

## **Implémentation francophone de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM) pour le trouble de personnalité limite**

### **Titre court : Thérapie basée sur la mentalisation**

Paco Prada<sup>1</sup>, Déborah Badoud<sup>1, 2</sup>, Rosetta Nicastro<sup>1</sup>, Karen Dieben<sup>1</sup>, Eva Rüfenacht<sup>1</sup>, Alexandre Dayer<sup>1</sup>, Nader Perroud\*<sup>1</sup>, Martin Debbané\*<sup>2,3</sup>

1. Service des spécialités psychiatriques, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

2. Unité de Psychologie Clinique Développementale, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Genève, Suisse

3. Département de Recherche en Psychologie Clinique, de l'Éducation et de la Santé, University College London, Londres, Royaume-Uni

\* Ces deux auteurs ont contribué de façon égale à ce travail

Auteur à qui la correspondance doit être envoyée : Dr CC Nader Perroud, 20bis rue de Lausanne, 1201Genève, Suisse, tél : ++41223054511, fax : ++41223054599, email : [nader.perroud@hcuge.ch](mailto:nader.perroud@hcuge.ch)

## **Mentalization based treatment (MBT) for borderline personality disorder among a population of French-speaking patients**

### **Short title: Mentalization based treatment**

Paco Prada<sup>1</sup>, Déborah Badoud<sup>1, 2</sup>, Rosetta Nicastro<sup>1</sup>, Karen Dieben<sup>1</sup>, Eva Rüfenacht<sup>1</sup>, Alexandre Dayer<sup>1</sup>, Nader Perroud\*<sup>1</sup>, Martin Debbané\*<sup>2,3</sup>

1. Service des spécialités psychiatriques, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

2. Unité de Psychologie Clinique Développementale, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Genève, Suisse

3. Département de Recherche en Psychologie Clinique, de l'Éducation et de la Santé, University College London, Londres, Royaume-Uni

\* These two authors contributed equally to the work

Corresponding author : Dr CC Nader Perroud, 20bis rue de Lausanne, 1201Genève, Suisse, tél : ++41223054511, fax : ++41223054599, email : [nader.perroud@hcuge.ch](mailto:nader.perroud@hcuge.ch)

### **Déclaration des liens d'intérêt**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

## **RÉSUMÉ**

### **Objectif**

Le trouble de personnalité limite représente un défi pour les thérapeutes en raison du nombre élevé des comportements auto-dommageables et suicidaires, des ruptures thérapeutiques, et de la mauvaise réponse aux psychotropes. Des traitements psychothérapeutiques empiriquement validés ont été développés ces dernières années, dont la thérapie basée sur la mentalisation, une approche psychodynamique intégrative d'origine britannique. Bien que cette approche soit validée comme un traitement efficace pour le trouble de personnalité limite, aucune étude empirique n'a, à ce jour, été menée sur des patients francophones. Cette étude a comme objectif d'évaluer la composante psycho-éducative de la mentalisation sur une population de patients francophones.

### **Méthode**

Quatorze patients souffrants d'un trouble de personnalité limite ont suivi une thérapie basée sur la mentalisation d'une durée de 3 mois, consistant en une initiation à la mentalisation à raison d'un groupe et d'un entretien individuel hebdomadaires. Les patients ont rempli divers questionnaires évaluant la dépression, le désespoir, les stratégies de régulation émotionnelle, et les capacités réflexives.

### **Résultats**

La composante psycho-éducative de la thérapie basée sur la mentalisation fut significativement associée à une meilleure régulation cognitive des émotions, de l'empathie et des capacités réflexives, et à une diminution du désespoir. Le taux de rétention dans le programme s'est élevé à 71.4%.

### **Conclusions**

Ces résultats préliminaires témoignent de l'efficacité de la phase psycho-éducative de la thérapie basée sur la mentalisation, en particulier des effets positifs sur la symptomatologie

dépressive et les processus de régulation de soi chez des patients avec un diagnostic de trouble de personnalité limite.

**Mots clés:** Psychothérapie, mentalisation, trouble de la personnalité

## **ABSTRACT**

### Introduction

Borderline Personality Disorder is a frequent disorder that is challenging for therapists to treat due to the prevalence of self-damaging and suicidal behaviours and interruptions of the therapeutic alliance, as well as a poor response to psychotropic treatments. In recent years, several empirically-validated psychotherapeutic treatments have been developed, including Mentalisation-Based Therapy, which is an integrative psychodynamic approach created in Britain. Although numerous studies have showed Mentalisation-Based Therapy to be an efficient treatment of Borderline Personality Disorder, its specific components have yet to be assessed. Furthermore, there have been no empirical studies conducted among groups of French-speaking patients. The purpose of this study is twofold: To provide an initial assessment of the efficacy of the mentalisation-based psycho-educational component, which is the first component of any mentalisation-based therapy, and to provide the first assessment of this approach among a population of French-speaking patients.

### Method

Over a three-month period, 14 Borderline Personality Disorder sufferers followed a psycho-educational Mentalisation-Based Therapy programme consisting of group sessions to introduce patients to mentalisation and weekly individual interviews. Patients filled in various question forms assessing, among others, the intensity of their depression, their degree of hopelessness, their emotional regulation strategies, and their reflective abilities.

### Results

The psycho-educational component of Mentalisation-Based Therapy is significantly associated with improved cognitive emotional regulation, empathy and reflective abilities, and with a reduced sense of hopelessness. The programme retention rate was of 71.4%.

### Conclusion

Despite the small sample size and the short treatment period, these preliminary results demonstrate the efficiency of the psycho-educational phase of Mentalisation-Based Therapy, and in particular the positive effects of the treatment on depressive symptomatology and self-regulation processes among patients with a Borderline Personality Disorder diagnosis.

**Mots clés:** Psychotherapy, mentalisation, borderline personality disorder

## **Introduction**

Le trouble de personnalité limite (TPL) se caractérise par une perturbation du sens de l'identité, des relations interpersonnelles intenses et instables, une instabilité émotionnelle et des comportements impulsifs, auto-dommageables et suicidaires à répétition [1, 2]. Ce trouble concerne environ 2% de la population mais sa prévalence augmente jusqu'à 10% dans les centres de consultation psychiatrique ambulatoire et jusqu'à 20% dans les cliniques psychiatriques [1, 3, 4].

Le traitement pharmacologique est peu efficace pour soulager les symptômes du TPL et n'est indiqué que pour traiter les comorbidités qui y sont associées, comme par exemple un épisode dépressif [5, 6]. Le traitement de choix est psychothérapeutique [7, 8]. Toutefois, sur ce plan aussi, les manifestations du TPL rendent complexe le travail des thérapeutes. Il s'agit de faire face à un taux d'interruption précoce de traitement dépassant les 50%, à un risque suicidaire avoisinant les 10%, à un taux de gestes auto-dommageables de 70% et à la répétition de réactions comportementales et émotionnelles intenses [9-11]. Ces dernières années, des thérapies spécialisées ont été développées intégrant des adaptations théoriques et techniques afin d'en augmenter l'efficacité, comme la thérapie comportementale dialectique, la thérapie focalisée sur le transfert, la thérapie basée sur la mentalisation, la thérapie des schémas ou le « good psychiatric management » et ont fait l'objet d'études randomisées et contrôlées [12-16].

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), développée à Londres par A. Bateman et P. Fonagy, a démontré son efficacité sur la réduction des comportements auto-dommageables et suicidaires, des crises émotionnelles et du nombre d'hospitalisations. La TBM améliore le fonctionnement social et interpersonnel ainsi que la symptomatologie globale du TPL reportée par auto-questionnaires [16-18].

Mentaliser est un processus psychologique impliquant l'imagination, qui consiste à relier les comportements (de soi-même et d'autrui) à des états mentaux tels que des pensées, des affects ou des désirs, déduits à partir d'indices internes inférés, et/ou d'indices externes observés [19]. Mentaliser, c'est faire preuve de curiosité pour l'état interne qui sous-tend le comportement visible, de manière flexible (p.ex. entre sa perspective et celle d'autrui) et empreinte d'humilité. En effet, la nature psychologique de l'esprit est fondamentalement dynamique (changeante selon les contextes) et ne peut être appréhendée que par la formulation d'hypothèses (opacité de l'esprit), ce qui exclut a priori toute certitude au sujet des phénomènes psychiques. Selon la TBM, les manifestations du TPL sont la conséquence de ruptures dans le processus de mentalisation qui surviennent en particulier dans des contextes hautement émotionnels et/ou interpersonnels stimulant l'attachement. L'objectif de ce traitement est donc de renforcer les capacités de mentalisation du sujet, en particulier dans les situations où son système d'attachement est stimulé. Les modalités du soin comprennent: l'établissement d'une formulation de la problématique du sujet, l'établissement d'un plan de crise, un suivi psychothérapeutique individuel, un suivi psychiatrique pour les traitements psychotropes éventuels ainsi que la participation à un groupe thérapeutique TBM [20-23]. Après une phase d'évaluation, la composante psycho-éducative (12 semaines) est mise en place pour développer un référentiel et une motivation à travailler sur le processus de mentalisation. Cette phase dite psycho-éducative est suivie d'une phase de 15 mois de soins hebdomadaires (1 séance groupale + 1 séance individuelle par semaine).

Cet article se focalisera sur la composante psycho-éducative du traitement. Si ce traitement a en effet été implémenté avec succès dans divers pays anglophones ainsi qu'aux Pays-Bas, il n'a jamais fait l'objet d'une implémentation systématiquement évaluée dans un pays francophone. Nous présentons donc ici les résultats préliminaires de l'évolution de patients francophones ayant participé aux 3 premiers mois de la TBM, afin d'évaluer, pour la première

fois, la composante psycho-éducative proposée par le programme TBM en langue française. Nous nous attendons à ce que la TBM permette une amélioration cliniquement significative des patients, mesurable tant sur le plan symptomatique que sur le plan des processus de régulation de soi.



## **Méthode**

Notre centre de consultation psychiatrique ambulatoire est spécialisé dans la prise en charge d'adultes souffrant de TPL (aux Hôpitaux Universitaires de Genève). L'équipe soignante est composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers spécialisés en santé mentale. Nous proposons depuis 20 ans la thérapie comportementale dialectique selon M. Linehan [24]. Après avoir implémenté la TBM dans notre programme de soins, ce qui a notamment nécessité de former l'ensemble de l'équipe soignante à la TBM originale (formation proposée conjointement par l'Anna Freud Center de Londres et l'Université de Genève) mais également de traduire un manuel en français [21] et de mettre à jour le modèle psychothérapeutique [22], nous avons voulu évaluer le bénéfice pour les patients souffrant d'un TPL de la phase psycho-éducative de la TBM (TBM-i ci-dessous). Nous avons traduit les documents employés dans les groupes thérapeutiques (mis à disposition en libre accès sur le site du réseau francophone des TBM : <http://www.unige.ch/formcont/reseaumentalisation/presentation/ressources-du-rf-tbm/>). La mise en place du traitement c'est fait sous la supervision clinique, d'abord hebdomadaire et ensuite mensuelle, d'un formateur en TBM (M. Debbané). Cette supervision a porté sur les entretiens individuels et les groupes thérapeutiques, mais aussi sur la cotation d'échelles d'adhérence thérapeutique. Les séances, filmées, ont ainsi pu être supervisées sous l'angle de l'adhérence au modèle TBM.

### ***Description du soin et du groupe***

La TBM consiste en un suivi psychothérapeutique hebdomadaire d'une séance de 50 minutes combinée à une séance en groupe de 90 minutes. Il existe deux types de groupes, composés de 6 à 8 participants. Le premier, appelé TBM-i (i pour introduction), est un groupe de psychoéducation structuré proposant une sensibilisation à la mentalisation en 12 séances accompagnées d'un support écrit (disponible gratuitement sur le site du réseau francophone de TBM). A chaque séance de groupe, une thématique en lien avec la mentalisation est

abordée et travaillée au travers d'explications théoriques et d'exercices de mise en pratique. Sont ainsi abordés: la relation entre mentalisation et attachement; les troubles de personnalité (le TPL en particulier); la dépression; l'anxiété ou encore les émotions. Ce groupe TBM-i vise la compréhension de certains concepts, l'acquisition d'un langage commun et la compréhension du soin TBM, notions utiles au bon déroulement des séances thérapeutiques.

Le second groupe de mentalisation, que nous n'aborderons pas dans ce manuscrit, est appelé TBM-g (g pour général) s'étend sur une quinzaine de mois. Les participants sont invités à aborder des situations personnelles sous un angle mentalisant. A partir d'une situation de départ, l'ensemble du groupe tente d'explorer la narrative de l'évènement problématique, de comprendre l'évolution des états mentaux du sujet en lien avec le déroulement des évènements et ses réactions comportementales, de valider son expérience et de faire émerger des perspectives alternatives. Le groupe explore également le vécu affectif des participants en séance et son évolution. Cela permet de mettre en évidence les ruptures du processus mentalisant mais aussi de le relancer de manière répétée, ce qui modèle une capacité de mentalisation plus stable pour les participants.

### ***Evaluation clinique et standardisée***

Tous les participants ont entrepris une évaluation clinique structurée à leur admission dans notre programme. L'évaluation débute par un entretien clinique avec 2 soignants de l'équipe dont l'un est un psychologue ou médecin expert en TPL. Cet entretien sert à évaluer la présence du TPL ainsi que la motivation à participer à un soin. S'en suivent deux entretiens structurés pour la passation d'un Structured Clinical Interview for Axis II Diagnosis (SCID II) [25] et d'une Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) [26]. Tous deux sont réalisés par une psychologue de l'équipe et servent à confirmer ou infirmer l'existence d'un TPL, ainsi qu'à évaluer les comorbidités de l'Axe I. Le critère d'inclusion dans notre centre est de souffrir d'un TPL avec au moins 5 critères sur 9 au SCID II. Les critères d'exclusion sont la présence

d'une addiction aux substances prioritaire en termes de soins et incompatible avec le suivi, la présence d'un trouble psychotique ou d'un trouble bipolaire de type I. Cette évaluation comprend également la passation d'un certain nombre d'auto-questionnaires qui seront répétés à la fin du groupe TBM-i et TBM-g (voir plus bas les échelles d'évaluations). Ces trois entretiens d'évaluation sont suivis d'un entretien avec les deux soignants initiaux afin de restituer au patient les résultats et fournir une information sur les possibilités thérapeutiques. Lorsque le patient souhaite participer au soin TBM, débute alors une phase d'engagement durant laquelle patient et thérapeute élaborent un plan de traitement comprenant un plan de crise et une formulation de la problématique en termes TBM. Le plan de crise est un document qui décrit ce que le patient doit essayer de faire en cas de crise suicidaire ou de risque comportement auto-dommageable, quelles ressources il doit privilégier. Nous proposons dans ce contexte une permanence téléphonique en cas d'urgences durant les heures ouvrables. La formulation de la problématique est rédigée par le thérapeute avec la collaboration du patient. Elle permet d'explicitier la compréhension des difficultés du patient, les cibles thérapeutiques du traitement et d'anticiper les difficultés qui peuvent survenir au cours du suivi. Elle est ensuite partagée avec les thérapeutes de groupe. Elle peut être modifiée en fonction de l'évolution de la personne durant le soin.

### ***Description de la population et critères de sélection, composition des groupes***

Deux groupes de 7 femmes souffrant d'un TPL (âge moyen : 32.92, DS 9,25) ont participé aux premiers groupes TBM-i puis TBM-g et à cette étude. Nous rapportons ici les résultats relatifs aux premiers groupes TBM-I, les groupes TBM-g étant en cours au moment de la rédaction du manuscrit.

Les patientes ont reçu une information écrite concernant l'étude, elles ont signé un accord de consentement et l'étude a été acceptée par le comité d'éthique du Canton et de la République de Genève.

### ***Echelles d'évaluation***

Les participantes ont passé les auto-questionnaires suivants avant et après la TBM-i:

La Beck Depression Inventory (BDI-II) évaluant la sévérité de la dépression actuelle sur une échelle de 21 items avec un score maximum de 63 [27]. Un score entre 0 et 10 est considéré comme normal, entre 11 et 16 comme une perturbation légère de l'humeur, entre 17 et 20 comme une dépression très légère, entre 21 et 30 comme une dépression modérée, entre 31 et 40 comme une dépression sévère et en-dessus de 40 comme une dépression extrême.

Le Questionnaire d'Évitement Cognitif [28] déterminant 5 sous-échelles représentant des stratégies d'évitement cognitif que sont la Substitution, la Transformation, la Distraction, l'Évitement et la Suppression.

L'échelle de désespoir de Beck (BHS) évaluant le degré de désespoir [29].

L'échelle de réactivité émotionnelle (ERS) évaluant, sur la base de 21 items, la réactivité émotionnelle intégrant les trois facettes que sont la sensibilité, l'intensité/l'éveil émotionnel et la persistance [30].

Le Questionnaire de Régulation Emotionnelle Cognitive (CERQ) évaluant les aspects cognitifs de la régulation émotionnelle ; 9 sous échelles sont définies (Blâme de soi, Acceptation, Rumination, Centration positive, Centration sur l'action, Réévaluation positive, Mise en perspective, Dramatisation, Blâme d'autrui) ainsi que deux sous-scores : Régulation adaptative et Régulation non-adaptative [31].

La Borderline Symptoms List (BSL-23) évaluant la sévérité actuelle du trouble de personnalité borderline [32].

La Basic Empathic Scale (BES) évaluant les deux composantes de l'empathie : affective et cognitive [33].

Le questionnaire des fonctions réflexives (RFQ) qui, sur la base de 8 items, définit le degré de certitude et d'incertitude au sujet des états mentaux d'autrui [34].

### ***Intervention***

L'intervention a consisté en la participation au groupe thérapeutique TBM-i durant 12 semaines. Elle a été évaluée par la passation des auto-questionnaires avant et après.

### ***Statistiques***

Des modèles linéaires mixtes avec ajustement sur l'âge en prenant en compte les mesures répétées ont été utilisés pour évaluer l'effet de la TBM sur les différentes variables continues. S'agissant d'une étude exploratoire et descriptive sur un petit échantillon de patientes, un seuil de  $\alpha=0.05$  (sans correction pour tests multiples) a été utilisé comme seuil de significativité. Les variables ayant été standardisées, les scores  $b$  peuvent donc être interprétés comme représentant des effets de taille.

## Résultats

Les 14 patientes qui ont participé à l'étude avaient un score moyen au SCID-II de 7 (DS=1.24), la majorité vivait seule (N=11, 78.57%), était sans emploi (N=11 ; 78.57%) et avait au moins un enfant (N=8, 57.14%) (Tableau 1).

Quatre patientes (28.6%) ont quitté prématurément le groupe pendant la thérapie. Nous n'avons pas mis en évidence de différences concernant les données démographiques, cliniques ou les scores à l'entrée dans l'étude entre les participantes qui ont prématurément quitté l'étude et celles qui sont demeurées dans l'étude (données non montrées).

Le tableau 2 montre l'évolution des scores au cours de la thérapie. Il est notable que malgré la brève durée de l'intervention thérapeutique mesurée, nous retrouvons des variables dont l'évolution est favorable et significative avec des effets de taille moyens à élevés. En particulier, nous retrouvons une diminution des scores sur l'échelle de dépression, la stratégie d'évitement cognitif (sous-échelle *substitution*), une diminution du désespoir. Le questionnaire de régulation émotionnelle montre une diminution de la sous-échelle *Blâme de Soi* et une augmentation de la *Centration positive*. La mesure des capacités d'empathie montre une amélioration liée à celle sa dimension cognitive. Finalement, nous retrouvons une diminution de l'incertitude au questionnaire des fonctions réflexives.

## **Discussion**

Le traitement a été associé à un taux d'abandon de la thérapie comparable aux études précédentes [16-18], ainsi qu'à une amélioration globale du fonctionnement des patientes ayant participé au soin.

Nous avons pu observer une amélioration des scores de dépression des participantes ainsi qu'une diminution de leur désespoir. Nous avons également retrouvé une augmentation des capacités réflexives, ce qui est un objectif central de la TBM. Les échelles évaluant le traitement cognitif des émotions permettent de mettre en évidence plusieurs effets du traitement. On remarque une baisse du "blâme de soi", soit de la tendance à assumer une responsabilité excessive face à un événement négatif ainsi qu'une augmentation de la « centration positive », rendant compte de la capacité à se centrer sur les possibles apports bénéfiques d'une expérience négative. Les participantes utilisent également davantage la substitution de pensée comme stratégie d'évitement cognitif, c'est-à-dire le fait de remplacer une pensée dérangeante par une autre qui l'est moins. Nous remarquons ainsi à la fois une diminution des stratégies qui tendent à intensifier l'émotion et une augmentation des stratégies qui permettent de la réguler. Le traitement de psycho-éducation permet un certain assouplissement des stratégies cognitives, ce qui est cohérent avec le modèle de la mentalisation [21, 22].

Même si nous ne pouvons pas en déduire formellement un lien de causalité, il est possible d'imaginer que l'amélioration des stratégies cognitives ait un impact sur l'amélioration des scores de dépression.

Concernant l'empathie, nous constatons une amélioration en particulier des stratégies cognitives impliquées dans l'empathie. La dimension cognitive de l'empathie respecte la distinction soi-autrui et opère sur un mode contrôlé tandis que la dimension affective, quant à elle, mélange résonance et contagion émotionnelle sur un mode automatique, et constitue un

précurseur des manifestations empathiques véritables. C'est cette dernière dimension qui est prédominante dans le fonctionnement des personnes souffrant d'état limite [1, 2, 10]. Sa compensation par l'augmentation de l'empathie cognitive pourrait permettre aux patients de mieux contenir les élans affectifs automatiques et contribuer ainsi au bénéfice de la TBM [12, 35].

La diminution de la sous-échelle de l'incertitude au RFQ témoigne d'une amélioration de la fonction réflexive des participantes, puisque les sujets souffrant d'un trouble de personnalité limite ont un niveau d'incertitude au RFQ plus élevé que les sujets sains comme nous l'avons mis en évidence dans d'autres travaux [34]. Il est vraisemblable qu'une meilleure fonction réflexive s'accompagne d'une plus grande considération pour l'opacité des états mentaux et ainsi, d'un moins grand vécu d'incertitude et d'incompréhension face à ceux-ci [35].

Sur les 14 participantes, dont les caractéristiques sont représentatives d'une population clinique TPL, 4 ont quitté prématurément les groupes. Cela correspond à 28,6% de l'échantillon. A noter que nous sollicitons activement les patients puisque nous travaillons à leur participation aux groupes lors des séances individuelles et que nous les contactons lors des absences par téléphone puis par courrier. Ce taux d'abandon prématuré est relativement similaire à celui retrouvé dans d'autres traitements spécialisés et en dessous du taux que l'on peut constater dans le cas de traitements non spécialisés [7-9, 12, 23]. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences entre les participantes qui ont quitté prématurément les groupes et celles qui ont poursuivi.

Notre étude présente de nombreuses limitations. La première est la petite taille de l'échantillon qui réduit l'interprétation et la généralisation de nos résultats. Il s'agit en effet d'une étude pilote, visant à évaluer la faisabilité de l'implémentation et l'efficacité de la phase psycho-éducative de la TBM en langue française. Les résultats montrent une tendance plutôt favorable dans l'évolution de la symptomatologie dépressive, le sentiment de désespoir, la



tendance à se blâmer et la centration positive. Deuxièmement, la particularité de notre échantillon est d'être exclusivement composé de femmes. La patientèle de notre consultation, bien que l'accès soit ouvert également aux hommes, est composée d'une forte majorité de femmes, ce qui est couramment le cas dans des structures de soins prenant en charge des patients TPL. Nous ne pouvons donc généraliser nos résultats à l'ensemble de la population TPL. Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les participantes qui quittent le groupe et celles qui restent. Si la taille de l'échantillon joue là encore un rôle, il est aussi possible que nous ne mesurons pas les paramètres qui permettraient de les distinguer, par exemple ce qui concerne l'adhérence au traitement ou des particularités propres aux patientes elles-mêmes (notamment en ce qui concerne des traits de personnalité, l'évaluation sur l'Axe II ne comprenant que TPL). Enfin, nous n'avons pas mesuré la survenue de comportements suicidaires ou auto-dommageables ainsi que d'éventuelles hospitalisations, ce qui ne nous permet pas de connaître l'efficacité du soin sur ces domaines.

En conclusion, ces résultats témoignent de l'efficacité de la phase psycho-éducative du soin TBM. Pour confirmer ces résultats, il convient d'agrandir l'échantillon. Ces résultats soutiennent également la faisabilité de l'implémentation de la TBM en pays francophone. La reproduction par un autre groupe francophone est également souhaitable pour appuyer ces données.

## **Remerciements**

Aucun

## Références

- [1] Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, et al. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377:74-84.
- [2] Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, et al. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936-50.
- [3] Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-6.
- [4] Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553-64.
- [5] Lieb K, Vollm B, Rucker G, et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196:4-12.
- [6] Kendall T, Burbeck R, Bateman A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *Br J Psychiatry* 2010;196:158-9.
- [7] American Psychiatric Association Practice G. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2001;158:1-52.
- [8] Paris J. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:56-60.
- [9] Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:373-7.
- [10] Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364:453-61.
- [11] Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163:20-6.

- [12] Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8.
- [13] McMMain SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1365-74.
- [14] Doering S, Horz S, Rentrop M, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389-95.
- [15] Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
- [16] Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
- [17] Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-8.
- [18] Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64.
- [19] Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004;18:36-51.
- [20] De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, et al. [Mentalization based treatment and borderline personality disorder]. *Encephale* 2017;43:340-5.
- [21] Bateman A, Fonagy P. *Mentalisation et trouble de la personnalité limite, guide pratique*. Louvain-La Neuve: De Boeck; 2015.

- [22] Debbané M. *Mentaliser. De la théorie à la pratique clinique*. Bruxelles: De Boeck; 2016.
- [23] Bales D, van Beek N, Smits M, et al. Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord* 2012;26:568-82.
- [24] Linehan MM. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Chêne-Bourg, Genève, Suisse: Médecine & Hygiène; 2000.
- [25] First M, Gibbon M, Spitzer R, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [26] Preisig M, Fenton BT, Matthey ML, et al. Diagnostic interview for genetic studies (DIGS): inter-rater and test-retest reliability of the French version. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:174-9.
- [27] Beck AT, Steer RA, Ball R, et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996;67:588-97.
- [28] Gosselin P, Langlois F, Freeston M, et al. Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2002;12:24-37.
- [29] Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-5.
- [30] Lannoy S, Heeren A, Rochat L, et al. Is there an all-embracing construct of emotion reactivity? Adaptation and validation of the emotion reactivity scale among a French-speaking community sample. *Compr Psychiatry* 2014;55:1960-7.
- [31] Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, et al. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Eur J of Psychol Assess* 2006;22:126-31.
- [32] Nicastro R, Prada P, Kung AL, et al. Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2016;3:4.

- [33] Carre A, Stefaniak N, D'Ambrosio F, et al. The Basic Empathy Scale in adults (BES-A): factor structure of a revised form. *Psychol Assess* 2013;25:679-91.
- [34] Badoud D, Prada P, Nicastro R, et al. Attachment and Reflective Functioning in Women With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* 2017:1-14.
- [35] Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006;62:411-30.

**Tableau 1** : données démographiques et cliniques

<i>Tableau 1</i>	<i>N=14</i>	
	<i>Moyenne</i>	<i>DS</i>
Age	32.92	9.25
SCID-II	7	1.24
Années d'étude	15.14	3.67
	N	%
Vit seule	11	78.57
Sans emploi	11	78.57
A des enfants	8	57.14

SCID-II : Structured Clinical Interview for Axis II Diagnosis

**Tableau 2:** échelles d'évaluation avant et après 12 semaines de TBM-i

Tableau 2		<i>Avant</i>		<i>Après</i>		<i>b</i>	<i>p</i>	
		<i>Moy.</i>	<i>DS</i>	<i>Moy.</i>	<i>DS</i>			
BDI-II		33.87	10.30	29.30	10.46	-0.5	<b>0.054</b>	
QEC	Substitution	11.00	2.65	14.38	4.78	0.71	<b>0.022</b>	
	Transformation	7.86	2.41	10.66	4.92	0.53	0.078	
	Distraction	15.43	6.05	13.75	4.20	-0.27	0.389	
	Evitement	9.57	3.64	11.00	4.72	0.3	0.47	
	Suppression	13.71	6.21	15.00	5.68	0.11	0.659	
BHS		13.18	5.65	7.63	4.37	<b>-0.94</b>	<b>0.009</b>	
ERS	sensibilité	30.44	6.25	31.00	6.21	0.03	0.812	
	intensité émotionnelle	22.56	4.33	22.25	3.73	-0.01	0.944	
	Persistance	12.56	3.71	12.75	3.24	0.02	0.878	
CERQ	<b><i>blâme de soi</i></b>	15.71	3.68	13.75	3.20	<b>-0.72</b>	<b>0.019</b>	
	Acceptation	13.00	4.32	13.63	3.81	0.15	0.418	
	Rumination	15.86	3.76	14.38	4.00	-0.37	0.311	
	<b><i>Centration positive</i></b>	7.57	4.16	10.75	3.45	<b>0.81</b>	<b>0.0001</b>	
	Centration sur l'action	11.43	6.27	11.88	3.76	0.12	0.699	
	Réévaluation positive	11.00	6.61	11.88	3.76	0.2	0.531	
	Mise en perspective	10.86	6.20	11.58	4.08	0.17	0.477	
	Dramatisation	11.10	5.22	10.50	4.34	-0.27	0.156	
	Blâme d'autrui	10.29	3.68	8.25	5.15	-0.45	0.221	
	Régulation adaptative	53.86	25.32	59.71	16.28	0.33	0.195	
	Régulation adaptative	non-	52.95	9.09	46.88	10.49	-0.66	0.089
	BSL-23		2.03	0.85	1.78	0.63	-0.31	0.49
	BES	<b><i>Cognitif</i></b>	31.43	2.70	33.63	2.33	0.83	<b>0.039</b>
Affectif		40.43	7.37	45.50	5.93	0.71	0.077	
<b><i>Total</i></b>		71.86	8.67	79.13	7.30	0.84	<b>0.047</b>	
RFQ	Certitude	0.57	0.48	0.60	0.56	-0.02	0.919	
	<b><i>Incertitude</i></b>	1.28	0.55	1.10	0.53	-0.52	<b>0.044</b>	

(BDI-II : Inventaire des symptômes dépressifs de Beck v.2; QEC : Questionnaire d'Évitement Cognitif ; BHS : échelle de désespoir de Beck ; ERS : échelle de réactivité émotionnelle ; CERQ : Questionnaire de Régulation Emotionnelle Cognitive ; BSL-23 : Borderline Symptoms List ; BES : Basic Empathic Scale ; RFQ : questionnaire des fonctions réflexives).