suicider ? (par exemple : père, mère)

e. Que se passait-il d'autre dans votre vie autour du moment où vous avez menacé de vous suicider ? _____

f. Désiriez-vous vraiment mourir ? OUI NON

g. Espériez-vous une réaction spécifique à votre menace ? OUI NON

Si oui, quelle réaction recherchiez-vous ? _____

h. Avez-vous obtenu la réaction que vous désiriez ? OUI NON

Si non, quel type de réaction y a-t-il eu à votre menace ? _____

5. Avez-vous déjà parlé de, ou pensé à :

- vouloir mourir : OUI NON

- vous suicider : OUI NON

a. Qu'avez-vous parlé de faire ? _____

b. Avec qui en avez-vous discuté ? _____

c. Qu'est-ce qui vous a donné envie de le faire ? _____

d. Aviez-vous un plan spécifique quant à la façon dont vous vouliez tenter de vous
suicider ? OUI NON

Si oui, quel était votre plan ? _____

e. En pensant à ce moment, comment imaginiez-vous que les gens réagiraient à votre
tentative ? _____

f. Avez-vous pensé à comment les gens réagiraient si vous réussissiez à vous suicider ?

OUI NON

Si oui, comment pensiez-vous qu'ils réagiraient ? _____

g. Avez-vous déjà fait des démarches pour préparer ce plan ?

OUI NON

Si oui, qu'avez-vous fait pour vous préparer ? _____

ANNEXE D.7

MESURES D'EFFICACITÉ – INVENTORY OF INTERPERSONAL PROBLEMS

Inventory of interpersonal problems (IIP-32)

	Pas du tout	Un peu problématique	Moyennement problématique	Beaucoup problématique	Extrêmement problématique
1. Il est difficile pour moi de me joindre à des groupes.					
2. Il est difficile pour moi de m'affirmer avec autrui.					
3. Il est difficile pour moi de me faire des amis.					
4. Il est difficile pour moi de ne pas m'entendre avec autrui.					
5. Il est difficile pour moi de m'engager à long terme avec autrui.					
6. Même justifié, il est difficile pour moi d'être agressif avec autrui					
7. Il est difficile pour moi de socialiser avec les autres.					
8. Il est difficile pour moi de démontrer de l'affection.					
9. Il est difficile pour moi d'être confortable en présence des autres.					
10. Il est difficile pour moi de partager de l'information personnelle avec autrui.					
11. Lorsque nécessaire, il est difficile pour moi de m'affirmer.					
12. Il est difficile pour moi de ressentir une émotion d'amour pour quelqu'un autre.					
13. Il est difficile pour moi d'appuyer les objectifs de quelqu'un d'autre.					
14. Il est difficile pour moi de me soucier des problèmes d'autrui.					
15. Il est difficile pour moi de me mettre les besoins d'autrui avant les miens.					
16. Il est difficile pour moi d'accepter des directives de quelqu'un en position d'autorité.					
17. Il est difficile pour moi de partager avec les autres la manière que je me sens.					
18. Il est difficile de m'occuper de moi lorsqu'un individu est en besoin.					
19. Il est difficile pour moi d'être en relation sans me sentir pris.					

	Pas du tout	Un peu problématique	Moyennement problématique	Beaucoup problématique	Extrêmement problématique
20. Je me chamaille trop fréquemment avec autrui.					
21. Je deviens ennuyé et irritable trop facilement.					
22. Je veux trop admirer les autres.					
23. Je suis trop dépendant d'autrui.					
24. Je partage trop ce que je ressens.					
25. Je mets trop les besoins d'autrui avant les miens.					
26. Je suis trop généreux avec les autres.					
27. Je m'inquiète trop de la réaction des autres quant à moi.					
28. Je perds trop facilement mon sang-froid.					
29. Je partage trop d'information personnelle avec autrui.					
30. J'argumente trop avec les autres.					
31. Je suis trop envieux et jaloux des autres.					
32. Je suis trop affecté par la misère des autres.					

ANNEXE D.8

MESURES D'EFFICACITÉ – BARRATT IMPULSIVENESS SCALE - II

Auto-Évaluation BIS-11

Nom : _____ Date : _____

Instructions :

Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez Chaque énoncé et remplissez la case appropriée située sur la droite de la page. Ne passez pas trop de temps sur chaque énoncé. Répondez vite et honnêtement.

	Rarement / jamais	Occasionnellement	Souvent	Presque toujours
1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.				
2. Je fais les choses sans y penser.				
3. Je me décide rapidement.				
4. J'ai tendance à ne pas m'en faire.				
5. Je ne fais pas attention.				
6. J'ai des idées qui fusent.				
7. Je projette mes voyages longtemps à l'avance.				
8. Je suis maître de moi.				
9. Je me concentre facilement.				
10. Je mets de l'argent de côté régulièrement.				
11. « J'ai la bougeotte » aux spectacles ou aux conférences.				
12. Je réfléchis soigneusement.				
13. Je veille à ma sécurité d'emploi.				
14. Je dis les choses sans y penser.				

		Rarement / jamais	Occasionnellement	Souvent	Presque toujours
15.	J'aime réfléchir à des problèmes complexes.				
16.	Je change de travail.				
17.	J'agis sur un « coup de tête ».				
18.	Réfléchir à un problème m'ennuie vite.				
19.	J'agis selon l'inspiration du moment.				
20.	Je suis quelqu'un de réfléchi.				
21.	Je change de domicile.				
22.	J'achète les choses sur « un coup de tête ».				
23.	Je ne peux penser qu'à un problème à la fois.				
24.	Je change de passe-temps.				
25.	Je dépense ou paye à crédit plus que je gagne.				
26.	Quand je réfléchis, mes pensées s'égarer souvent.				
27.	Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.				
28.	Je me sens agité (e) au spectacle ou lors de conférences.				
29.	J'aime les « casse-tête ».				
30.	Je pense à l'avenir.				

ANNEXE D.9

MESURES D'EFFICACITÉ – SOCIAL PROBLEM – SOLVING INVENTORY - REVISED

Inventaire de résolution de problèmes sociaux

Voici une série d'énoncés décrivant comment certaines personnes pourraient penser, se sentir et se comporter lorsqu'elles font face à des problèmes de la vie quotidienne. Il s'agit de problèmes importants qui pourraient avoir un effet significatif sur votre bien-être ou celui des gens que vous aimez. Par exemple, ces problèmes concernent la santé, une dispute avec un membre de votre famille, ou votre performance au travail ou à l'école. S.V.P. lisez attentivement chaque énoncé et choisissez un des chiffres ci-dessous afin d'indiquer à quel point l'énoncé est vrai pour vous. Tenez compte de votre façon habituelle de penser, de vous sentir et de vous comporter lorsque vous êtes aux prises avec des problèmes de la vie quotidienne ces jours-ci et inscrivez votre réponse sur la ligne (___) à côté du numéro de l'énoncé.

0	1	2	3	4
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas

1. ___ Je passe trop de temps à m'inquiéter au sujet de mes problèmes au lieu d'essayer de les résoudre.
2. ___ Je me sens menacé(e) et apeuré(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.
3. ___ Lorsque je prends des décisions, je n'évalue pas assez soigneusement les différentes alternatives.
4. ___ Lorsque j'ai une décision à prendre, je ne prends pas en considération l'effet probable de chaque alternative sur le bien-être des autres personnes.
5. ___ Lorsque j'essaie de trouver une solution à un problème, je pense souvent à plusieurs solutions pour ensuite essayer de combiner certaines d'entre elles afin de trouver une meilleure solution.
6. ___ Je me sens nerveux(se) et incertain(e) de moi lorsque j'ai une décision importante à prendre.
7. ___ Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je pense que si je persiste et ne lâche pas trop facilement, je serai éventuellement capable de trouver une bonne solution.
8. ___ Lorsque je tente de résoudre un problème, j'agis en fonction de la première idée qui me vient à l'esprit.
9. ___ Chaque fois que j'ai un problème, je crois qu'il peut être résolu.
10. ___ J'attends de voir si un problème se résoudra par lui-même avant d'essayer de le résoudre moi-même.
11. ___ Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des choses que je fais est d'analyser la situation et d'essayer d'identifier quels sont les obstacles qui m'empêchent d'obtenir ce que je veux.

0	1	2	3	4
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas
12.	___	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens très frustré(e).		
13.	___	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je doute que je serai capable de le résoudre par moi-même peu importe à quel point j'essaie.		
14.	___	Lorsqu'un problème survient dans ma vie, je retarde aussi longtemps que possible mes efforts pour le résoudre.		
15.	___	Après avoir appliqué une solution à un problème, je ne prends pas le temps d'évaluer soigneusement tous les résultats.		
16.	___	Je fais un effort particulier pour éviter d'avoir à composer avec mes problèmes.		
17.	___	Les problèmes difficiles me contrarient beaucoup.		
18.	___	Lorsque j'ai à prendre une décision, j'essaie de prédire les conséquences positives et négatives de chaque option.		
19.	___	Lorsque des problèmes surviennent dans ma vie, j'aime m'occuper de ceux-ci aussitôt que possible.		
20.	___	Lorsque je tente de résoudre un problème, j'essaie d'être créatif(ve) et de penser à des solutions originales ou peu conventionnelles.		
21.	___	Lorsque je tente de résoudre un problème, je suis la première bonne idée qui me vient à l'esprit.		
22.	___	Lorsque je tente de penser à des solutions possibles à un problème, je n'arrive pas à générer ___ plusieurs alternatives.		
23.	___	Je préfère éviter de penser à mes problèmes au lieu d'essayer de les résoudre.		
24.	___	Lorsque je prends des décisions, je tiens compte à la fois des conséquences immédiates et à long terme de chaque plan d'action possible.		
25.	___	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'analyse ce qui a bien été et ce qui a mal été.		
26.	___	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'examine mes sentiments et j'évalue à quel point ils ont changé en mieux.		
27.	___	Avant d'appliquer une solution à un problème, je pratique la solution afin d'augmenter mes chances de succès.		

0	1	2	3	4	
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas	
28. ___					Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je crois que je serai capable de le résoudre par moi-même si j'essaie suffisamment.
29. ___					Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des premières choses que je fais est d'aller chercher autant d'information que possible au sujet de ce problème.
30. ___					Je retarde à résoudre les problèmes jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour y faire quoi que ce soit.
31. ___					Je passe plus de temps à éviter mes problèmes qu'à les résoudre.
32. ___					Lorsque je tente de résoudre un problème, je deviens si contrarié(e) que je ne peux pas penser clairement.
33. ___					Avant d'essayer de résoudre un problème, je me fixe un objectif spécifique qui précise exactement ce que je veux accomplir.
34. ___					Lorsque j'ai une décision à prendre, je ne prends <u>pas</u> le temps <u>de</u> considérer le pour et le contre de chaque solution.
35. ___					Lorsque le résultat de ma solution à un problème n'est pas satisfaisant, j'essaie d'établir ce qui a fait défaut pour ensuite essayer de le résoudre à nouveau .
36. ___					Je déteste avoir à résoudre les problèmes qui surviennent dans ma vie.
37. ___					Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie d'évaluer aussi soigneusement que possible à quel point la situation s'est améliorée.
38. ___					Lorsque j'ai un problème, j'essaie de le voir comme un défi ou une occasion de tirer profit du fait d'avoir un problème.
39. ___					Lorsque je tente de résoudre un problème, je pense à autant de solutions que possible jusqu'à ce que je ne puisse plus générer d'autres idées.
40. ___					Lorsque j'ai une décision à prendre, j'évalue les conséquences de chaque solution afin de les comparer les unes aux autres.
41. ___					Je deviens déprimé(e) et figé(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.
42. ___					Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je vais vers une autre personne afin qu'elle m'aide à le résoudre.
43. ___					Lorsque j'ai une décision à prendre, je tiens compte des effets probables de chaque possibilité d'action sur mes sentiments personnels.

0	1	2	3	4
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas
44.	—	Lorsque j'ai un problème à résoudre, j'examine quelles circonstances externes dans mon environnement contribuent possiblement au problème.		
45.	—	Lorsque je prends des décisions, j'ai tendance à suivre mon intuition sans trop penser aux conséquences de chaque alternative.		
46.	—	Lorsque je prends des décisions, j'utilise une méthode systématique pour juger et comparer les alternatives.		
47.	—	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, je garde toujours en tête quel est mon objectif.		
48.	—	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'aborde ce problème sous autant d'angles que possible.		
49.	—	Lorsque j'ai de la difficulté à comprendre un problème, j'essaie d'obtenir de l'information plus spécifique et concrète à son sujet afin de m'aider à le clarifier.		
50.	—	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens découragé(e) et déprimé(e).		
51.	—	Lorsque la solution que j'ai appliquée ne résout pas mon problème de façon satisfaisante, je <u>ne prends pas le temps</u> d'examiner soigneusement pourquoi elle n'a pas fonctionné.		
52.	—	Je suis trop impulsif(ve) lorsque vient le temps de prendre des décisions.		

ANNEXE E.1

MESURES DE PROCESSUS – CLINICAL GLOBAL IMPRESSION

ANNEXE E.2

MESURES DE PROCESSUS – WORKING ALLIANCE INVENTORY - INTERVENANT

ID: _____

DATE: _____

**WORKING ALLIANCE INVENTORY – FORME ABRÉGÉE
INTERVENANT**

Ce qui suit est une série d'énoncés quant à la relation que vous avez avec votre patient. Évaluez chaque item et indiquez le niveau de correspondance avec ces derniers.

	Fortement en désaccord	Désaccord	Quelque peu en désaccord	Incertain	Quelque peu en accord	Accord	Fortement en accord
33. (2) Mon client et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation.							
34. (4) Mon client et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en cours.							
35. (8) Je crois que mon client m'aime bien.							
36. (12) J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres.							
37. (21) J'ai confiance en mes capacités pour aider mon client.							
38. (22) Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus.							
39. (23) J'apprécie mon client en tant que personne.							
40. (24) Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi à travailler.							
41. (26) Mon client et moi avons développé une confiance mutuelle.							
42. (27) Mon client et moi avons des idées différentes sur ce que sont ses vrais problèmes.							
43. (32) Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour mon client.							
44. (35) Mon client croit que ce que nous faisons pour régler son problème est correct.							

ANNEXE E.3

MESURES DE PROCESSUS – WORKING ALLIANCE INVENTORY - CLIENT

ID: _____

DATE: _____

**WORKING ALLIANCE INVENTORY – FORME ABRÉGÉE
CLIENT**

Ce qui suit est une série d'énoncés quant à la relation que vous avez avec votre thérapeute. Évaluez chaque item et indiquez le niveau de correspondance avec ces derniers.

	Fortement en désaccord	Désaccord	Quelque peu en désaccord	Incertain	Quelque peu en accord	Accord	Fortement en accord
45. (2) Mon thérapeute et moi nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation.							
46. (4) Mon thérapeute et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités en cours.							
47. (8) Je crois que mon thérapeute m'aime bien.							
48. (12) J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir lors de nos rencontres.							
49. (21) J'ai confiance que mon thérapeute est capable de m'aider.							
50. (22) Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous sommes entendus.							
51. (23) Je sens que mon thérapeute m'apprécie.							
52. (24) Nous nous entendons sur ce qui est important à travailler.							
53. (26) Mon thérapeute et moi avons développé une confiance mutuelle.							
54. (27) Mon thérapeute et moi avons des idées différentes sur ce que sont mes vrais problèmes.							
55. (32) Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour moi.							
56. (35) Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct.							

RÉFÉRENCES

<http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online]. (2007). National Center for Injury Prevention and Control, CDC (producer). Available from URL: www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.
- Becker, D., Grilo, C., Edell, W., & McGlashan, T. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, *159*(12), 2042-2047.
- Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(3), 472-473.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K., Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. *42*(5), 487-499.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1497-1505.
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: Clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*(2), 248-256
- Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD. (2007) Protective factors and suicide risk among adolescents with a history of sexual abuse. *Journal of Pediatrics*, *151*:482-487.
- Goldsmith, S. K. (Ed), Pellmar, T. C. (Ed), Kleinman, A. M. (Ed), Bunney, W. E. (.), & Inst of Medicine, Board on Neuroscience & Behavioral Health, Committee on Pathophysiology & Prevention of

- Adolescent & Adult Suicide, Washington, DC, US (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC, US: National Academies Press.
- Goldston, D., Daniel, S., Erkanli, A., Reboussin, B., Mayfield, A., Frazier, P., & Treadway, S. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(2):281-90.
- Hultén, A., Jiang, G.-X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., Ostamo, A., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A. (2001) Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 161-169
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(2), 363-375.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 148-152.
- Joiner, 2005 T.E. Joiner, *Why People Die by Suicide*, Harvard University Press, Cambridge MA (2005).
- Kochanek, K., Murphy, S., Anderson, R., & Scott, C. (2004). *Deaths: Final data for 2002. National Vital Statistics Report, 53*, 1–115.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan M., Tutek D., Heard H., & Armstrong H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry 151*, 1771–76

- Martens, W. (2005). Therapy on the borderline: effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Annals of the American Psychotherapy Association* 8(4), 5-12.
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, 346 pp. New York, NY, US: Guilford Press.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Paris, J. (1990). Completed suicide in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20(1), 19-21.
- Peterson, B., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R., & Lewis, M. (1996). Risk factors for presenting symptoms in child psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1162-1173, 1996.
- Rasmussen, P. (2005). *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Silk, J., Nath, S., Siegel, L., Kendall, P. (2000). Conceptualizing mental disorders in children: Where have we been and where are we going? *Development and Psychopathology*. 12(4), 713-735.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Sunseri, P. (2004). Preliminary Outcomes on the Use of Dialectical Behavior Therapy to Reduce Hospitalization Among Adolescents in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth*. 21(4), 59-76.