

# Dépression et trouble de la personnalité: passer l'obstacle ?

## Approches thérapeutiques des troubles de la personnalité

Prof. Martin Desseilles, MD, PhD

[martin.desseilles@unamur.be](mailto:martin.desseilles@unamur.be)

<http://www.MentalHealthSciences.com>



# Résumé

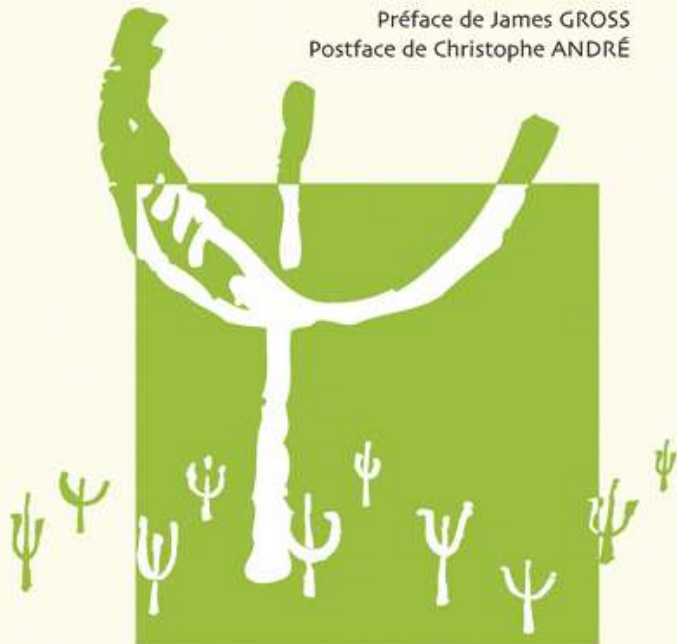
« Dans cet exposé nous prendrons la mesure de l'importance des **conduites suicidaires**, tant dans leurs **processus**, que dans leurs **préventions**, leurs liens avec le **stress** ou avec la **charge allostatique**. Nous verrons les différentes formes de **psychothérapies** qui sont proposées dans ce contexte. Un point sera fait également sur la place de la **pharmacothérapie** ».

carrefour  des psychothérapies

# Traité de régulation des émotions

Moïra MIKOLAJCZAK, Martin DESSEILLES

Préface de James GROSS  
Postface de Christophe ANDRÉ



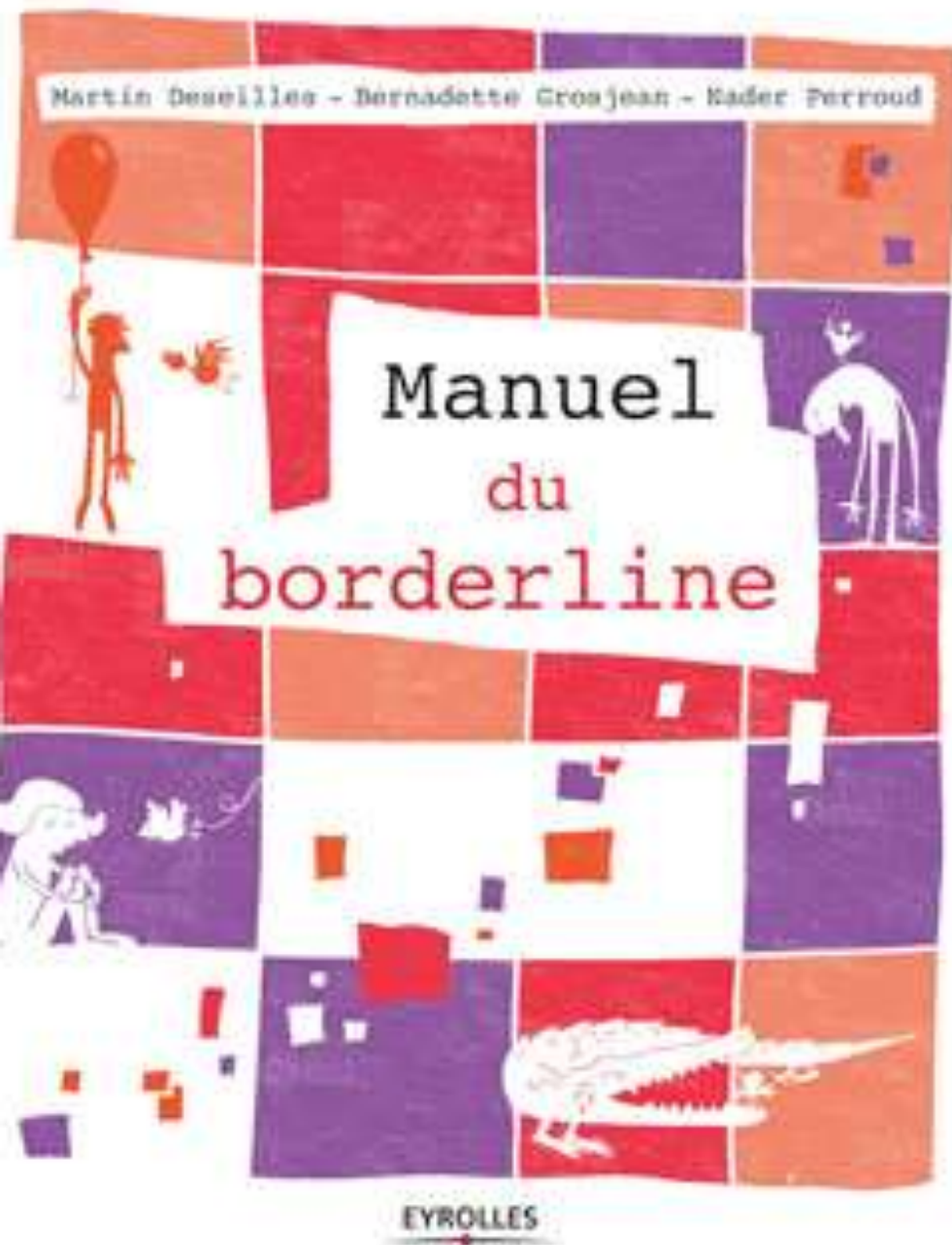
 de boeck

Vivre mieux

AVEC SES  
ÉMOTIONS

Dr Martin Desseilles  
Dr Moïra Mikolajczak

  
Odile  
Jacob



LES PETITES EXPÉRIENCES DE PSYCHO

Jordi Quoidbach



**COMMENT AUGMENTER  
VOTRE BONHEUR ?**

DUNOD

*Le suicide n'est pas une lâcheté comme le disent les prêcheurs qui exagèrent.  
Ce n'est pas non plus un acte de courage. C'est une lutte entre deux craintes.  
Il y a suicide quand la crainte de vivre l'emporte sur la crainte de mourir.*

Victor Hugo.

# Plan

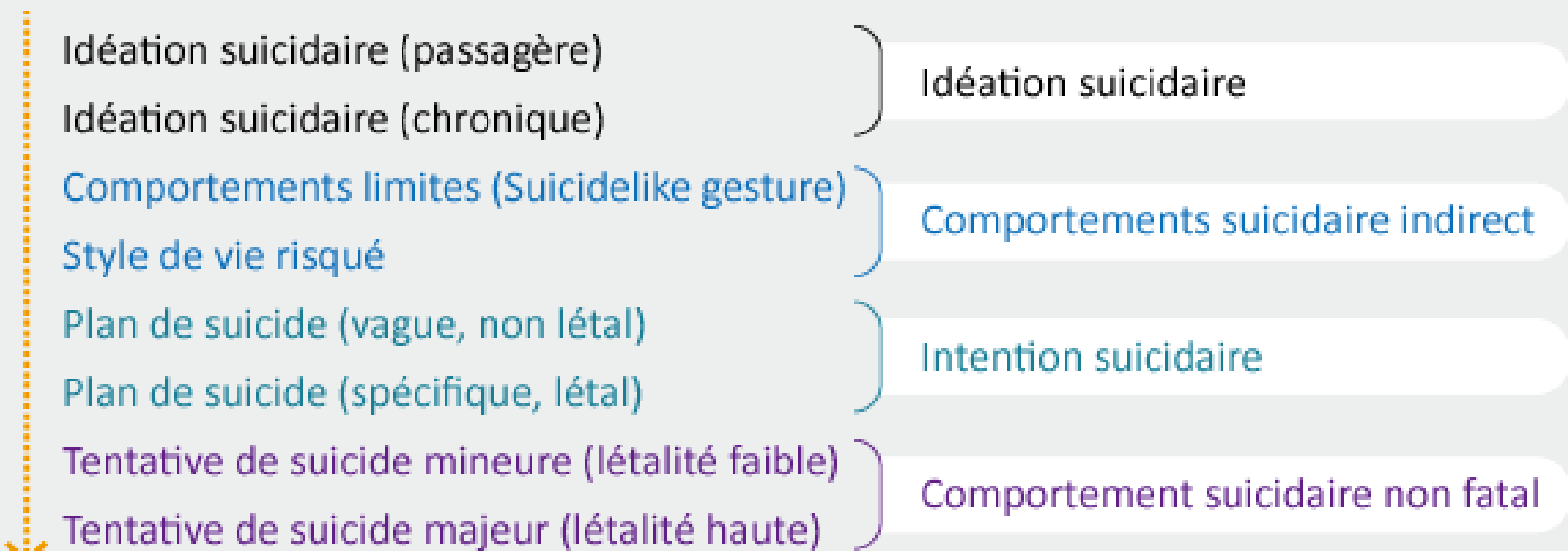
- Processus suicidaire
- Prévention
- Stress
- Charge allostatique
- Nouvelles psychothérapies
- Psychologie positive
- Thérapies comportementale dialectique
- Thérapie basée sur la mentalisation
- Pharmacothérapie

# Processus suicidaire

# Processus suicidaire

## CONTINUUM THÉORIQUE DU PROCESSUS SUICIDAIRE

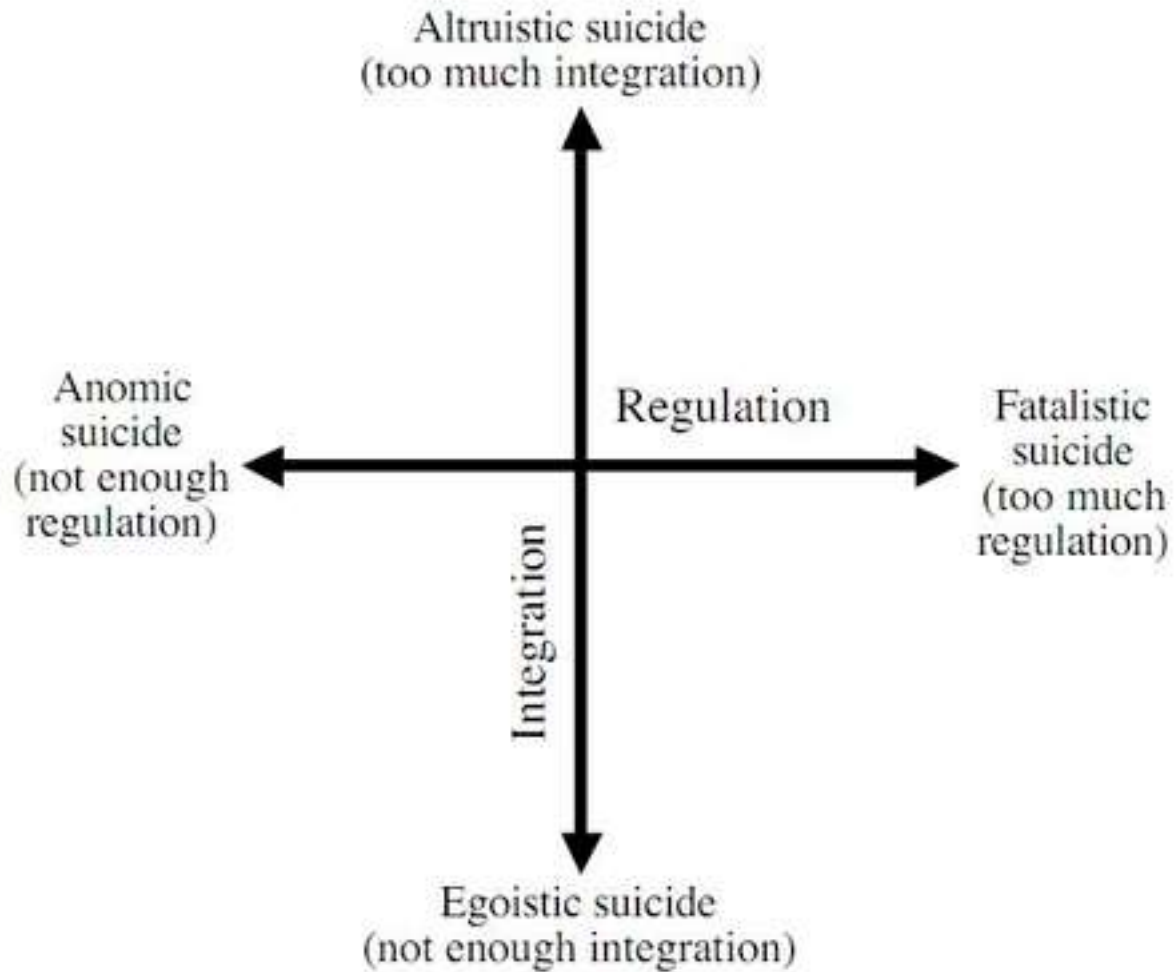
### TOTALEMENT NON SUICIDAIRE



### SUICIDE COMPLÉTÉ



# Le suicide selon Emile Durkheim



# Non suicidal self-injury



# NSSI: increased psychopathological risks

Table 1  
Axis I diagnoses of adolescents engaging in NSSI

Variable	%
Axis I diagnosis on DISC	
Any internalizing	51.7
Major depressive disorder	41.6
Post-traumatic stress disorder	23.6
Generalized anxiety disorder	15.7
Any externalizing disorder	62.9
Conduct disorder	49.4
Oppositional defiant disorder	44.9
Any substance use disorder	59.6
Alcohol abuse	18.0
Alcohol dependence	16.8
Nicotine dependence	38.6
Marijuana abuse	12.6
Marijuana dependence	29.5
Other substance abuse	3.4
Other substance dependence	5.6

Note: DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children.

Table 2  
Axis II diagnoses of adolescent females engaging in NSSI

Variable	%
Diagnosis on DIPD	
Borderline PD	51.7
Avoidant PD	31.0
Paranoid PD	20.7
Dependent PD	6.9
Histrionic PD	6.9
Narcissistic PD	5.2
Obsessive PD	3.4
Schizoid PD	1.7
Schizotypal PD	1.7
Antisocial PD	0.0

Note: DIPD = Diagnostic Interview for Personality Disorders; PD = personality disorder.

# La vulnérabilité émotionnelle en clinique

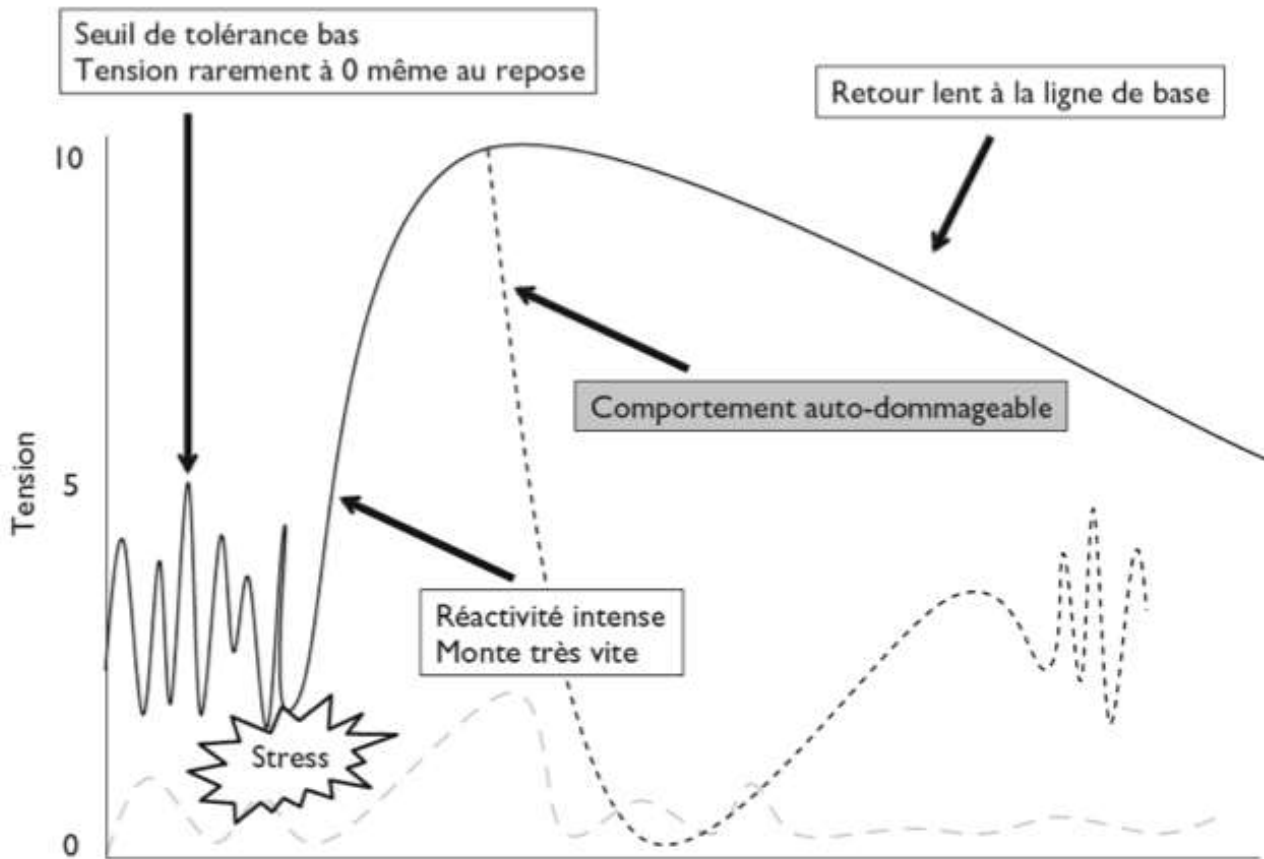


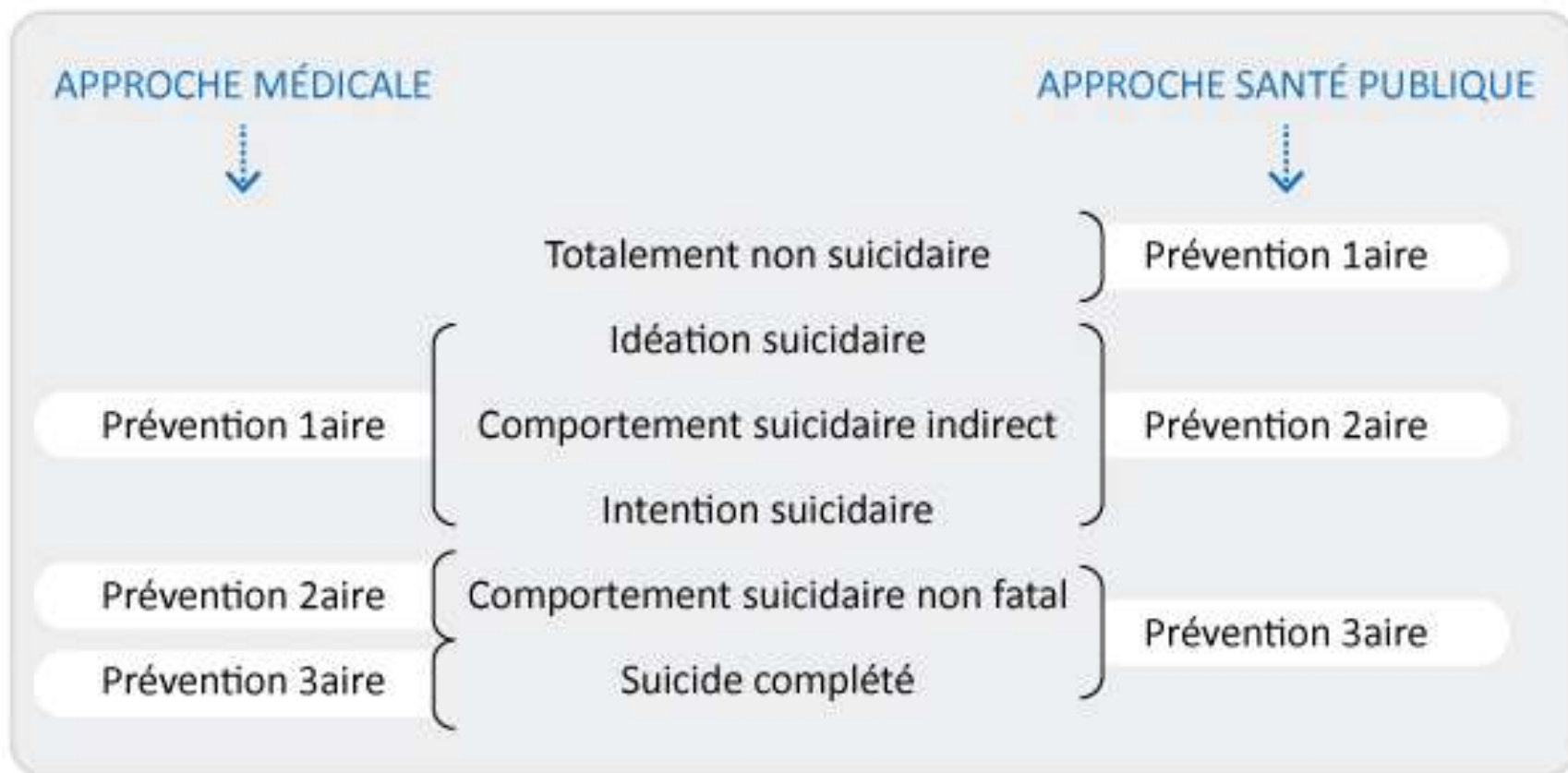
Figure 9 Le système interne de réponse au stress selon la théorie de Marsha Linehan

# Message à ramener à la maison

- Le processus suicidaire établit une suite d'étapes graduelles culminant par un passage à l'acte.
- Les psychothérapies interviennent à différentes étapes du processus suicidaire.
- Il y a de nombreuses causes du suicide qu'il ne faut pas confondre.
- Les auto-mutilations à but non suicidaire sont présentes dans différentes situations cliniques qui présentent une augmentation du risque d'entrée dans le processus suicidaire.

Prévention

# Prévention

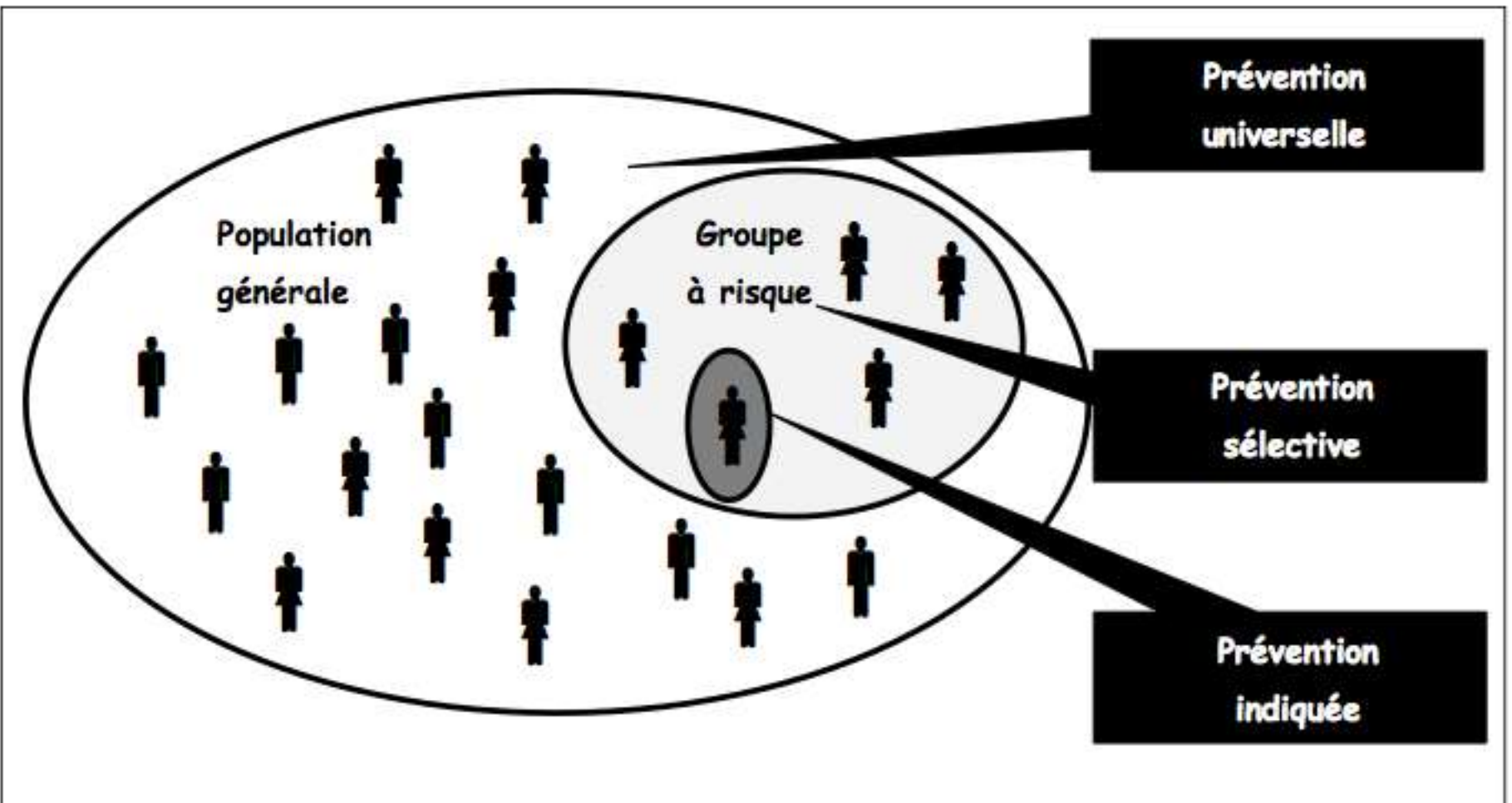


# Prévention

- **Centrée sur l'événement**
  - Primaire
  - Secondaire
  - Tertiaire
- **Centrée sur la population**
  - Universelle
    - Population générale sans tenir compte des risques individuels
  - Sélective / choisie
    - Individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, c'est-à-dire qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus
  - Indiquée
    - Personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé



# Prévention centrée sur la population



# Facteurs associés aux comportements suicidaires

	Facteurs prédisposants	Facteurs contributifs	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>* TS antérieures</li> <li>* Dépression, problèmes psychiatriques</li> <li>* Deuil prolongé ou non résolu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Style cognitif rigide</li> <li>* Faible capacité d'adaptation</li> <li>* Abus de substances</li> <li>* Difficulté d'orientation sexuelle</li> <li>* Impulsivité</li> <li>* Hypersensibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Echec personnel</li> <li>* Humiliation</li> <li>* Traumatisme individuel</li> <li>* Crise développementale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* « Tempérament facile »</li> <li>* Habilité de résolution de problèmes</li> <li>* Autonomie</li> <li>* Expérience dans la maîtrise de soi</li> <li>* Optimisme</li> <li>* Sens de l'humour</li> </ul>
Famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antécédents suicidaires familiaux</li> <li>* Violence/abus dans la famille</li> <li>* Problèmes psychiatriques dans la famille</li> <li>* Séparation/deuil durant l'enfance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Abus de substances dans la famille</li> <li>* Instabilité familiale</li> <li>* Conflits familiaux persistants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Perte d'un membre significatif dans la famille</li> <li>* Décès, spécialement par suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Relations familiales chaleureuses et favorisant l'appartenance</li> <li>* Modèles d'adultes équilibrés</li> <li>* Attentes élevées et réalistes</li> </ul>
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Isolement social et aliénation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Attitude négative des jeunes face à la recherche d'aide</li> <li>* Modeling de comportements inadaptés des pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Moquerie, cruauté</li> <li>* Perte d'amis, de réseau, rejet</li> <li>* Décès, surtout par suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Habilités sociales</li> <li>* Modèles de pairs sains</li> <li>* Acceptation et soutien</li> </ul>
École	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Longue histoire d'expérience scolaire négative (échecs)</li> <li>* Absence de liens significatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Coupure durant les étapes de transition à l'école</li> <li>* Hésitation / incertitude dans l'aide du personnel scolaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Echec, expulsion</li> <li>* Crise disciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Adultes qui croient en eux</li> <li>* Implication des parents</li> <li>* Encouragement à participer</li> </ul>
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Acceptation, banalisation du suicide</li> <li>* Marginalisation</li> <li>* Absence d'engagement politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Traitement sensationnaliste dans les médias</li> <li>* Accessibilité aux moyens</li> <li>* Incertitude des personnes relais à aider</li> <li>* Ressources peu accessibles</li> <li>* Pauvreté économique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Décès d'une célébrité, surtout par suicide</li> <li>* Conflit avec la loi, incarcération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Possibilité de participation</li> <li>* Espoir en l'avenir</li> <li>* Solidarité communautaire</li> <li>* Disponibilité des ressources</li> </ul>

# Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005

1. Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques
  1. Prévenir les tentatives de suicide notamment chez les jeunes
  2. Améliorer la formation des intervenants
2. Diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors de suicides
  1. Mieux comprendre les circonstances des suicides et diminuer l'accès aux moyens létaux
3. Améliorer la prise en charge des personnes suicidaires
  1. Améliorer la prise en charge
  2. Améliorer la qualité des actions de prévention primaire et favoriser la mise en place d'actions d'éducation pour la santé
  3. Établir des recommandations de pratiques pour les acteurs de prévention travaillant en dehors de l'hôpital
  4. Améliorer l'accompagnement des familles ou des proches
  5. Programme régionaux de prévention du suicide
4. Améliorer la connaissance épidémiologique
  1. Mieux connaître la situation épidémiologique
  2. Mieux connaître les tentatives de suicides prise en charge par les établissements de santé et par les médecins généralistes
  3. Améliorer les connaissances en population générale et mieux connaître les perceptions du public.

# Programme national d'action contre le suicide 2011/2014

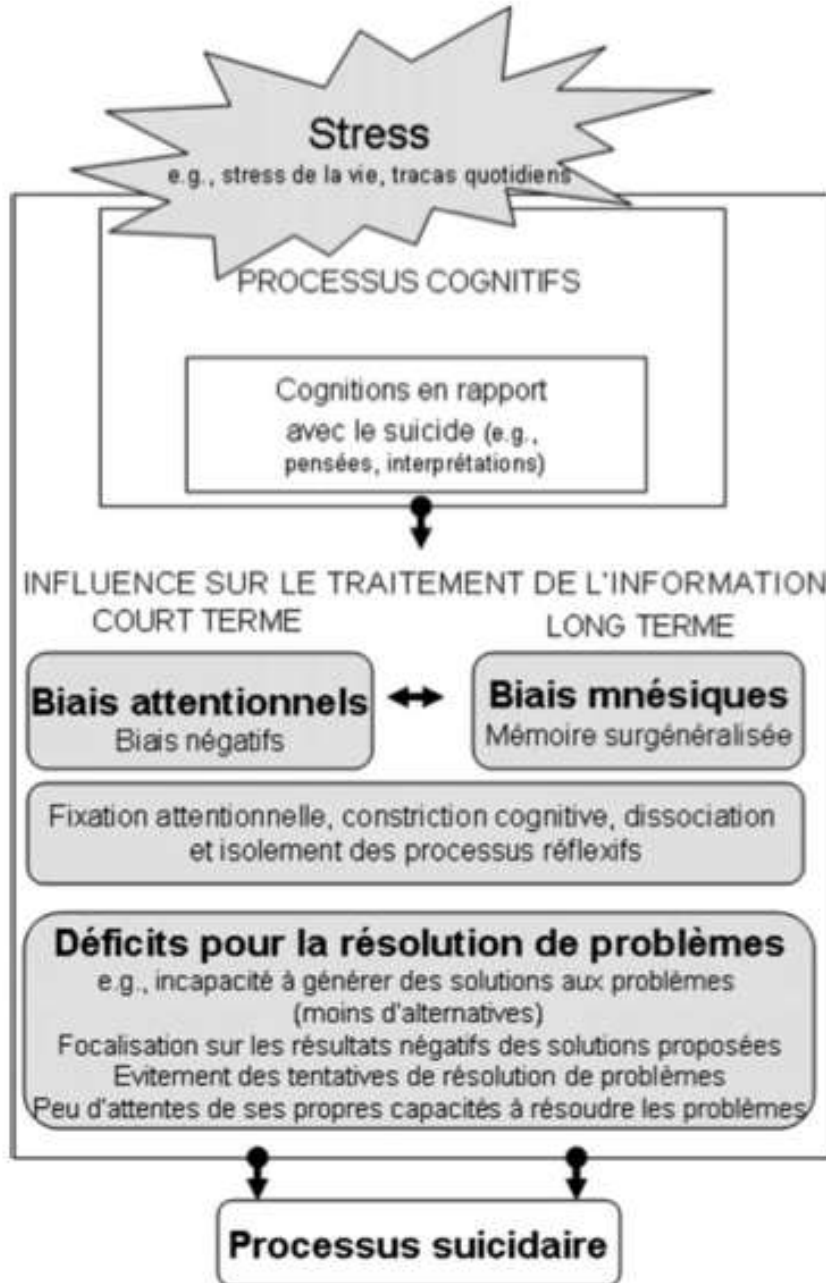
1. Développement de la prévention et de la postvention
  1. Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide
  2. Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale
  3. Prévenir l'isolement social et la détresse psychique
  4. Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel
  5. Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide
  6. Agir sur la communication sur Internet concernant le suicide
  7. Limiter l'accès aux moyens létaux
2. Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire
3. Information et communication autour de la prévention du suicide
4. Formation des professionnels
5. Etudes et recherche
  1. *Mener de nouvelles études et recherche pour améliorer l'état des connaissances. Action 47 : Mettre en œuvre et évaluer des modalités spécifiques de suivi des patients pour prévenir les récurrences de TS*
6. Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide

# Message à ramener à la maison

- La prévention, en général, comporte plusieurs approches. Il y a entre autre l'approche médicale et l'approche de santé publique.
- Il y a également une approche centrée sur l'événement et l'autre centrée sur la population.
- La perspective de prévention est liée à l'identification de facteurs associés aux comportements suicidaires. Parmi ces facteurs, de nombreux sont habituellement pris en charge par diverses approches psychothérapeutiques.
- Malgré cela, l'approche psychothérapeutique n'est pas clairement identifiée ni promue comme une priorité dans le programme d'action national 2000/2005 et 2011/2014

# Stress & Suicide

Figure 1  
Déficits pour la résolution de problèmes



# Suicide et cerveau : quels liens ?

- **Troubles neurocognitifs** chez les personnes suicidantes
  - Augmentation de sensibilité aux émotions sociales négatives
  - Déficits dans la prise de décision
  - Déficits dans l'attribution de valeurs et le contrôle cognitif
  - Déficits dans la mémoire à long-terme et de travail ainsi que la mémoire autobiographique



# Suicide et cerveau : quels liens ?

- **La mémoire à long terme et la mémoire de travail** montre une altération dans une méta-analyse de 24 études comprenant 2595 patients. La mémoire à court terme ne montre pas de différence par rapport aux contrôles.
- La mémoire joue un rôle très important dans le risque de passage à l'acte suicidaire, éventuellement en ne permettant pas aux suicidants
  - **d'utiliser leurs expériences passées** pour résoudre leurs problèmes
  - **d'envisager le futur**
  - **d'inhiber** certains processus.

**Autobiographical memory  
(n=14)**

- ✓ Arie et al. 2008
- ✓ Crane et al. 2009
- ✓ Evans et al. 1992
- ✓ Kaviani et al. 2005
- ✓ Maurex et al. 2010
- ✓ Pettersen et al. 2010
- ✓ Pollock et al. 2004
- ✓ Rasmussen et al. 2008
- ✓ Sinclair et al. 2007
- ✓ Startup et al. 2001
- ✓ Taylor et al. 2010
- ✓ Williams et al. 2005
- ✓ Williams et al. 1996
- ✓ Williams et al. 1986

**Working memory  
(n=10)**

- ✓ Delaney et al. 2012
- ✓ Jollant et al. 2013
- ✓ Keilp et al. 2013
- ✓ Kim et al. 2003
- ✓ Nangle et al. 2006
- ✓ Potkin et al. 2003
- ✓ Raust et al., 2007
- ✓ Richard-Devantoy et al. 2012
- ✓ Westheide et al. 2008
- ✓ Yen et al. 2008

**Short-term memory  
(n=16)**

- ✓ Barrett et al. 2011
- ✓ Delaney et al. 2012
- ✓ Dombrovski et al. 2008
- ✓ Gujral et al. 2012
- ✓ Jollant et al. 2013
- ✓ Keilp et al. 2013
- ✓ Keilp et al. 2001
- ✓ Kim et al. 2003
- ✓ Malloy-Diniz et al. 2009
- ✓ Martino et al. 2010
- ✓ McGirr et al. 2012
- ✓ Nangle et al. 2006
- ✓ Potkin et al. 2003
- ✓ Raust et al. 2007
- ✓ Richard-Devantoy et al. 2012
- ✓ Westheide et al. 2008
- ✓ Yen et al. 2008

**Long-term memory  
(n=7)**

- ✓ Keilp et al. 2013
- ✓ Keilp et al. 2001
- ✓ Kim et al. 2003
- ✓ Martino et al. 2010
- ✓ Nangle et al. 2006
- ✓ Potkin et al. 2003
- ✓ Westheide et al. 2008

# Comment lire une méta-analyse ?

- A chaque étude correspond un **OR** avec son **IC**
- Les losanges correspondent **aux résultats poolés** des différentes études
- Le niveau de preuve apporté par une méta-analyse est essentiellement **dépendant de la qualité des études** qui ont été incluses
- Une méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et donc de tirer une conclusion globale.

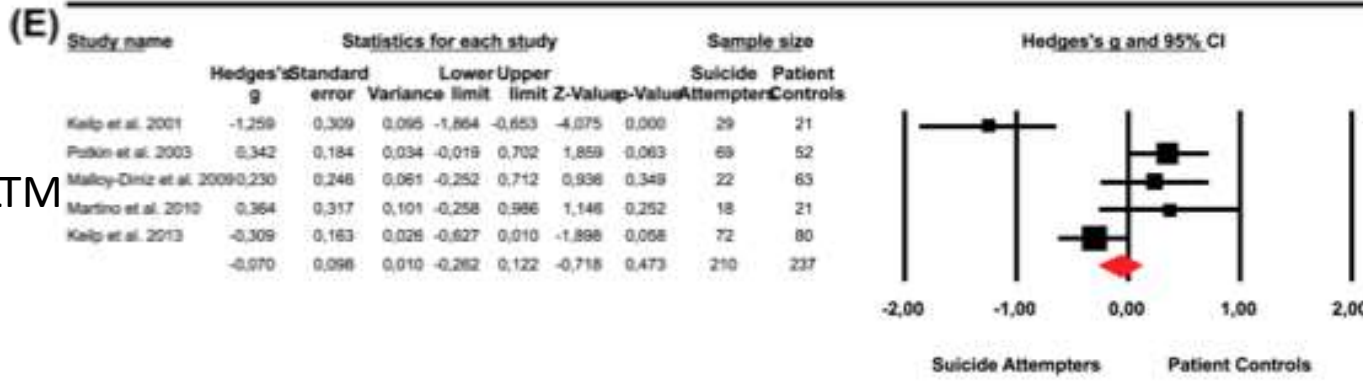
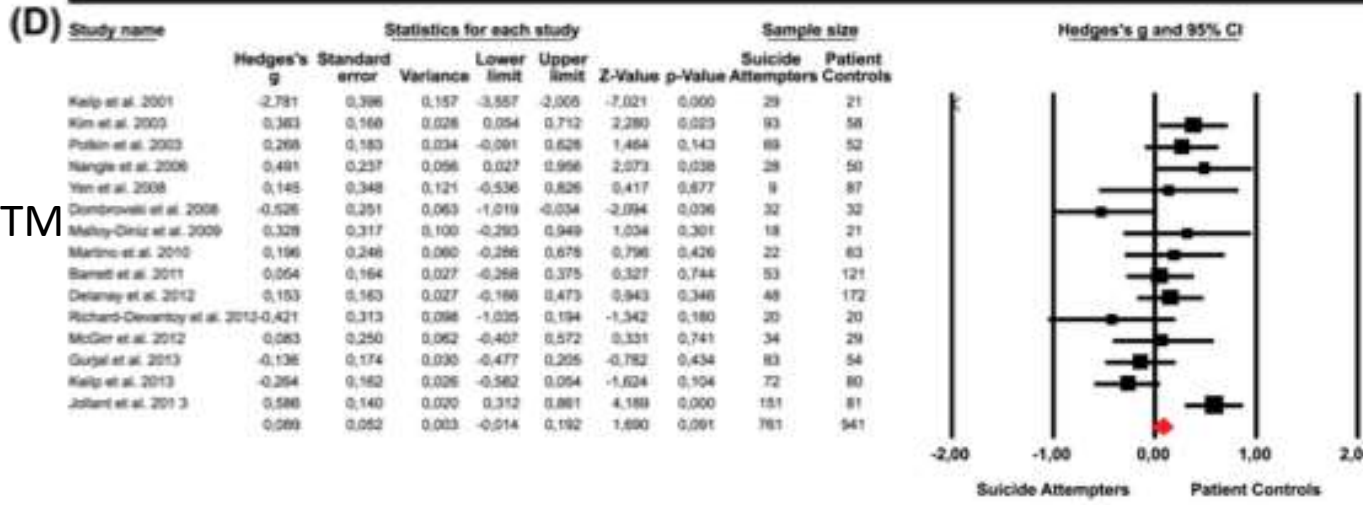
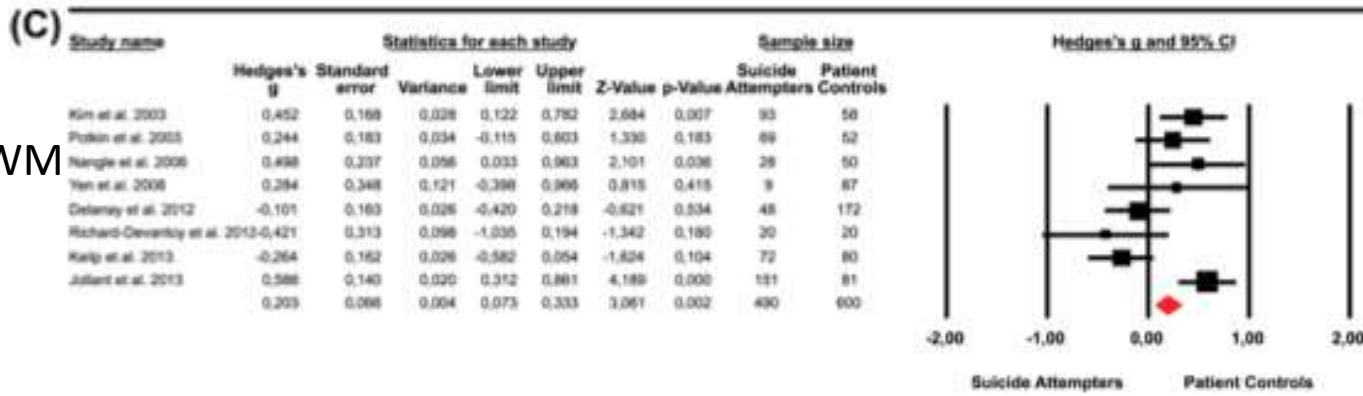


Table IV. Summary of findings.

Memory domains	Suicide attempters vs. Patient Controls	Suicide Attempters vs. Healthy Controls	Patient Controls vs. Healthy Controls
<i>Alterations specifically associated to suicidal behaviour</i>			
—			
<i>Greater alterations in suicidal behaviour than in mood disorder</i>			
General autobiographical memory	+++	[++]	+++
Specific autobiographical memory	+++	+++	(+++)
Long term memory	(+++)	+++	+++
Working memory	++	+++	+++
<i>Alterations specifically related to mood disorder</i>			
Short term memory		+++	+++

+  $P < 0.05$ ; ++  $P < 0.01$ ; +++  $P < 0.001$ .

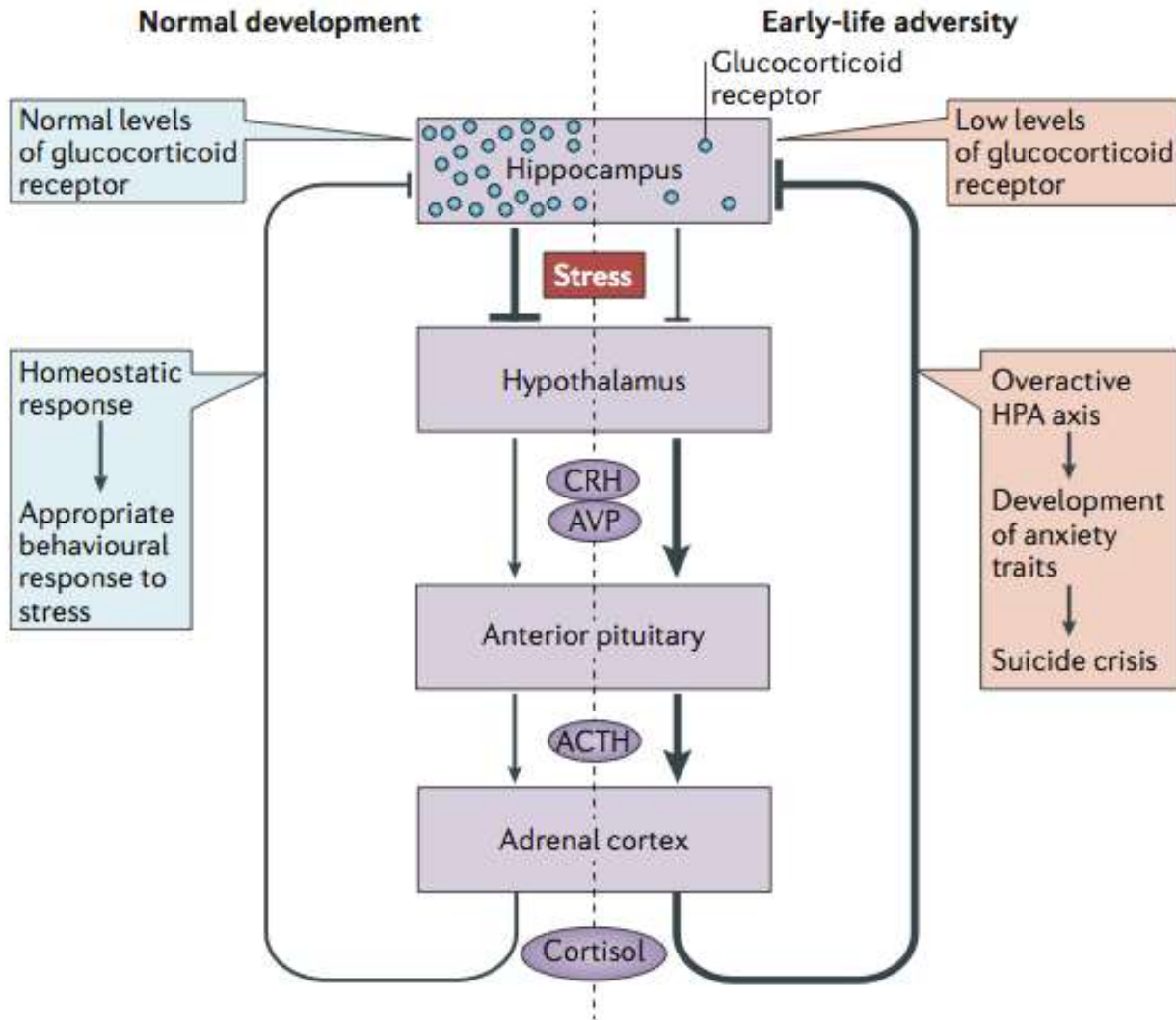
(+) contrast became significant after excluding studies responsible for heterogeneity.

[+] contrast became non-significant after excluding studies responsible for heterogeneity.

# Suicide, épigénétique et myélinisation

- **Changements épigénétiques** dans le cerveau des personnes suicidaires
- Les **événements précoces de la vie** peuvent entraîner des **modifications de méthylation** de gène et de **myélinisation**, et de là le modifier **phénotype** comportemental et émotionnel, conduisant à une éventuelle augmentation du **risque suicidaire**.

# Stress et suicide



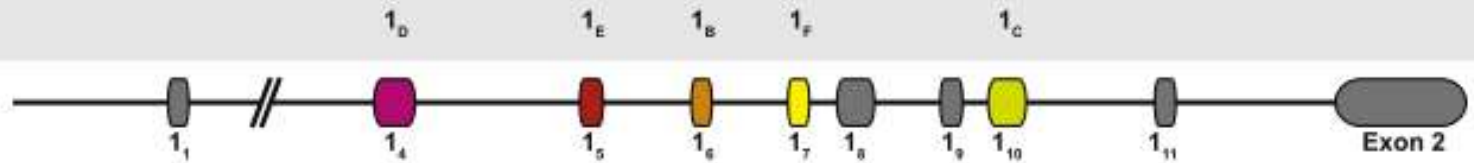
# épigénétique

## EARLY-LIFE ADVERSITY

### Animal studies:

Human  
Homologue:

*Nr3c1* First  
Exon Variants

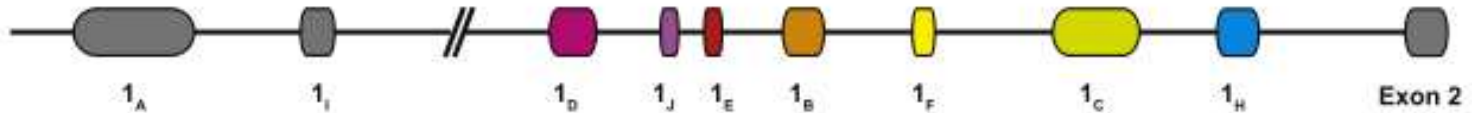


Methylation

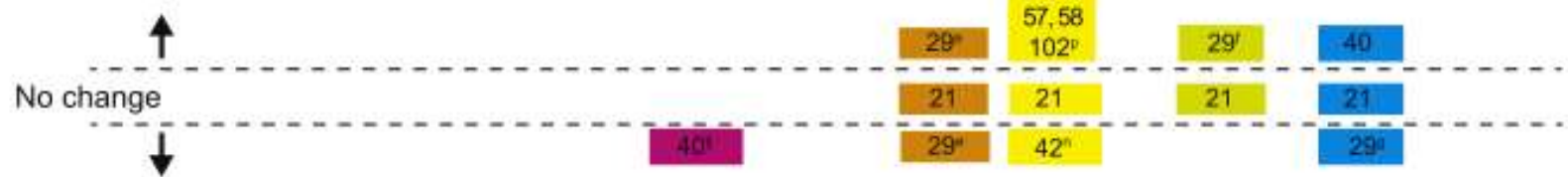


### Human studies:

*NR3C1* First  
Exon Variants



Methylation





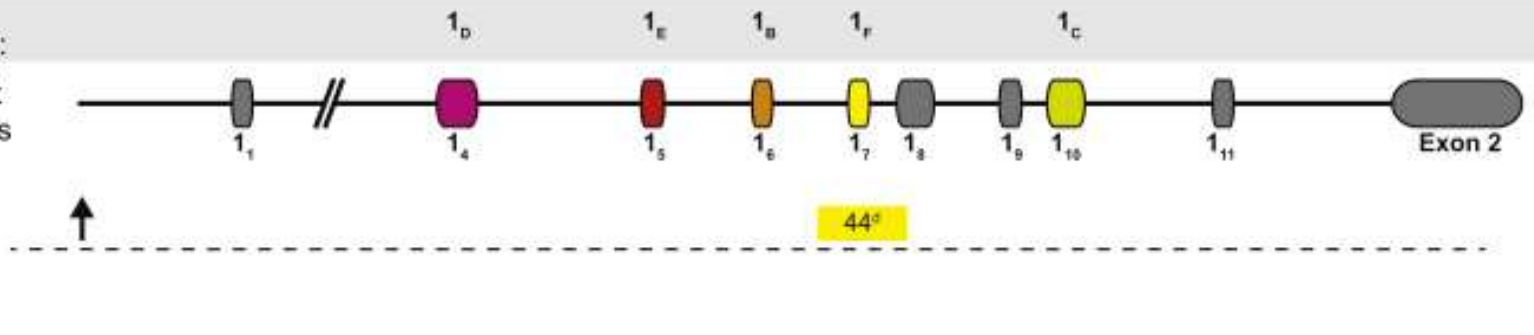
# épigénétique

## PARENTAL EMOTIONAL STRESS

### Animal studies:

Human  
Homologue:  
*Nr3c1* First  
Exon Variants

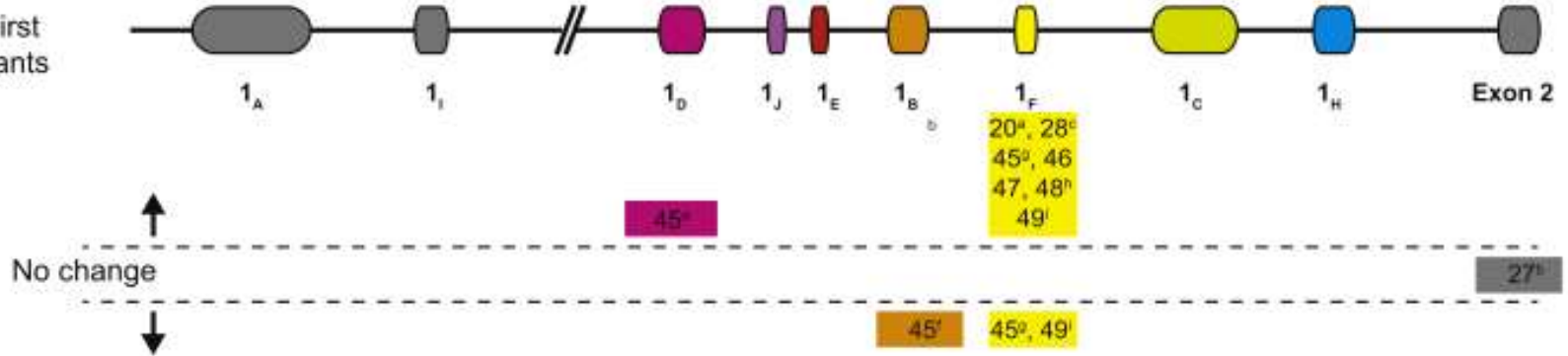
Methylation



### Human studies:

*NR3C1* First  
Exon Variants

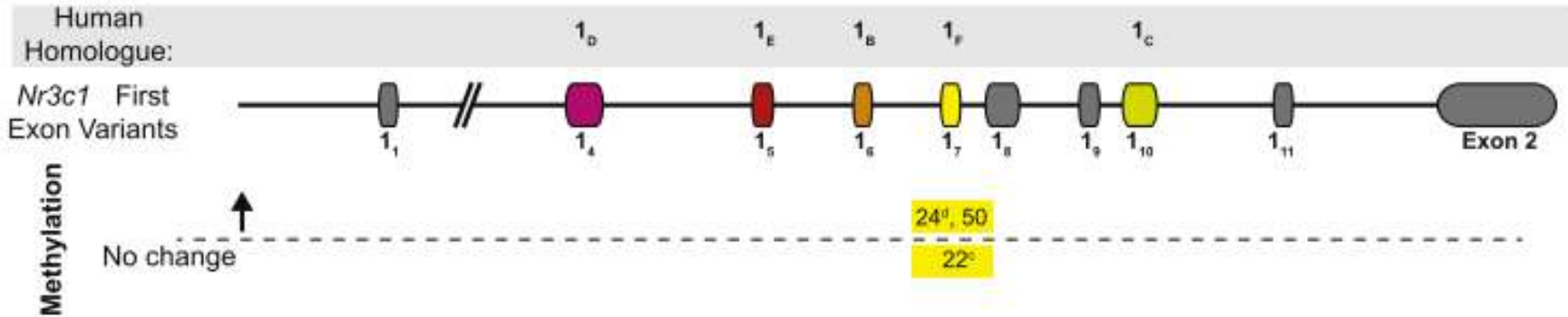
Methylation



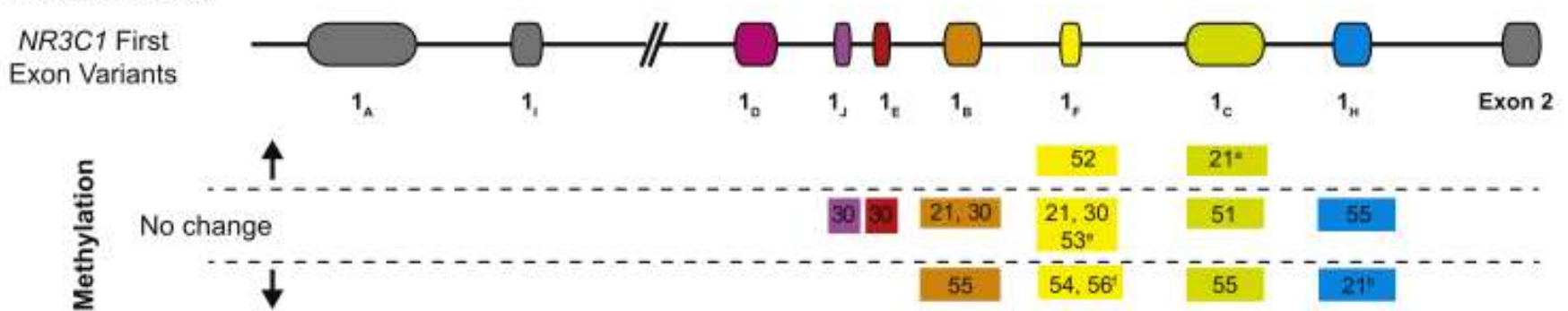
# épigénétique

## PSYCHOLOGICAL STRESS/PSYCHOPATHOLOGY

### Animal studies:



### Human studies:



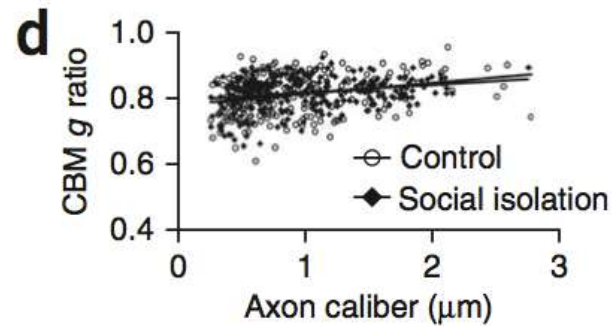
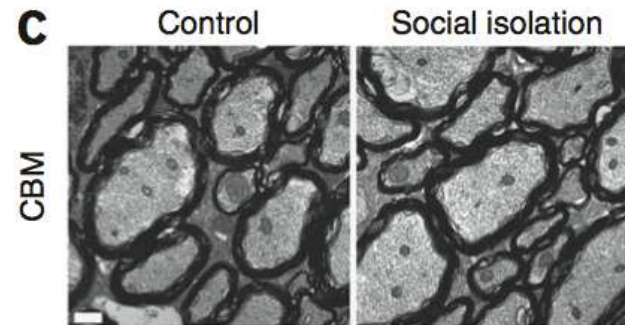
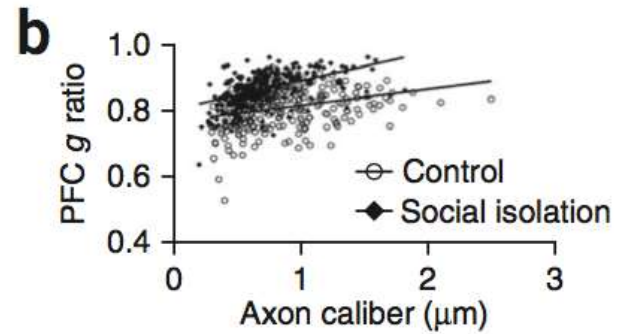
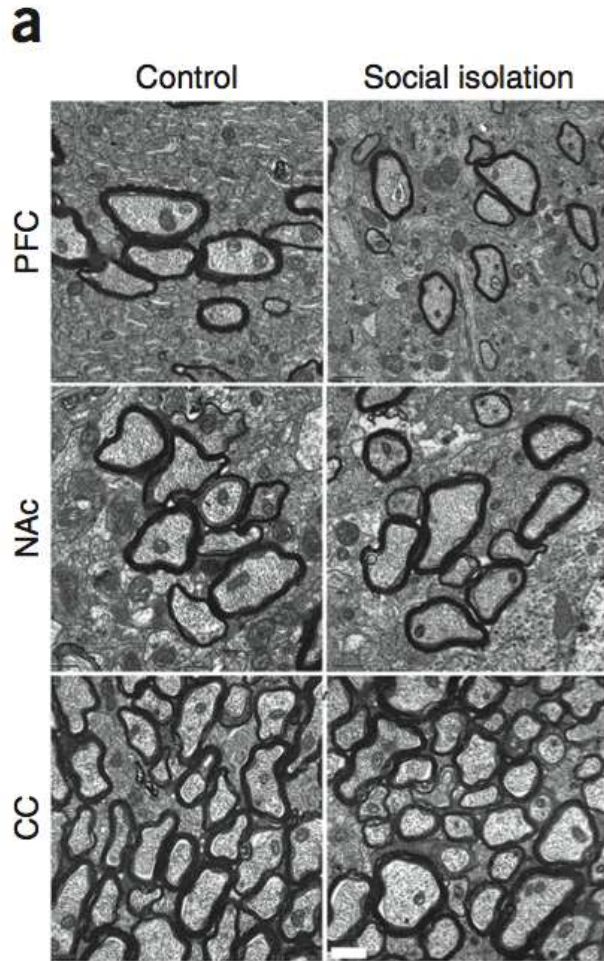
# myélinisation

## Impaired adult myelination in the prefrontal cortex of socially isolated mice

Jia Liu<sup>1,4</sup>, Karen Dietz<sup>1,4</sup>, Jacqueline M DeLoyht<sup>2</sup>, Xiomara Pedre<sup>1</sup>, Dipti Kelkar<sup>1</sup>, Jasbir Kaur<sup>1</sup>, Vincent Vialou<sup>1</sup>, Mary Kay Lobo<sup>1,3</sup>, David M Dietz<sup>1,3</sup>, Eric J Nestler<sup>1</sup>, Jeffrey Dupree<sup>2</sup> & Patrizia Casaccia<sup>1</sup>

**Protracted social isolation of adult mice induced behavioral, transcriptional and ultrastructural changes in oligodendrocytes of the prefrontal cortex (PFC) and impaired adult myelination. Social re-integration was sufficient to normalize behavioral and transcriptional changes. Short periods of isolation affected chromatin and myelin, but did not induce behavioral changes. Thus, myelinating oligodendrocytes in the adult PFC respond to social interaction with chromatin changes, suggesting that myelination acts as a form of adult plasticity.**

# myélinisation



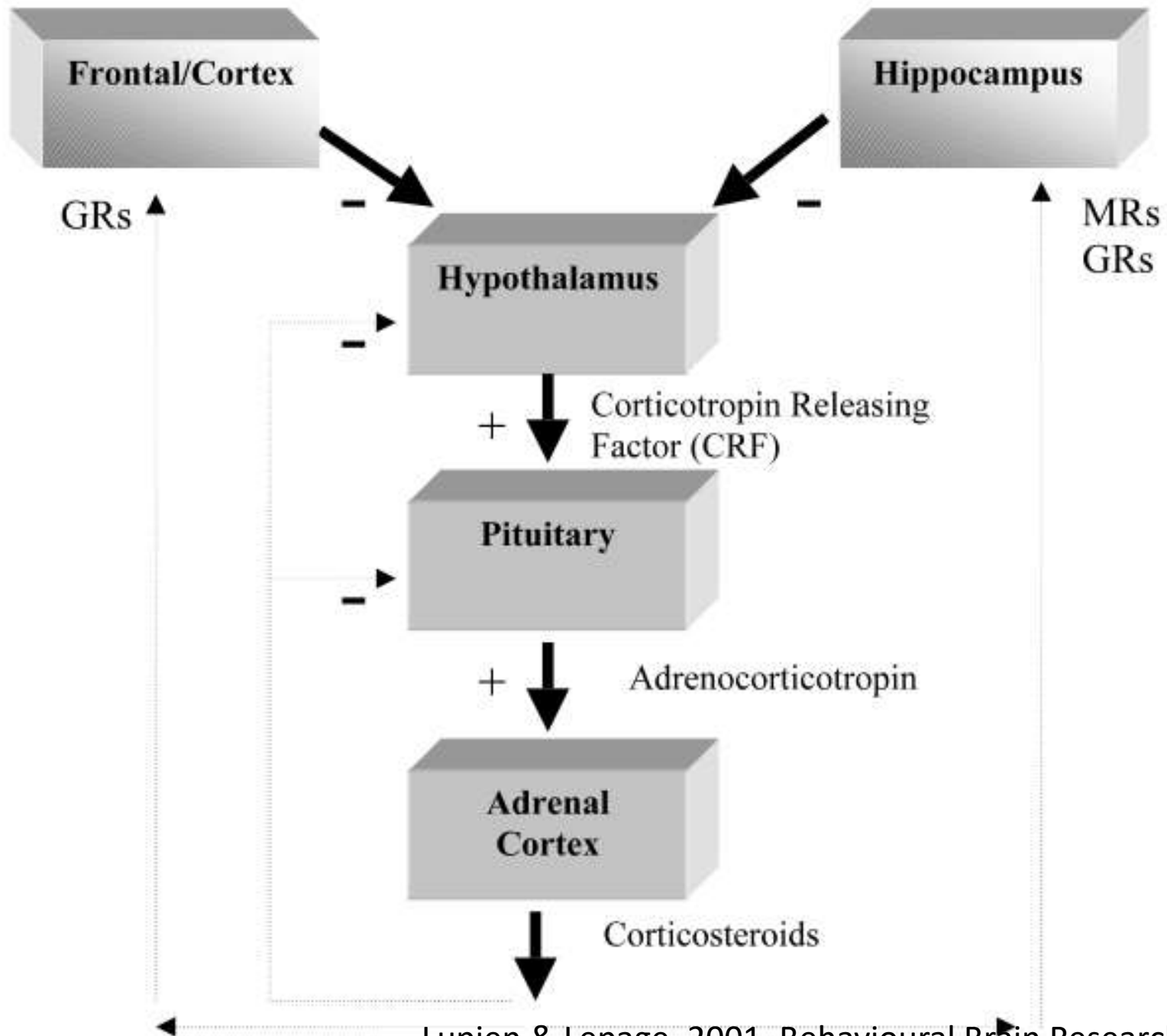
# Message à ramener à la maison

- Le stress est le point d'origine d'une cascade d'événements cognitifs (incluant des biais attentionnels, des biais mnésiques), conduisant à une altération de la capacité à prendre des décisions et au processus suicidaire.
- Le stress et les événements de vie précoce sont des facteurs intégrés dans les modèles explicatifs du suicide.
- Les mécanismes épigénétiques et d'altération de la myélinisation ont été mis en évidence dans de récentes recherches.
- Des stratégies thérapeutiques permettant de diminuer le stress (au début de vie, chez les parents ou lié à une psychopathologie) ou de modifier l'isolement pourraient être intéressantes.

Charge  
allostatique

# Modèles du stress

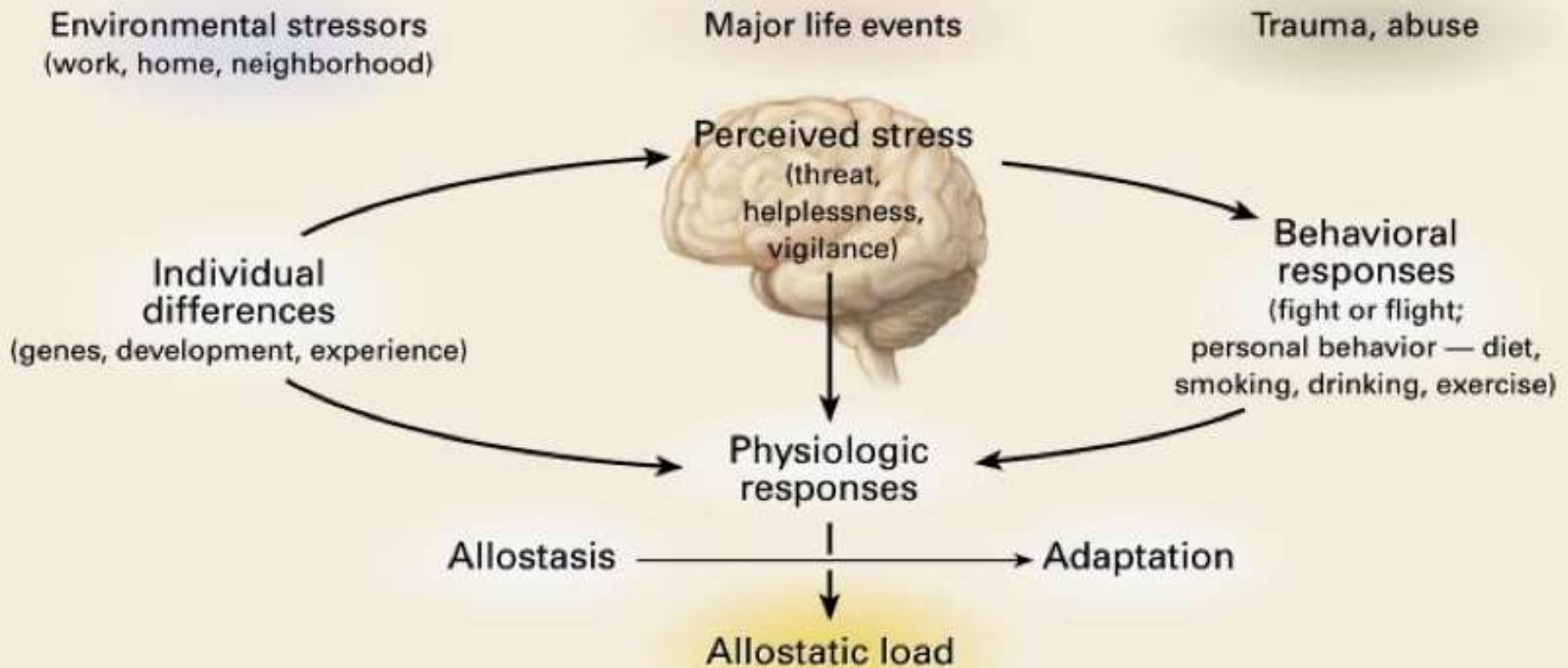
- La notion de stress est polysémique et implique une multitude de processus, de mécanismes physiologiques et psychologiques.
- Modèle de Selye (1956)
  - Syndrome Général d'Adaptation; 3 phases; homéostasie; conceptions physiologiques
- Modèle de Karasek (1979)
  - Le stress au travail dépend de deux déterminants: la latitude de décision et les demandes environnementales
- Modèle de Lazarus et Folkman (1984)
  - Théorie transactionnelle du stress, coping et adaptation; conceptions interactionnistes
- Modèle de Sterling et Eyer (1988)
  - Théorie de l'allostasie; le cerveau modifie les variables biologiques en fonction des demandes sociales; le nouvel équilibre dépend de la charge allostatique



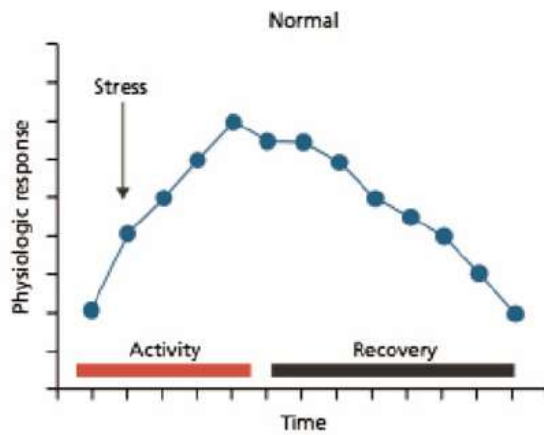
Lupien & Lepage, 2001, Behavioural Brain Research



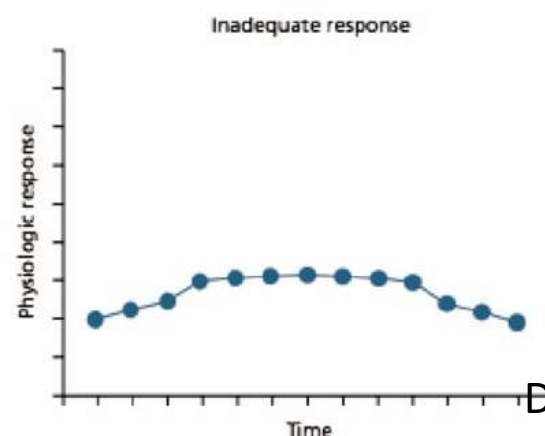
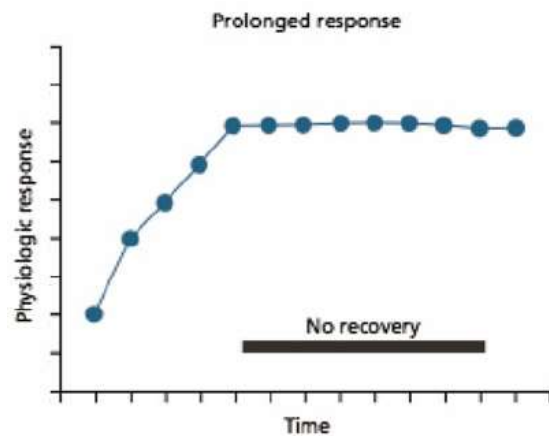
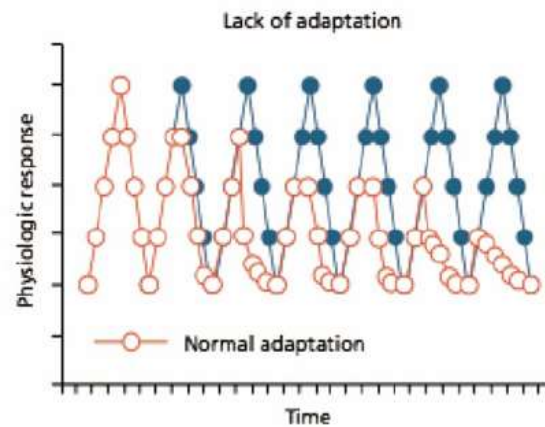
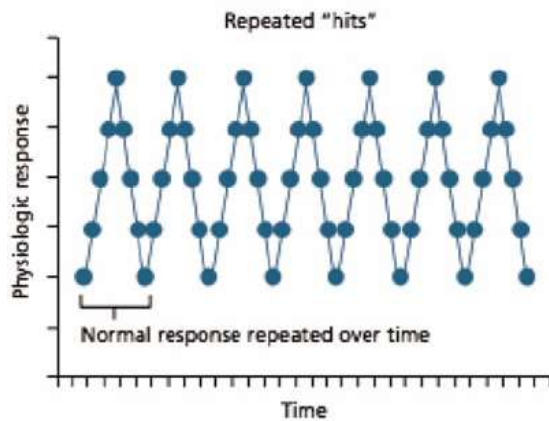
# The allostatic load model



# Four types of allostatic states



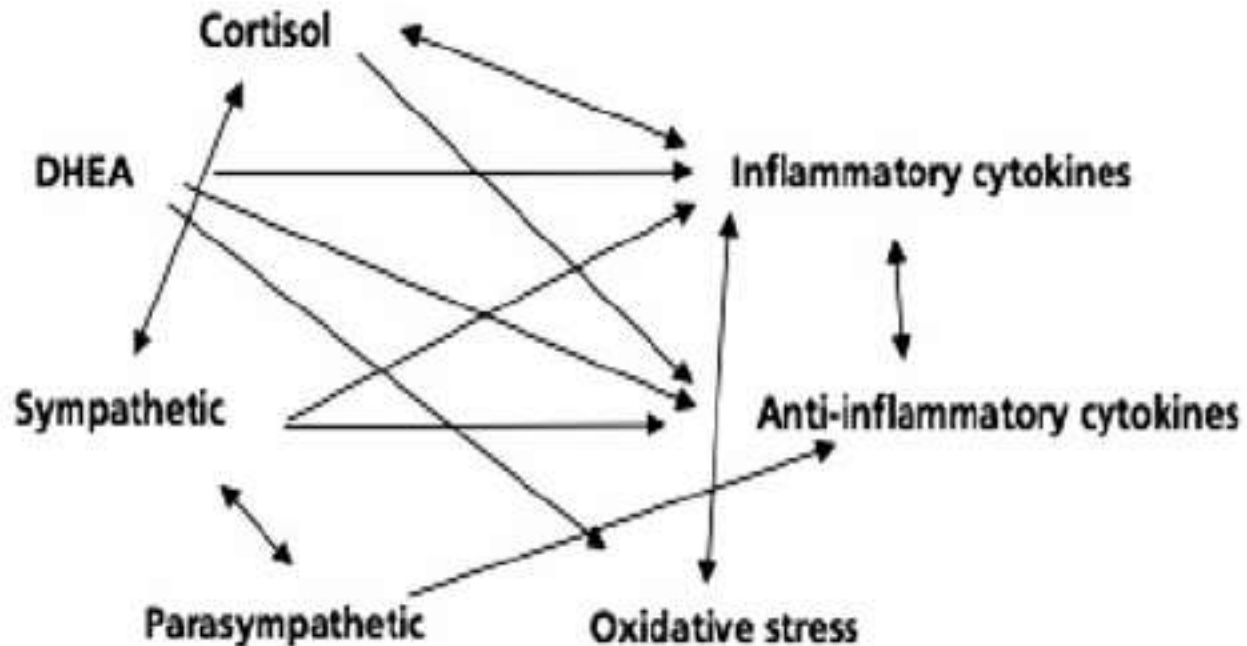
Allostatic load



# Network of mediators of allostasis and allostatic load

**CNS function**  
eg, cognition  
depression  
aging  
diabetes  
Alzheimer's

**Metabolism**  
eg, diabetes  
obesity

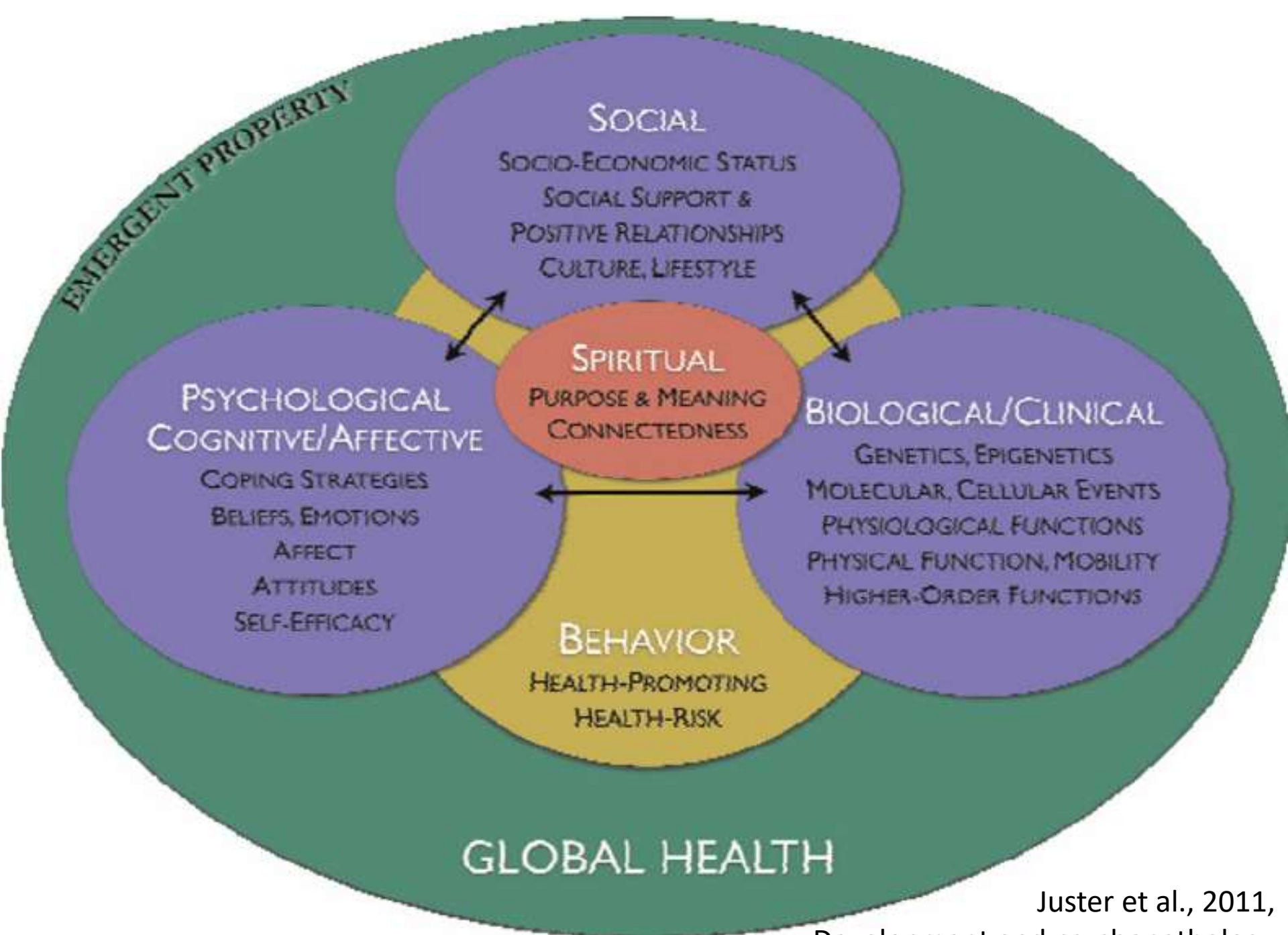


**Cardiovascular function**  
eg, endothelial cell damage  
atherosclerosis

**Immune function**  
eg, immune enhancement  
immune suppression

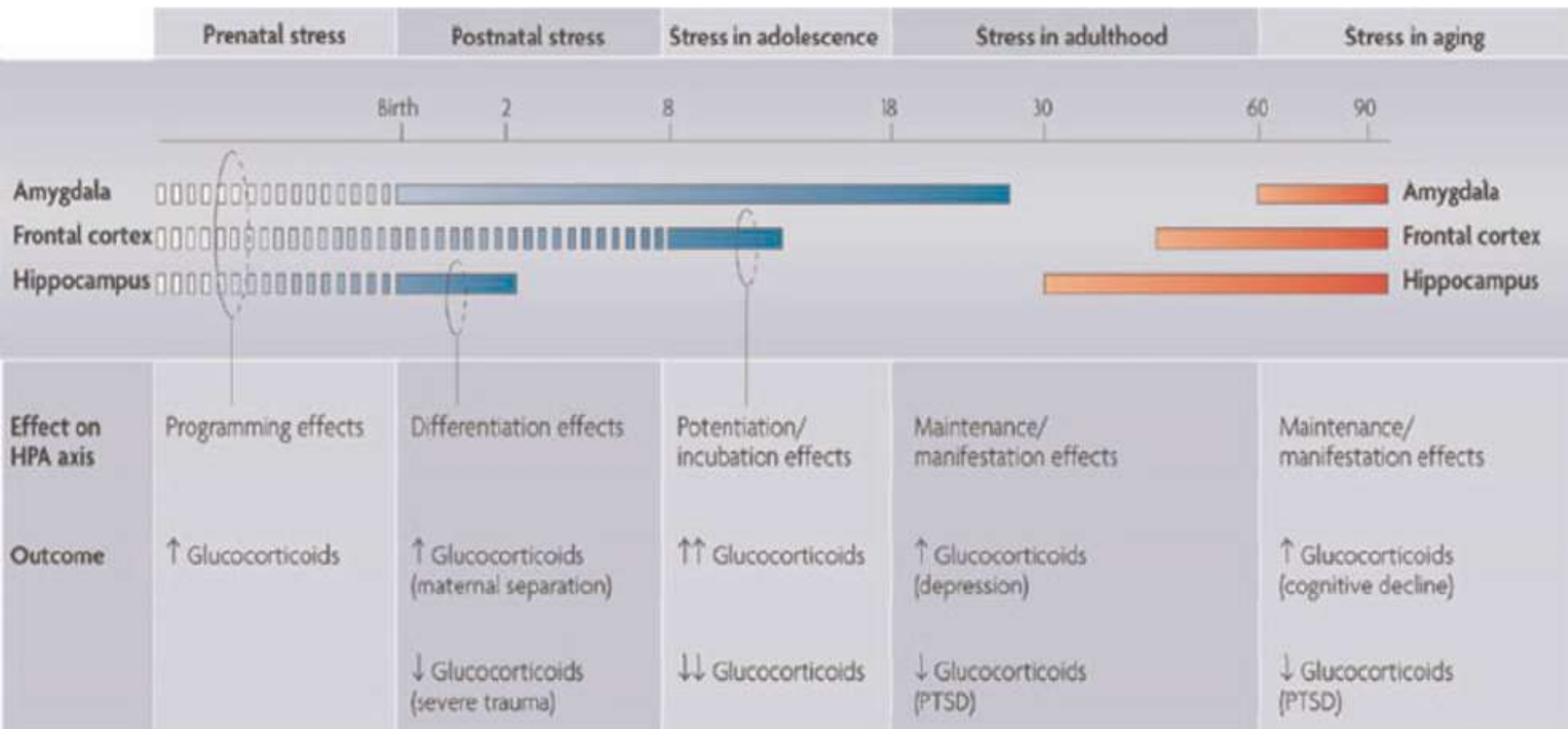
# Modèles du stress

- Modèle biopsychosocial de Engel (1977)
  - Intégrateur des trois dimensions; processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux; attitudes, croyances et attentes; participatif
- Modèle Stress-Diathèse (Disposition / Vulnérabilité)
  - Interactions entre l'individu, ses expériences, le stress et sa diathèse (biopsychosociale); additivité (stress et diathèse agissent ensemble pour provoquer un trouble); « ipsativité » (relation inverse entre la quantité de stress et de diathèse nécessaire pour un trouble) (Ingram & Luxton, 2005)



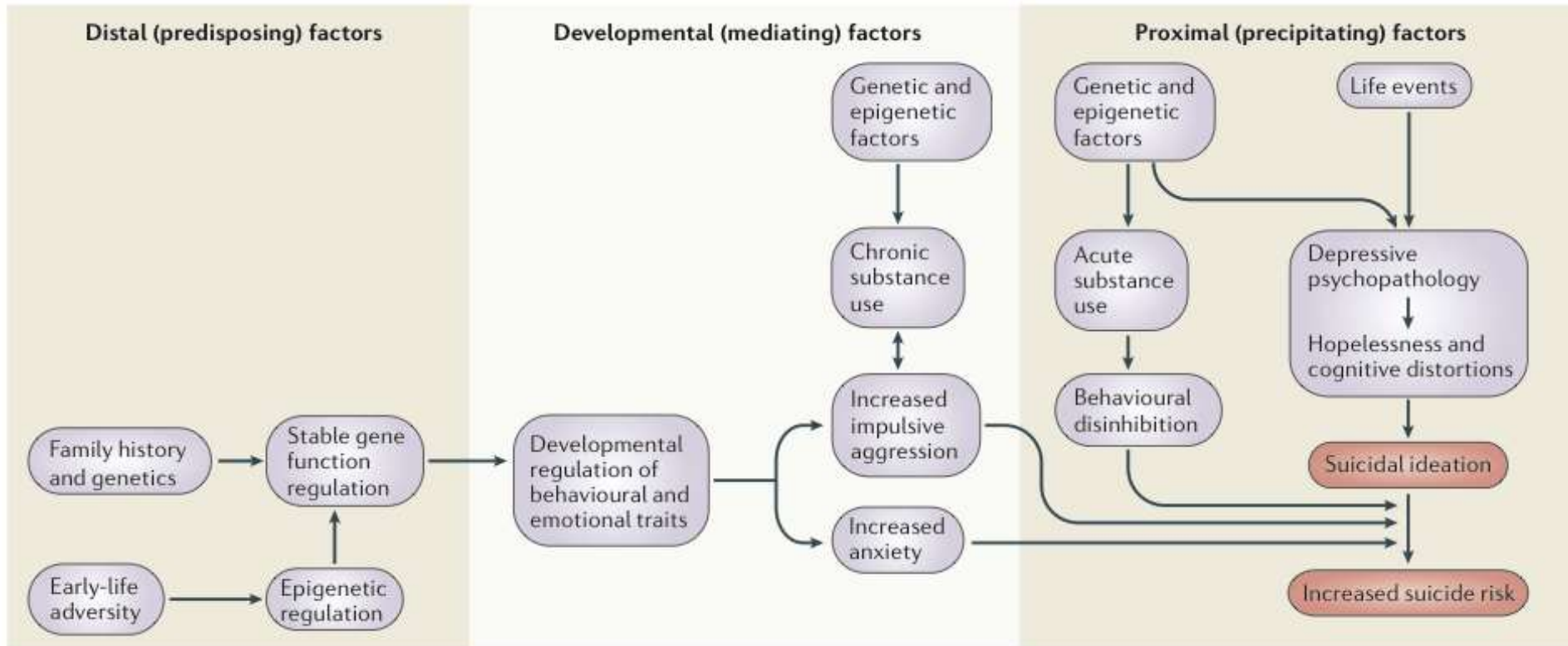
Juster et al., 2011,  
Development and psychopathology

# Lupien's « Life cycle model of stress »



Juster et al., 2011, Development and psychopathology  
 Lupien et al., 2009, Nature Reviews Neurosciences

# Stress et suicide



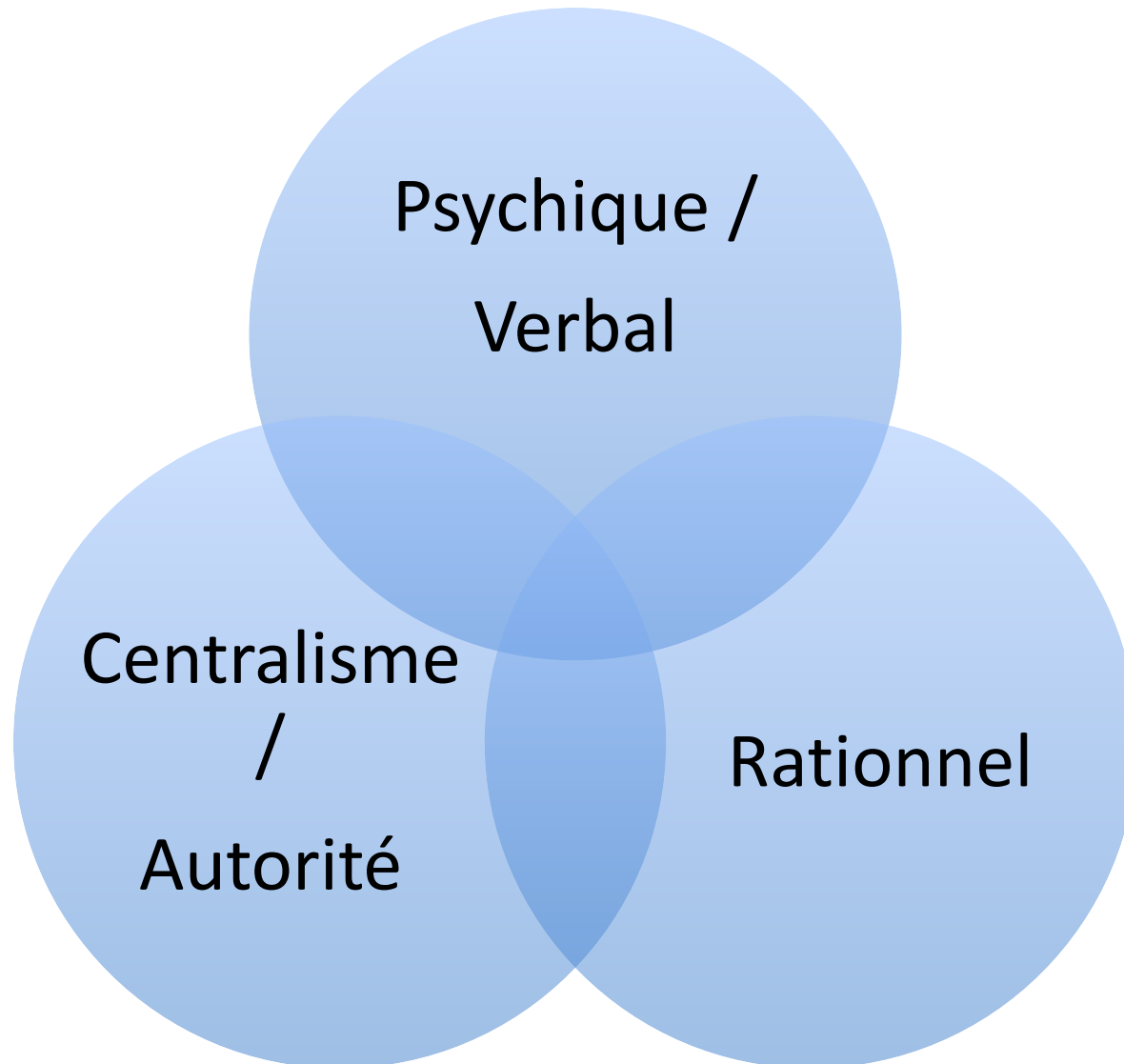
# Message à ramener à la maison

- Différents modèles de stress se sont succédés. Les derniers modèles intègrent les découvertes des neurosciences.
- Le modèles biopsychosocial de Engel, le modèle développemental de Lupien et le modèle stress-disposition sont des manière actuelles de penser l'impact du stress entre autre sur le processus suicidaire.
- Les approches psychothérapeutiques à même de diminuer le stress et de modifier les biais attentionnels ou mnésiques, vers une aide à une prise de décision plus mentalisée et stable sont les pistes actuelles.

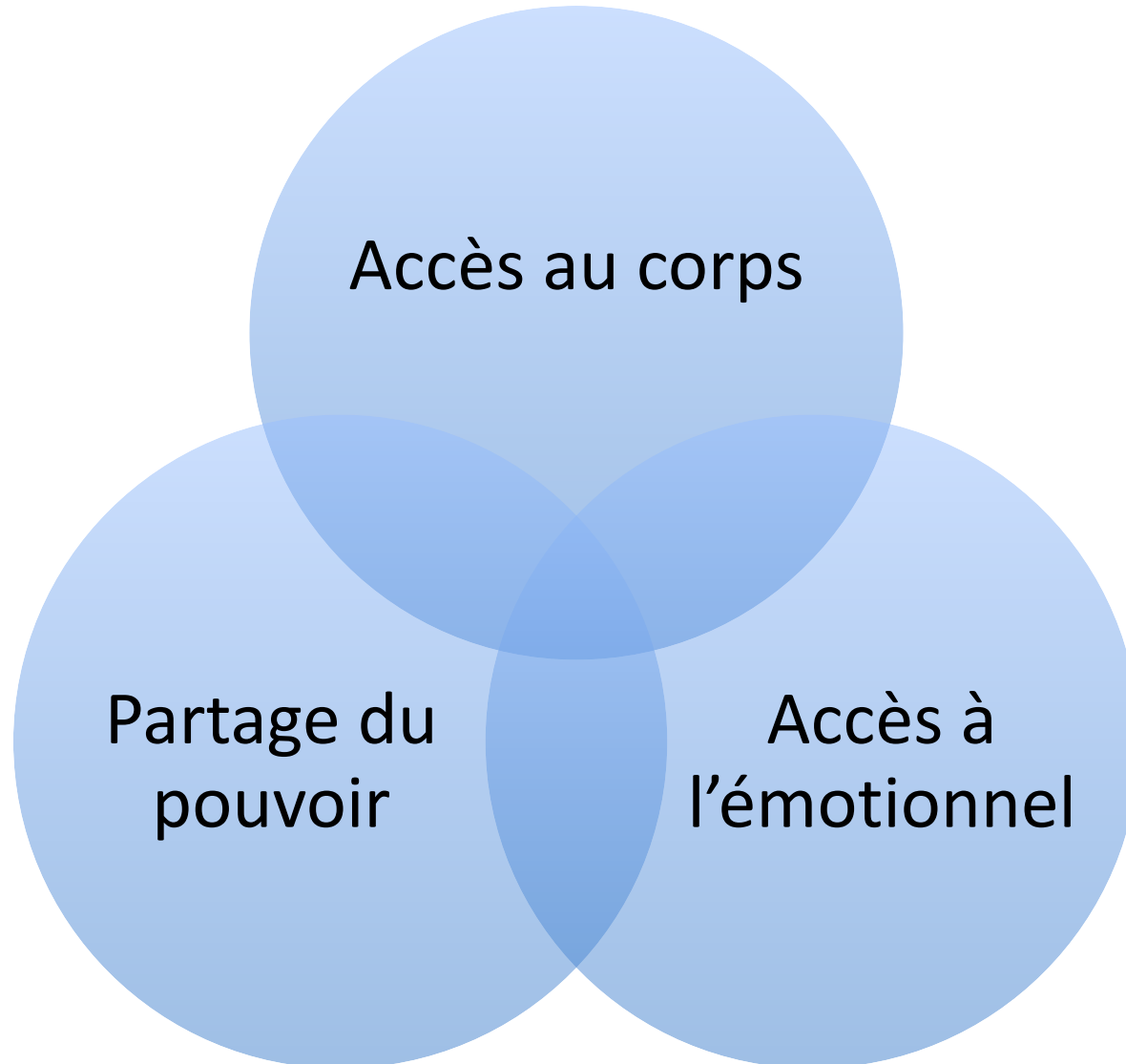


# Nouvelles psychothérapies

# Anc. Psychothérapies



# Nvl. Psychothérapies




1<sup>e</sup> Vague  
Behaviorisme

3<sup>e</sup> Vague  
Contexte,  
fonction,  
changement,  
incorporation

2<sup>e</sup> Vague  
Cognitivismisme

# La troisième vague



Les thérapies  
incluant la  
mindfulness:

- La thérapie dialectique comportementale de Linehan
- La thérapie d'Acceptation et d'Engagement d'Hayes
- La prévention des rechutes de Marlatt

Les thérapies  
basées sur la  
mindfulness

- La réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR)
- La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

# DBT: la thérapie dialectique comportementale

## Dialectal Behavior Therapy

Linehan (1993)

- Traitement des troubles de la personnalité « borderline » (BDL)
- Les comportements des patients BDL sont considérés comme des tentatives de modulation des émotions
- Beaucoup d'exercices de mindfulness, mais pas de prescription standard de fréquences ou de durée
- Groupes hebdomadaires pendant 1 an



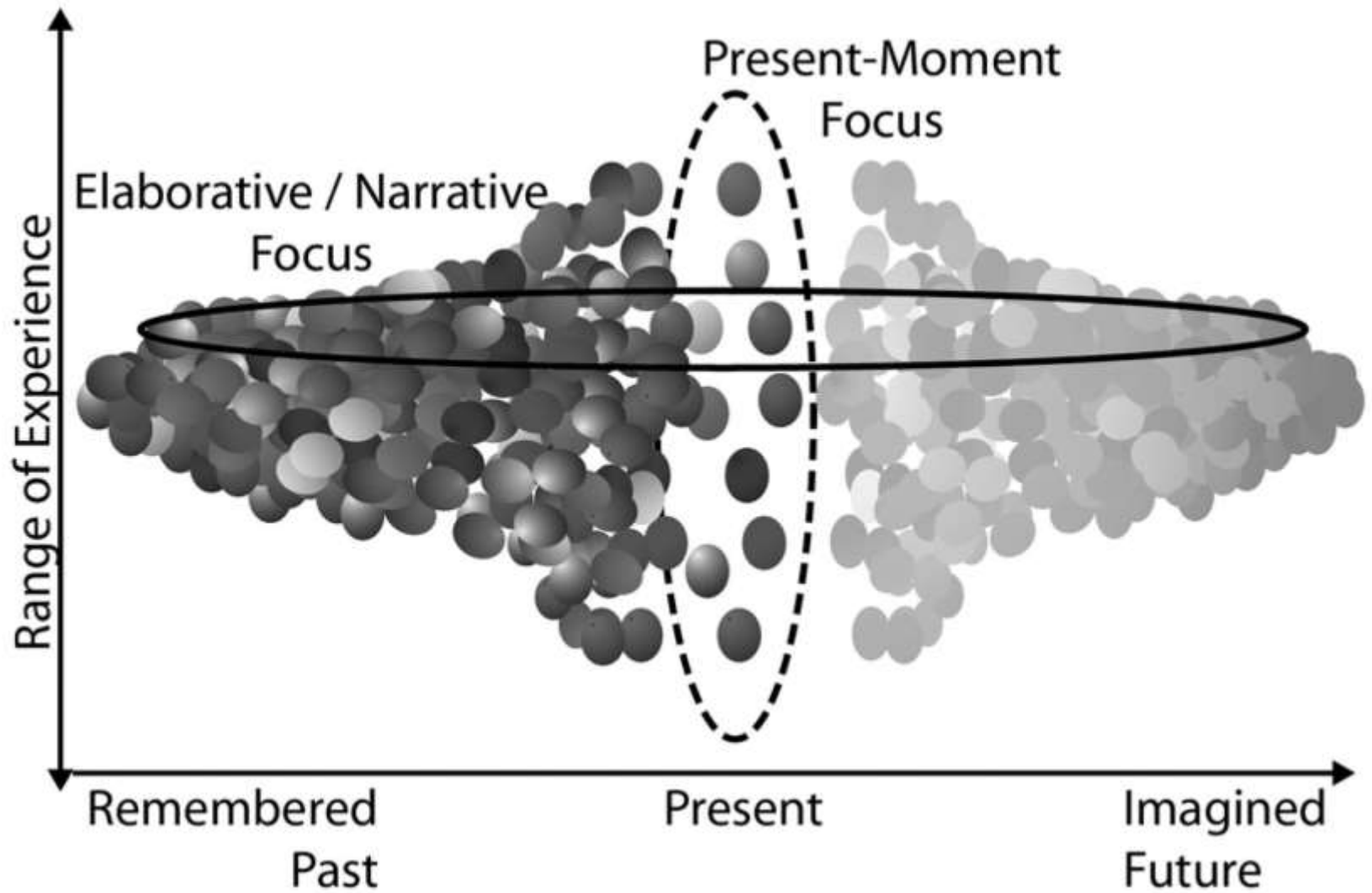
# Dialectal Behavior Therapy (Linehan, 1993)

- 3 compétences « quoi »
  - Observer
  - Décrire
  - participer
- 3 compétences « comment »
  - Sans juger
  - Avec pleine conscience
  - Sans se dérober

# Pleine conscience

- Etre attentif d'une manière particulière
  - Délibérément
  - Dans le moment présent
  - Sans jugement
- Observation sans jugement du flot continu des stimuli internes et externes tels qu'ils surviennent





# ACT: la thérapie d'acceptation et d'engagement

**Acceptance and commitment therapy**, Hayes  
(1999)

- ACT a pour objectif d'aider le patient à accepter les émotions au lieu de les fuir ou de les éviter et à identifier les valeurs qui lui permettent de s'engager dans une vie plus satisfaisante



**Dominance of the  
Conceptualized Past and Feared  
Future; Weak Self-Knowledge**

**Experiential  
Avoidance**

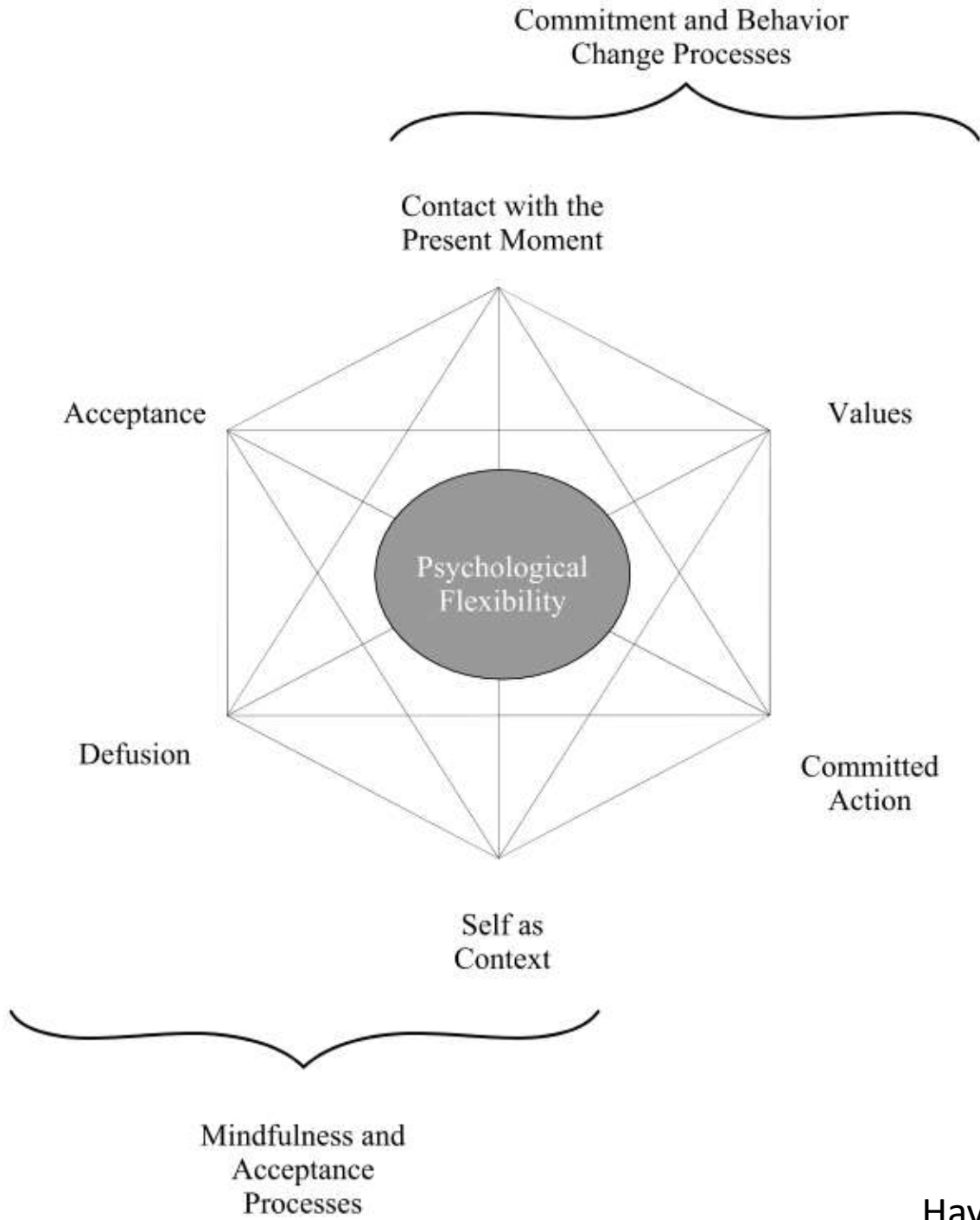
**Lack of Values  
Clarity;  
Dominance of  
Pliance and  
Avoidant  
Tracking**

**Psychological  
Inflexibility**

**Cognitive  
Fusion**

**Inaction,  
Impulsivity, or  
Avoidant  
Persistence**

**Attachment to the  
Conceptualized Self**



# Prévention de la rechute (alcool)

## Relapse prevention

Marlatt (1994)

- Pleine conscience comme technique pour faire face à l'envie pressante (craving) de recourir à la boisson.



# MBSR: Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience

## Mindfulness Based Stress Reduction Program

Kabat-Zinn (1982, 1990)

- Contexte: médecine comportementale
  - douleurs chroniques
  - psoriasis
  - stress (cancer)
- Groupe hebdomadaire de 2h30 durant 8-10 semaines
- 45' d'exercices par jour, 6 jours semaine



# Le fil conducteur du programme MBSR: apprentissage progressif

- Prise de conscience du corps, point par point
- Prise de conscience de la respiration
- Ajout de la conscience du corps comme un tout
- Ajout des sons
- Ajout des pensées spontanées
- Ajout volontaire de pensées pénibles

# MBCT : thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

## Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Segal, Williams, Teasdale (1995, 2002)

- MBSR + incorporation d'éléments de thérapie cognitive
- Objectif: prévention de la rechute dépressive





# Applications thérapeutiques

- Douleur chronique (Kabat-zinn et al., 1987)
- Troubles liés au stress (idem)
- Troubles anxieux (Kabat-Zinn et al., 1992)
- Troubles alimentaires (Kristeller et Hallett, 1999)
- Troubles du sommeil (Heidenreich et al., 2006)
- Diabète (Gregg et al., 2007)
- Rechute dépressive (Segal et al., 2010)
- Dépression résistante (Kenny & williams, 2007)
- Trouble bipolaire (Weber et al., 2010)

# Message à ramener à la maison

- Les nouvelles psychothérapies mettent l'accent sur l'accès au corps, l'accès à l'émotionnel et le « partage du pouvoir ».
- La troisième vague des thérapies cognitives et comportementales comporte les thérapies incluant la pleine conscience et celles qui sont basées sur la pleine conscience.
- La thérapie dialectique comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement sont deux exemples de thérapies intéressantes dans le processus suicidaire.

# Psychologie positive

# Facteurs de protection

## Les facteurs de protection qui diminuent le risque de suicide

- |  |  |
|--|--|
| 1. Présence d'un réseau social étendu                        | 7. Vaincre ses imperfections comme moyen de faire face |
| 2. Le mariage  | 8. Sociabilité du père                                 |
| 3. Etre d'humeur calme                                       | 9. Sociabilité de la mère                              |
| 4. Etre d'humeur joyeuse                                     | 10. Acceptation du père                                |
| 5. Présence de soutiens sociaux                              | 11. Acceptation de la mère                             |
| 6. Adopter un comportement de déni comme moyen de faire face | 12. Avoir un fort ego                                  |
|  | 13. Avoir une haute estime de soi                      |
|  | 14. Adhérer à une religion                             |

# Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior



**J. Mark G. Williams, Danielle S. Duggan,  
Catherine Crane, and Melanie J. V. Fennell**

*University of Oxford*

Once suicidal thoughts have emerged as a feature of depression they are likely to be reactivated as part of a suicidal mode of mind whenever sad mood reappears. This article reviews the methods and the usefulness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) as a treatment for the prevention of the reactivation of the suicidal mode. MBCT integrates mindfulness meditation practices and cognitive therapy techniques. It teaches participants to develop moment-by-moment awareness, approaching ongoing experience with an attitude of nonjudgment and acceptance. Participants are increasingly able to see their thoughts as mental events rather than facts (metacognitive awareness). A case example illustrates how mindfulness skills develop with MBCT and how they relate to the cognitive processes that fuel suicidal crises. An ongoing controlled trial will provide further evidence, but pilot work suggests that MBCT is a promising intervention for those who have experienced suicidal ideation in the past. © 2005 Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 62: 201–210, 2006.

Keywords: mindfulness; acceptance; cognitive reactivity; suicide

---

Mindfulness-Based Cognitive Therapy Practices	What Can Be Learned?
Mindful eating (raisin exercise) Focusing attention solely on the experience of eating	Recognizing mindful awareness versus automatic pilot Mindfulness able to reveal and transform experience
Mindfulness of everyday activities Focusing attention on an activity often done without awareness (for example, brushing teeth)	Learning how all pervasive mind wandering is
Body Scan Paying attention to different parts of the body in turn	Using direct experiential knowledge Practicing deliberately engaging and disengaging attention Relating skillfully to mind wandering Repeated practice of noticing, acknowledging, and returning to the body Allowing conditions to be as they are Using the breath as a vehicle Noticing and relating differently to mental states such as aversion
Mindfulness of breathing Using the breath as a focus of attention	Anchoring yourself within the moment
3-Minute breathing space Using mindfulness of breathing for short periods at set times and when required	Settling so that it is possible to gather and concentrate the mind Dealing skillfully with mind wandering
Mindfulness of pleasant/unpleasant activities Using daily activities as a focus of attention	Learning to be gentle with yourself Identifying the different thoughts, feelings, and body sensations that are generated automatically as a result of pleasant and unpleasant experiences
Mindfulness of body Using the body as a focus of attention	Being mindful of sensations arising in the body whether pleasant or unpleasant
Mindful stretching/yoga/walking Focusing attention on the body as it performs different actions	Noticing aversion to sensations as it arises Learning acceptance
Mindfulness of sounds, thoughts, and feelings Using thoughts and feelings as a focus of attention	Learning a different way to relate to thoughts and feelings (decentering) Learning to relate to thoughts and feelings in the same way that it is possible to relate to sounds Learning to see recurring patterns in thoughts and feelings

# Mindfulness Propensity and suicide ideations



# MAAS

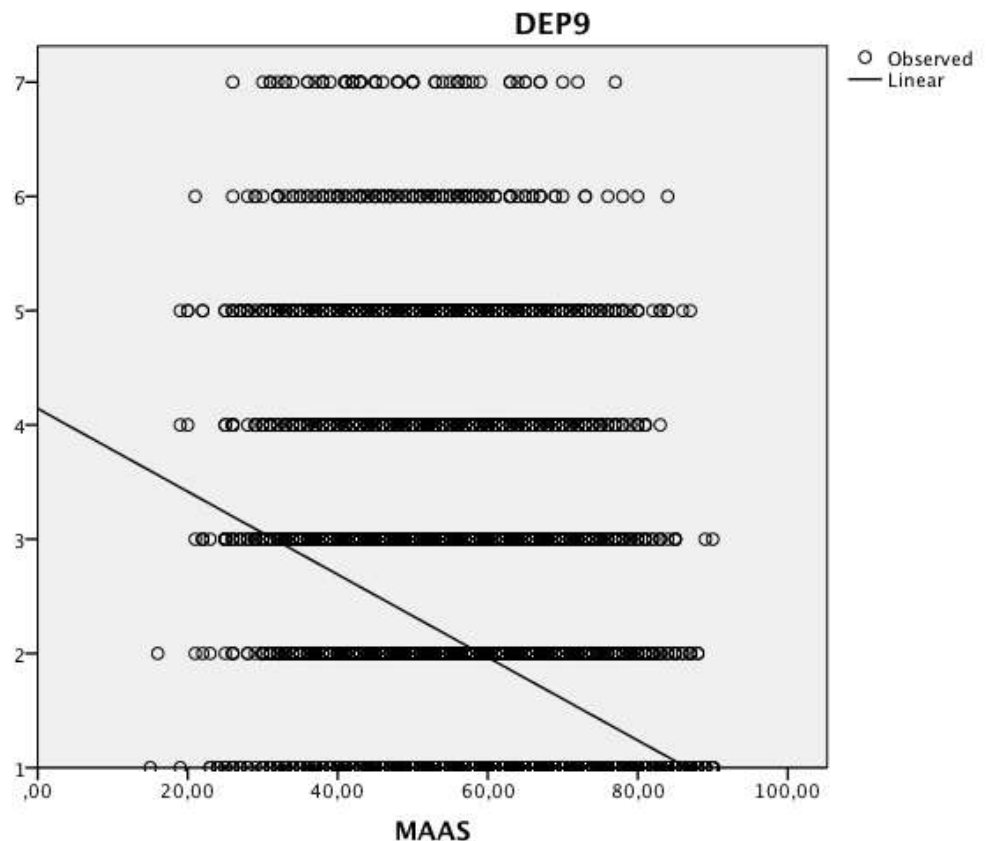
1	2	3	4	5	6
presque toujours	très fréquemment	assez fréquemment	assez peu fréquemment	très peu fréquemment	presque jamais

- 1. Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps.
- 2. Je casse ou renverse des choses parce que je suis inattentif(ve) ou parce que je pense à autre chose
- 3. J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent.
- 4. J'ai tendance à marcher rapidement pour me rendre là où je veux aller, sans prêter attention à ce qui se passe durant le trajet.
- 5. J'ai tendance à ne pas remarquer des sensations de tension physique ou d'inconfort jusqu'à ce qu'elles captent vraiment mon attention.
- 6. J'oublie le nom d'une personne presque immédiatement après l'avoir entendu pour la première fois.
- 7. Il me semble que je fonctionne « en mode automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais.
- 8. Je fais les choses très rapidement sans y prêter vraiment attention.
- 9. Je suis tellement focalisé(e) sur le but que je veux atteindre que je perds de vue ce que je suis en train de faire pour y parvenir.
- 10. Je fais des travaux ou des tâches de manière automatique, sans me rendre compte de ce que je suis en train de faire.
- 11. Je me surprends à écouter quelqu'un d'une oreille tout en faisant autre chose.
- 12. Je me déplace en voiture « en pilotage automatique » et il m'arrive d'être étonné(e) de me retrouver là où je suis.
- 13. Je me surprends à être préoccupé(e) par l'avenir ou le passé.
- 14. Je me surprends à effectuer des choses sans y prêter attention.
- 15. Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger.

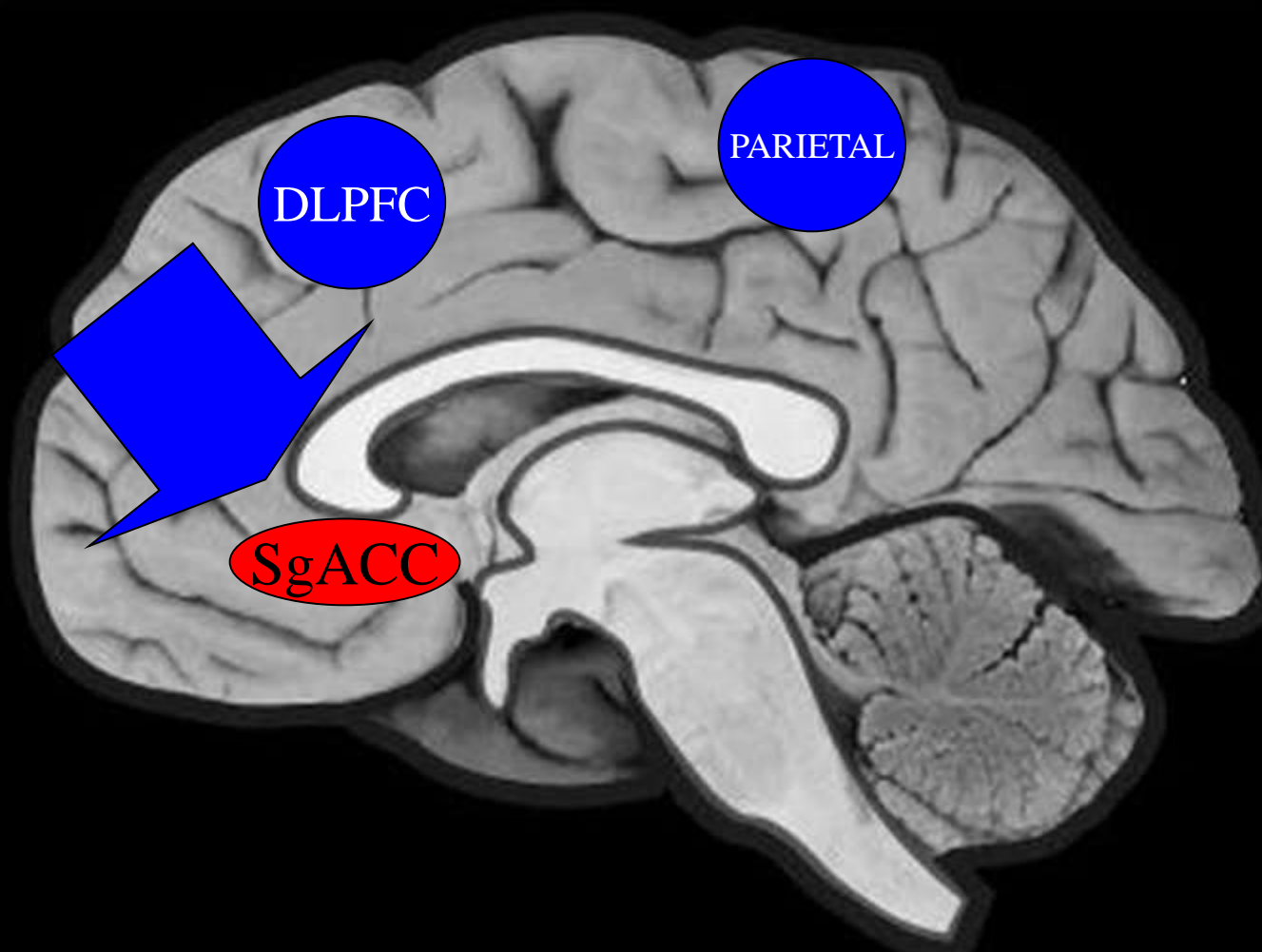


# Mindfulness Meditation

- N= 16532 (age range 15 to 90; Mage = 38.8, SD = 13.9)
- $r = -.32$



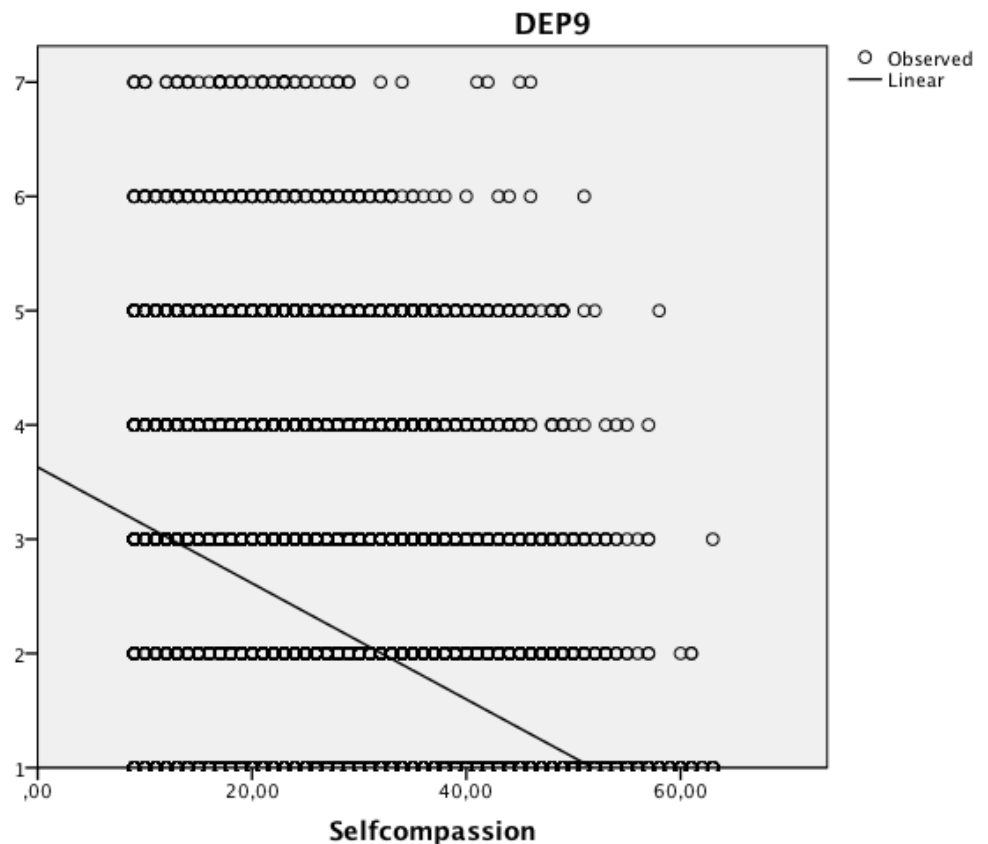
# Cognitive training





# Self-Compassion

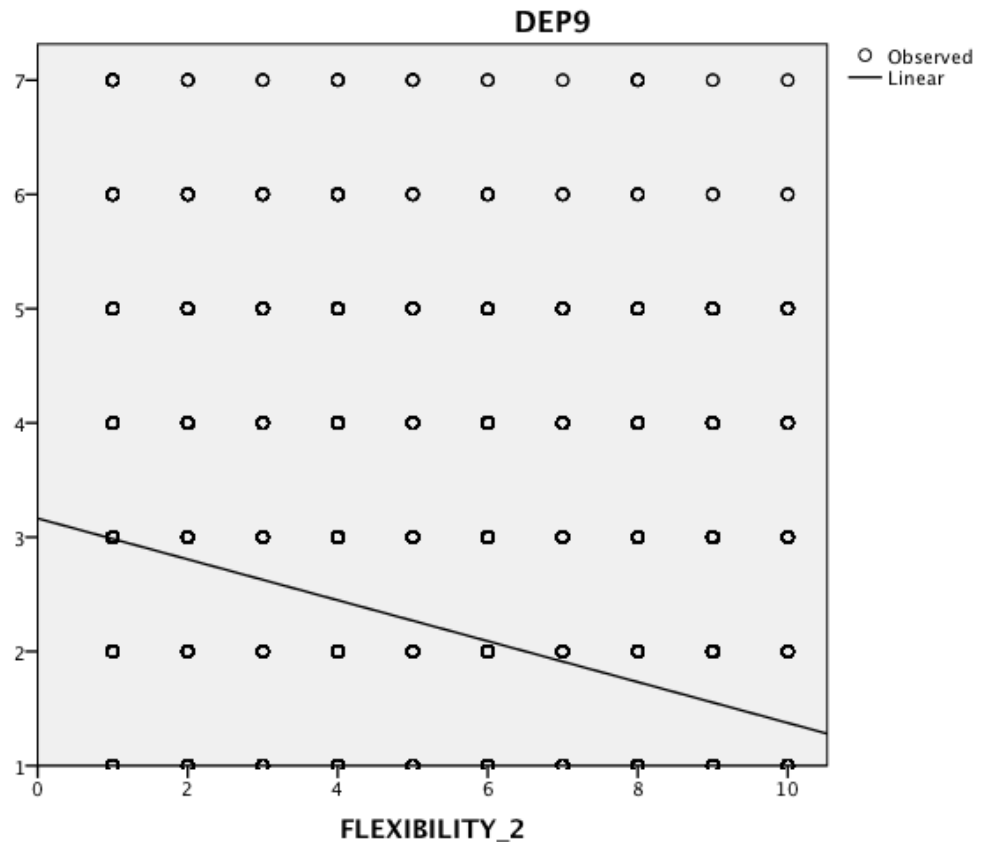
- N= 16598 (age range 15 to 90; Mage = 38.8, SD = 13.9)
- $r = -.38$



# Problem-solving / coping

- N= 17001 (age range 15 to 90; Mage = 38.8, SD = 13.9)
- $r = -.37$

Je rumine sur la cause de mon émotion →  
J'essaie de trouver une solution



# Régulation des émotions

- Stratégies utilisées pour maintenir, augmenter ou réduire l'intensité des émotions (Gross, 2001)
- Évitement: déni, suppression
- Engagement excessif: rumination
- Pleine conscience : régulation émotionnelle adaptative
  - Conscience de l'émotion (dénomination, reconnaissance)
  - Conscience « auto-noétique »
  - Auto-observation
  - Flexibilité
  - Décentration
  - Acceptation

Sélection  
de la situation

Modification  
de la situation

Déploiement  
de l'attention

Changements  
cognitifs

Modulation  
des réponses



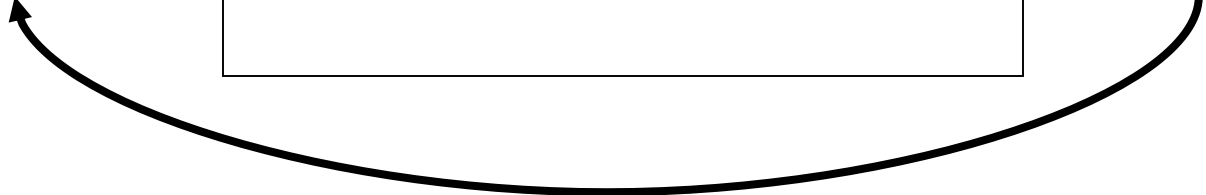
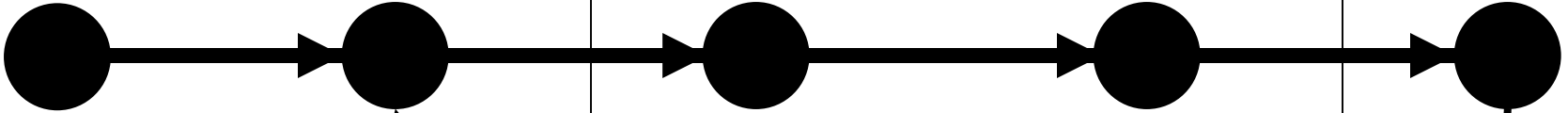
**Situations**

**Situation**

**Attention**

**Evaluation**

**Réponse**



Événement  
contextuel



Emotion



Réponse  
observable

Sélection  
de la situation

Modification  
de la situation

Déploiement  
de l'attention

Changements  
cognitifs

Modulation  
des réponses



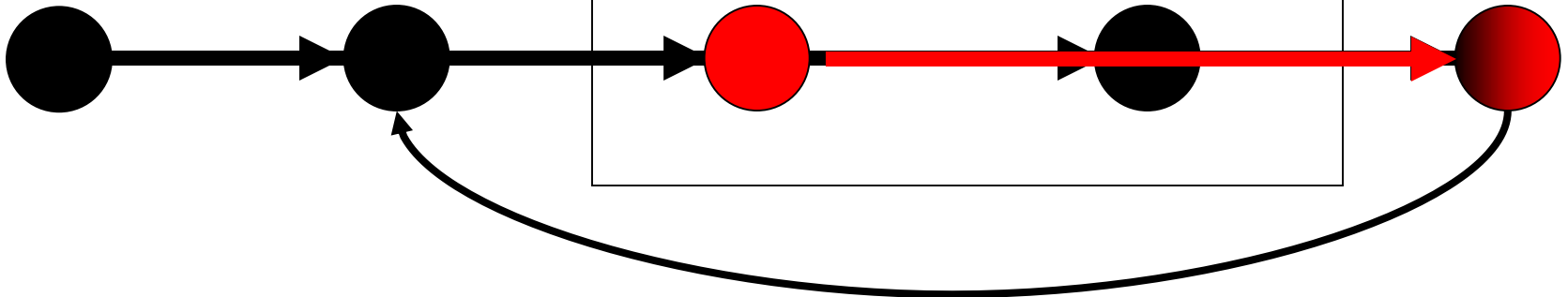
**Situations**

**Situation**

**Attention**

**Evaluation**

**Réponse**





# Attentional strategies in emotion regulatory process

**Table 2.** Components Proposed to Describe the Mechanisms Through Which Mindfulness Works

Mechanism	Exemplary instructions	Self-reported and experimental behavioral findings	Associated brain areas
1. Attention regulation	Sustaining attention on the chosen object; whenever distracted, returning attention to the object	Enhanced performance: executive attention (Attention Network Test and Stroop interference), orienting, alerting, diminished attentional blink effect	Anterior cingulate cortex
2. Body awareness	Focus is usually an object of internal experience: sensory experiences of breathing, emotions, or other body sensations	Increased scores on the Observe subscale of the Five Facet Mindfulness Questionnaire; narrative self-reports of enhanced body awareness	Insula, temporo-parietal junction
3.1 Emotion regulation: reappraisal	Approaching ongoing emotional reactions in a different way (nonjudgmentally, with acceptance)	Increases in positive reappraisal (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)	(Dorsal) prefrontal cortex (PFC)
3.2 Emotion regulation: exposure, extinction, and reconsolidation	Exposing oneself to whatever is present in the field of awareness; letting oneself be affected by it; refraining from internal reactivity	Increases in nonreactivity to inner experiences (Five Facet Mindfulness Questionnaire)	Ventro-medial PFC, hippocampus, amygdala
4. Change in perspective on the self	Detachment from identification with a static sense of self	Self-reported changes in self-concept (Tennessee Self-Concept Scale, Temperament and Character Inventory)	Medial PFC, posterior cingulate cortex, insula, temporo-parietal junction

# Attentional regulation can be successfully trained through repeated practice

Attentional Training Methodologies <sup>1</sup>		Emotion Regulation Strategies		
<i>Higher</i>	Concentration Meditation <sup>a</sup> (C)	Sustained attention on object	Selective attention to object	Disengage distracters; reengage object
	Insight Meditation <sup>b</sup> (C)	Sustained awareness w/out focus	---	Disengage distracters; non-reactive labeling of distracters
<i>Moderate</i>	Loving-Kindness Meditation <sup>c</sup> (R/C)	Sustained attention to positive emotion	Selective attention to positive emotion	Disengage distracters; reengage object
	ATT <sup>d</sup> (D/C)	Vigilance for neutral sound	Selective attention to neutral sound	Alternate attention b/w sounds; Attend to multiple sounds
<i>Lower</i>	Dot-Probe Training (D)	Vigilance for positive information	Selective visual attention to positive information	Disengage negative and neutral information
	Visual Search Training (D)	Vigilance for positive information	Selective visual attention to positive information	Avoidance of negative information
<i>Effort (to execute)</i>	Attentional <sup>2</sup> Network	Alerting	Orienting	Executive
	Similar Constructs <sup>3</sup>	Awareness, alertness, vigilance, sustained attention	Scanning, selective attention	Selective, focused, alternating, and divided attention
<i>Cognitive Effort (to acquire)<sup>4</sup></i>		<i>Lower</i>	<i>Moderate</i>	<i>Higher</i>

# Message à ramener à la maison

- Au niveau de la psychologie positive, se centrant sur le bien-être et le développement personnel, les facteurs de protection peuvent être favorisés.
- La méditation est une manière de favoriser les facteurs de protection. La compassion pour soi, la résolution de problème sont d'autres manières.
- La méditation pleine conscience est une stratégie de régulation des émotions parmi beaucoup d'autres et permet de court-circuiter l'évaluation cognitive.

# Dialectic Behavioral Therapy

# Targeted Therapy Halves Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder

**July 3, 2006 • Science Update**

Dialectical Behavior Therapy (DBT) reduced suicide attempts by half compared with other types of psychotherapy available in the community in patients with borderline personality disorder, an NIMH-funded study has found. DBT also excelled at reducing use of emergency room and inpatient services and more than halved therapy dropout rates compared to the mostly traditional approaches, report Marsha Linehan, Ph.D., University of Washington, and colleagues in the July 2006 issue of *Archives of General Psychiatry*.

"All treatments are not equal for such suicidal patients," said Linehan.



Marsha Linehan

<http://www.linehaninstitute.org/>

# 5 modalités d'intervention de la TCD

- 1. Thérapie individuelle
- 2. Groupe de compétences
  - a) présence attentive (mindfulness)
  - b) la régulation émotionnelle
  - c) la tolérance à la détresse
  - d) l'efficacité interpersonnelle
- 3. Consultations téléphoniques
- 4. Supervision d'équipe
- 5. Interventions auxiliaires



# LES FONDEMENTS DE LA TCD

**Approche  
comportementale**

**Pratique zen**



**Philosophie dialectique**

inspiré de M. Linehan (2000)





# LES FONDEMENTS DE LA TCD

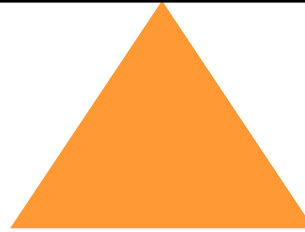
**DIALECTIQUE**

---

**CHANGEMENT**

Résolution de  
problèmes

**TCC**



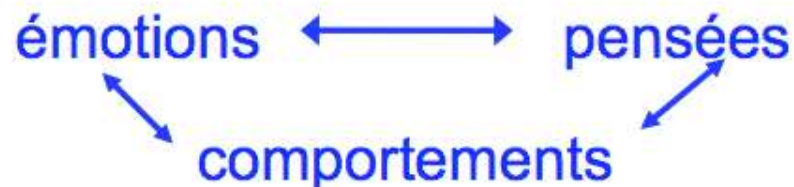
**ACCEPTATION**

Validation

**ZEN**

## APPROCHE COMPORTEMENTALE

- Approche centrée sur l'ici et maintenant
- Analyse des comportements et de leurs contingences environnementales (*renforcements*)
- Vise le changement de comportements problématiques :  
Comment modifier des modes de pensées et d'action ?
- Formulation d'objectifs et d'un contrat
- Relation thérapeutique collaborative



## PRATIQUE ZEN

- Être conscient du moment présent
- Voir la réalité telle qu'elle est, l'accepter sans jugement
- Laisser aller les attachements qui sont un obstacle dans l'acceptation de la réalité
- Se centrer sur notre propre expérience comme moyen d'appréhender le monde
- Trouver la voie du milieu



## VISION DIALECTIQUE DU MONDE

- **Vision tout ou rien, blanc ou noir** : définir les polarités et rechercher une synthèse (rechercher le « et » au lieu du « ou »)
- **Vision simplificatrice ou réductrice** : la réalité est complexe, tenir compte des multiples facteurs et points de vue
- **Vision rigide, figée** : le changement est continu, la réalité est changeante et l'équilibre acquis est lui-même soumis au changement
- **Vision auto vs hétéro-centrée** : l'identité est relationnelle, l'individu et l'environnement s'adaptent l'un à l'autre et s'influencent réciproquement

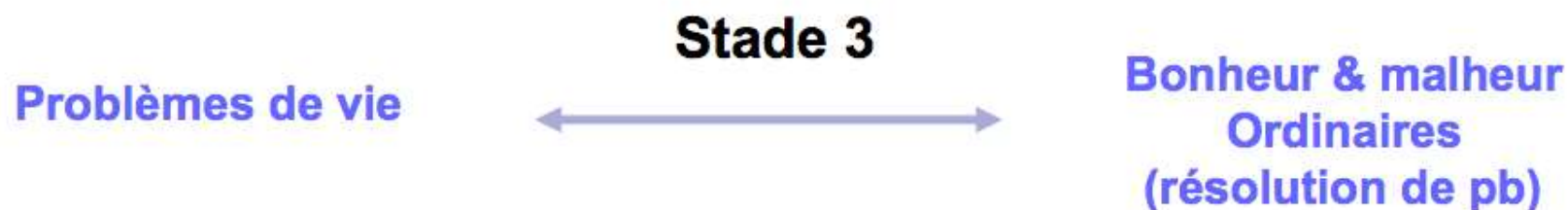




## UTILITE DE LA PHILOSOPHIE DIALECTIQUE

- Quitter une vision absolue, rigide et réductrice de la réalité et de la patiente
- Equilibrer les objectifs de la TCD  
*(changement versus acceptation)*
- Equilibrer les stratégies de la TCD  
*(technique de changement versus technique de validation)*

# STADES DE TRAITEMENT



inspiré de M. Linehan (2000)

**Context** Dialectical behavior therapy (DBT) is a treatment for suicidal behavior and borderline personality disorder with well-documented efficacy.

**Objective** To evaluate the hypothesis that unique aspects of DBT are more efficacious compared with treatment offered by non-behavioral psychotherapy experts.

**Design** One-year randomized controlled trial, plus 1 year of posttreatment follow-up.

**Setting** University outpatient clinic and community practice.

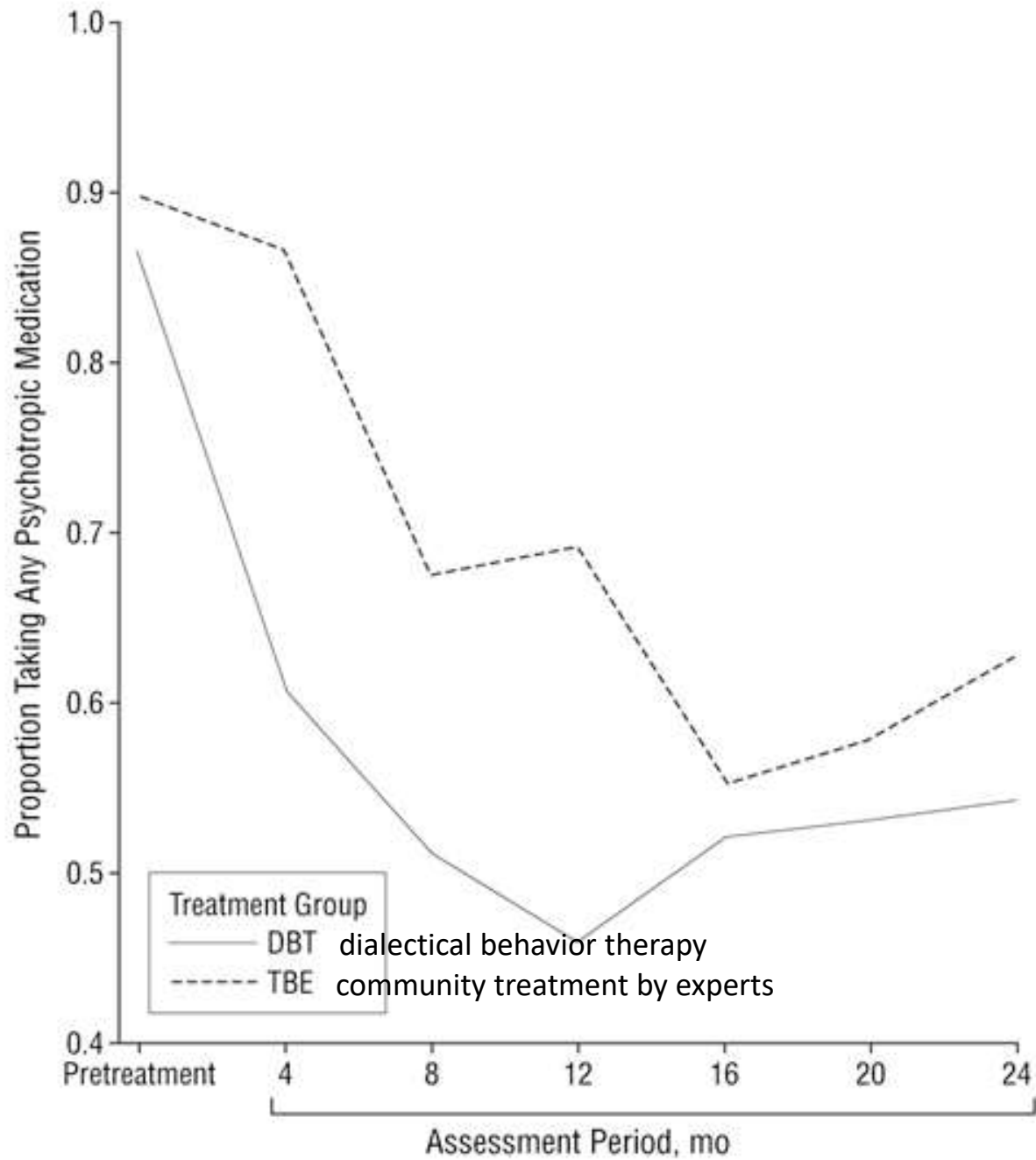
**Participants** One hundred one clinically referred women with recent suicidal and self-injurious behaviors meeting *DSM-IV* criteria, matched to condition on age, suicide attempt history, negative prognostic indication, and number of lifetime intentional self-injuries and psychiatric hospitalizations.

**Intervention** One year of DBT or 1 year of community treatment by experts (developed to maximize internal validity by controlling for therapist sex, availability, expertise, allegiance, training and experience, consultation availability, and institutional prestige).

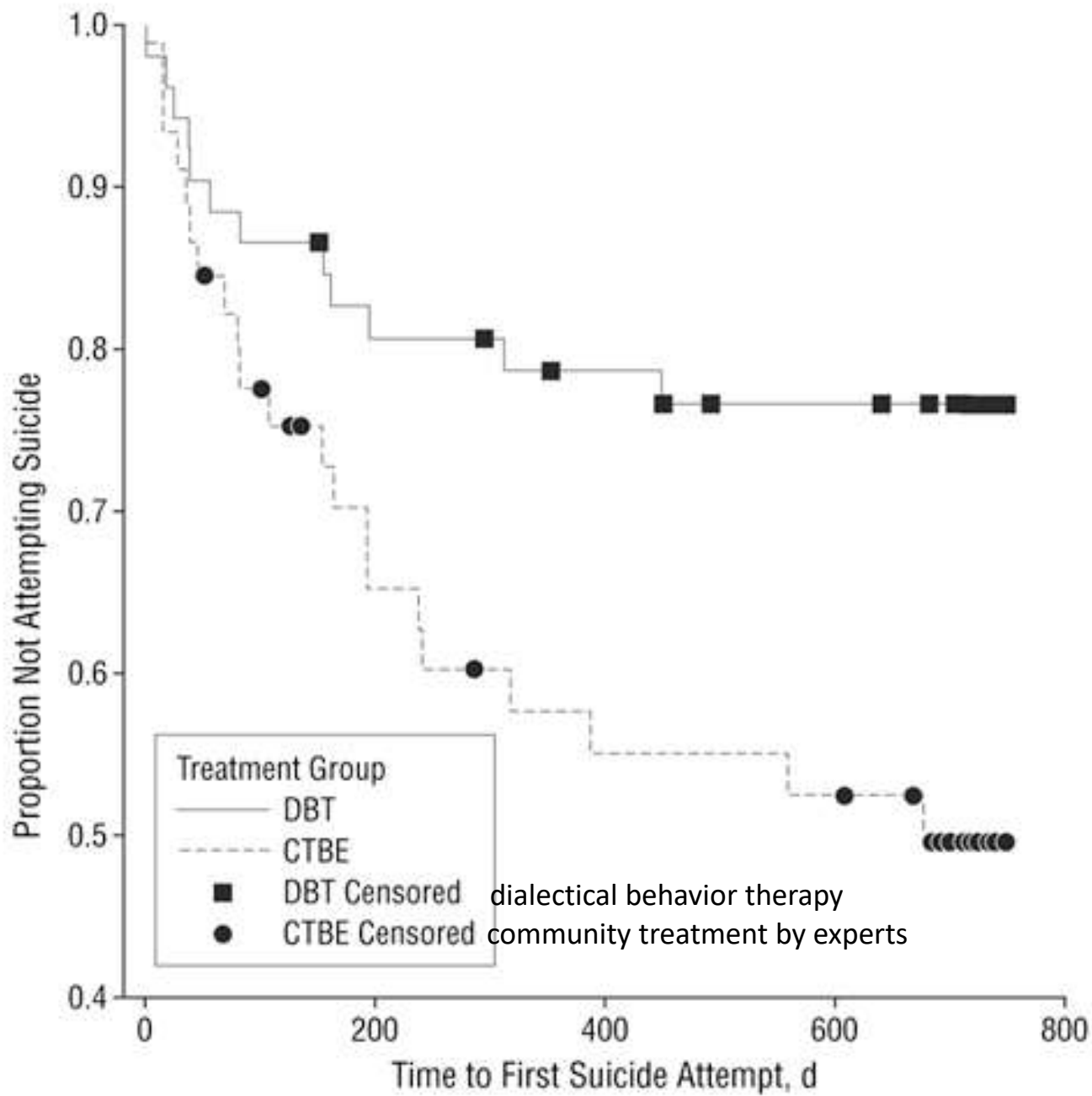
**Main Outcome Measures** Trimester assessments of suicidal behaviors, emergency services use, and general psychological functioning. Measures were selected based on previous outcome studies of DBT. Outcome variables were evaluated by blinded assessors.

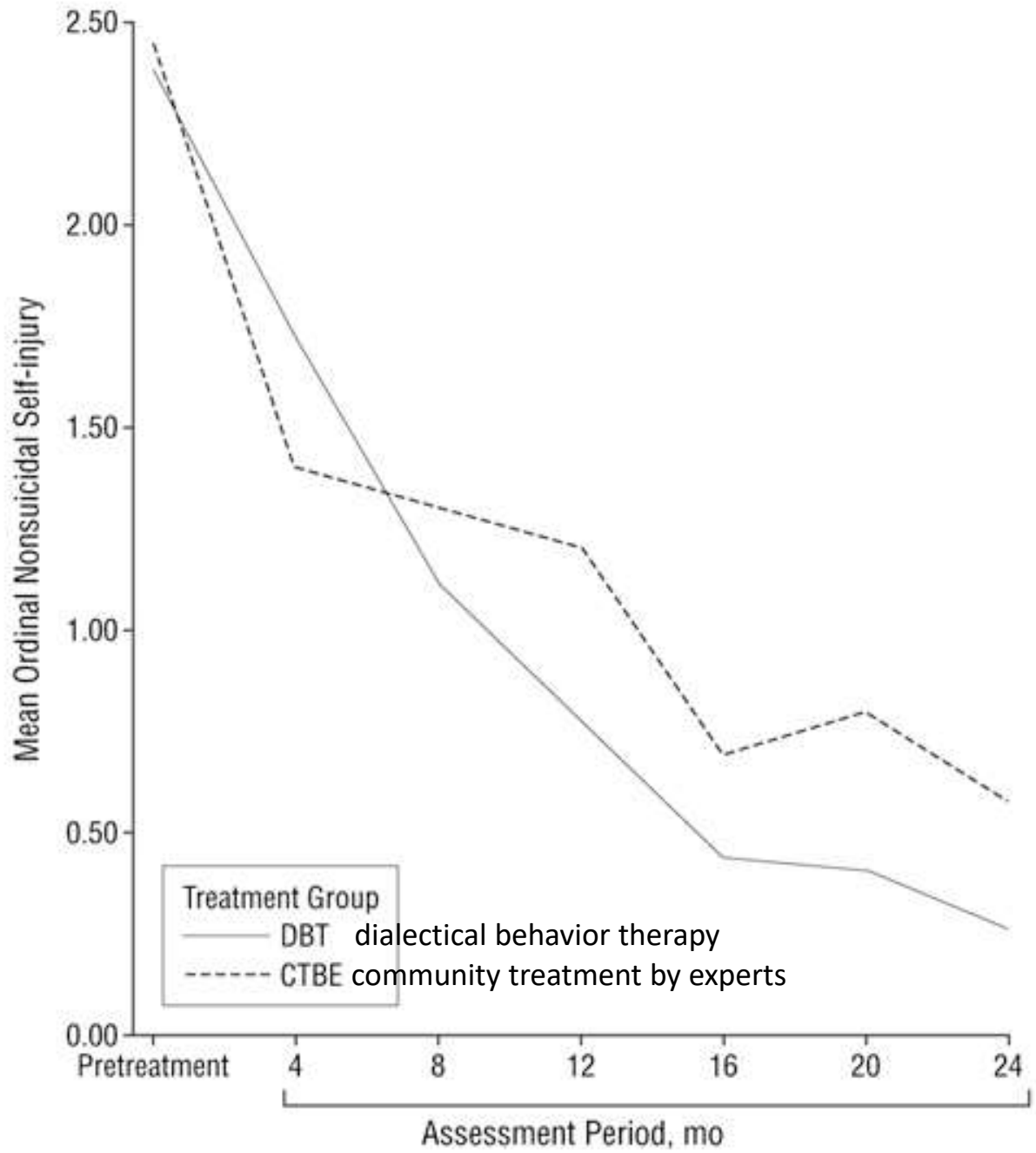
**Results** Dialectical behavior therapy was associated with better outcomes in the intent-to-treat analysis than community treatment by experts in most target areas during the 2-year treatment and follow-up period. Subjects receiving DBT were half as likely to make a suicide attempt (hazard ratio, 2.66;  $P = .005$ ), required less hospitalization for suicide ideation ( $F_{1,92}=7.3$ ;  $P = .004$ ), and had lower medical risk ( $F_{1,50}=3.2$ ;  $P = .04$ ) across all suicide attempts and self-injurious acts combined. Subjects receiving DBT were less likely to drop out of treatment (hazard ratio, 3.2;  $P < .001$ ) and had fewer psychiatric hospitalizations ( $F_{1,92}=6.0$ ;  $P = .007$ ) and psychiatric emergency department visits ( $F_{1,92}=2.9$ ;  $P = .04$ ).

**Conclusions** Our findings replicate those of previous studies of DBT and suggest that the effectiveness of DBT cannot reasonably be attributed to general factors associated with expert psychotherapy. Dialectical behavior therapy appears to be uniquely effective in reducing suicide attempts.









# Message à ramener à la maison

- La thérapie comportementale dialectique de Linehan a montré une efficacité dans la prévention des passages à l'acte suicidaires chez les patient présentant un trouble de personnalité borderline.
- Cette approche psychothérapeutique comporte plusieurs modalités d'intervention et plusieurs stades de traitement.

# Mentalisation Based Therapy

Mentaliser:

un nouveau mot  
pour un ancien  
concept.

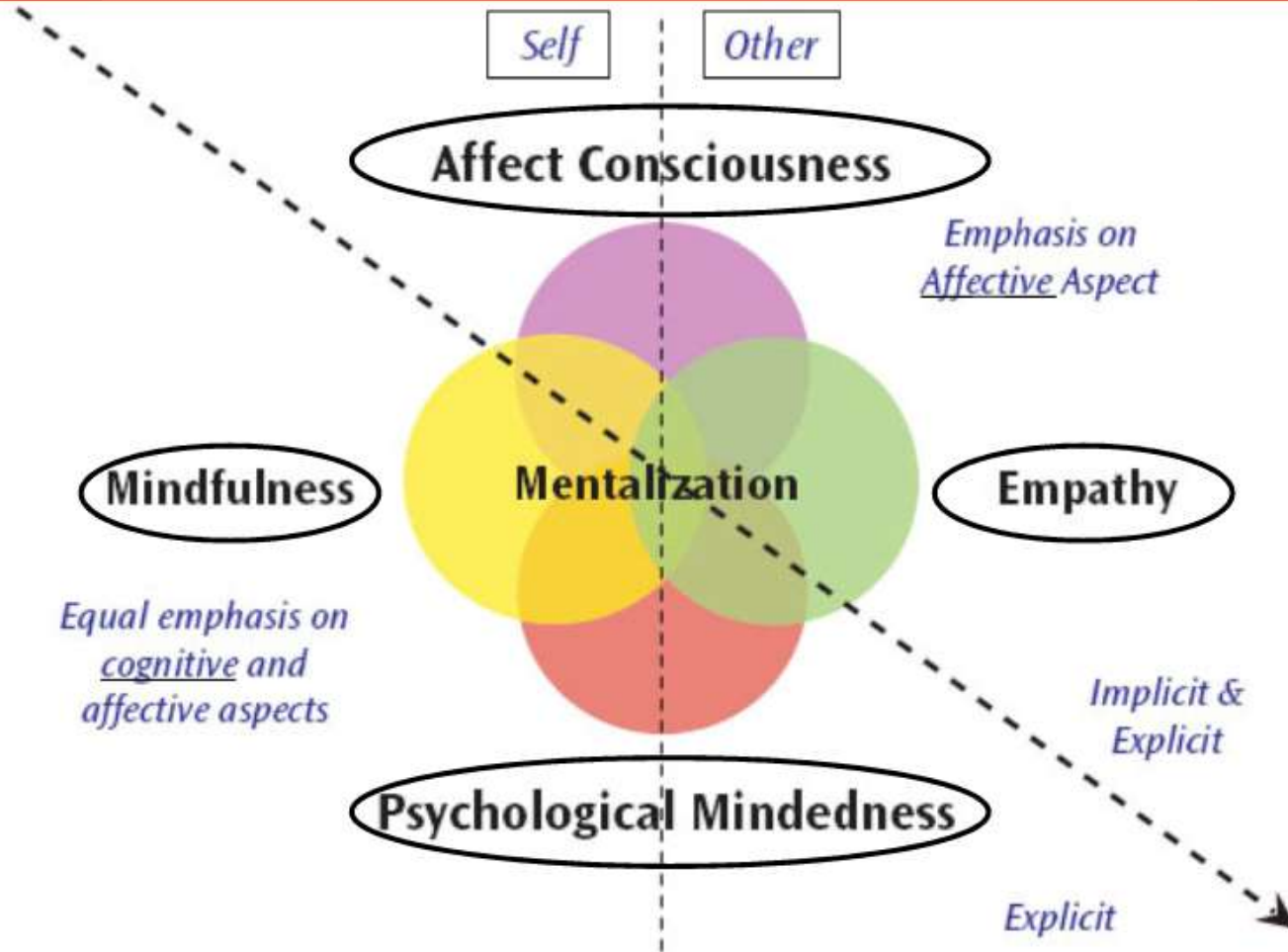
# La mentalisation : définition

- Porter attention aux états mentaux chez soi et chez autrui, en particulier quand nous tentons d'expliquer des comportements
- **Capacité de *percevoir et d'interpréter* un comportement humain comme étant lié à des états mentaux *intentionnels* (p.ex. besoins, désirs, sentiments, croyances, buts, intentions, et raisons) (Allen, 2006)**
- Activité mentale *préconsciente et imaginative*

# Mentaliser : ses caractéristiques

- Concept central : les états internes (émotions, pensées) sont opaques
- Nous ne pouvons qu'inférer à leur sujet
- Les inférences sont sujettes à des erreurs
- Principe : adopter une posture de « chercher à comprendre » (inquisitive stance)
- -> *Comportement interpersonnel caractérisé par une attente, celle que l'esprit d'un individu va potentiellement être influencé, surpris, modifié, illuminé par le processus de découverte de l'esprit de l'autre.*

# Mentalization and Overlapping Constructs (Choi-Kain & Gunderson, Am J Psychiat 2008)





# Mentaliser : dimensions multiples

- **1) Self / Autrui**
  - Différencier soi et autrui en psychothérapie
    - Adopter la perspective de l'autre par rapport à soi
    - Réduire l'impact de l'autre sur soi
- **2) Automatique / Contrôlée**
  - Circuler depuis la mentalisation implicite (automatique) vers la mentalisation explicite (contrôlée)
    - Remettre en question les suppositions automatiques
- **3) Externe / Interne**
  - Elaborer les représentations internes des états mentaux de soi et d'autrui
    - Remettre en question les jugements « superficiels » basés sur les apparences
- **4) Affect / Cognition**
  - Relier les émotions avec les pensées
    - Vaincre le clivage entre affect et cognition (l'émotion de ressentir l'émotion)

# Modes de pré-mentalisation

- 1) Equivalence psychique
- 2) Mode semblant
- 3) Mode téléologique

# 1) Equivalence psychique

- Isomorphisme esprit-monde
- Réalité mentale = réalité extérieure
- L'interne a la puissance de l'externe

## 2) Mode semblant

- Les idées ne forment aucun pont entre la réalité intérieure et extérieure
- Le monde mental est découplé de la réalité externe
- Dissociation de la pensée, hyper-mentalisation ou pseudo-mentalisation

### 3) Mode téléologique

- Focalisation externe extrême (comprennent les actions en termes *physiques* par opposition à leurs *contraintes* mentales)
- Perte momentanée de la mentalisation contrôlée
- Les patients ne peuvent accepter rien d'autre qu'une modification dans le domaine *physique* comme une preuve des intentions de l'autre

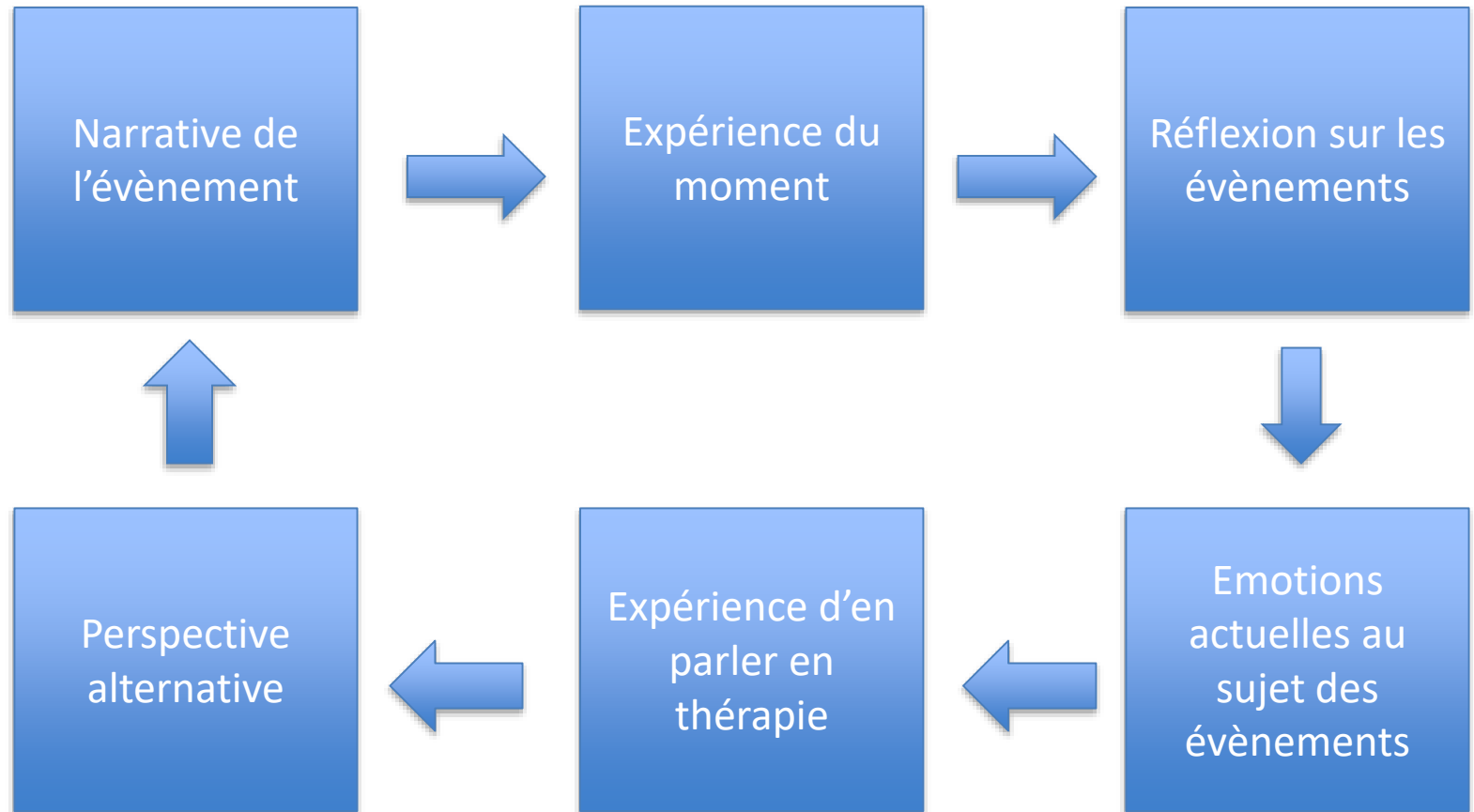
# Comprendre la tentative de suicide et l'automutilation en termes de perte momentanée de mentalisation

- **LA PERTE** -> augmente les besoins d'attachement -> active le système d'attachement
- **ECHEC de la MENTALISATION**
- -> Equivalence psychique -> intensification de l'expérience insoutenable
- -> Mode semblant -> hypermentalisation sans signification, dissociation
- Solutions téléologiques pour mettre en crise le self agentif -> scarifications, tentamen

# Principes généraux du traitement

- 1) Processus **collaboratif**
- 2) **Formulation** des problématiques du patient en début de traitement et identifier une cible à chaque séance (s'applique à la trajectoire globale du traitement, ainsi qu'à chaque séance)
- 3) Identification du processus **non-mentalissant**
- 4) Attitude générale : **posture du non-savoir**
- 5) Principe pour le clinicien :
  - Viser à ré-établir et maintenir la **mentalisation**
  - Interventions à niveau avec les **capacités** de mentalisation du patient
  - Identification des **pôles** de la mentalisation
  - **Authenticité** et ouverture d'esprit
  - Vigilance aux **ruptures** de la mentalisation
  - Attention continue portée aux états **d'arousal** affectif
  - Cible des interventions : **contingence** et « **marquage** »
- 6) Trajectoire des séances : interventions sur la base de la **validation empathique** à l'exploration, la clarification, et le challenge au travers de l'identification de **l'affect**, le focus sur l'affect menant à la mentalisation de la relation thérapeutique.
- 7) L'identification explicite des **émotions** du thérapeute en lien avec les opérations mentales du patient

# Processus mentalisant - trajectoire







## Réseau francophone TBM

[Conférences et formations à venir](#)

[Ressources du RF-TBM](#)

[Contact](#)

[3e Conférence internationale des thérapies basées sur la mentalisation \(TBM\)](#)

[Newsletter](#)

[Facebook](#)

## Réseau francophone TBM

Le RF-TBM vise à favoriser la diffusion d'informations concernant les activités de formation clinique proposées par les membres du réseau, promouvoir la collaboration et l'élaboration de projets locaux dans le monde francophone ainsi que développer des collaborations avec des réseaux connexes, et enfin relayer les résultats des plus récentes recherches scientifiques aux cliniciens et chercheurs membres du réseau.

### Newsletter

[Newsletter Avril 2018 N°5](#)

[Newsletter Octobre 2017 N°4](#)

[Newsletter Avril 2017 N°3](#)

[Newsletter Octobre 2016 N°2](#)

[Newsletter Avril 2016 N°1](#)

### Informations pratiques :

[UniMail](#), [Accès](#), [Parking](#), [Restaurants](#), [Hôtels](#), [WIFI](#) : [Télécharger le PDF](#)

### A LA UNE

#### Thérapies basées sur la mentalisation (TBM)

- ⇒ [Session d'Initiation à Genève](#) (12-14 avril 2018)
- ⇒ [Session d'Initiation à Paris](#) (10-12 janvier 2019) en préparation
- ⇒ [Session de spécialisation Praticien](#) à Paris (17-18 mai 2019) en préparation
- ⇒ [Session de spécialisation Famille](#) à définir

[Lien vers les formulaires d'inscription Famille et Praticien](#)

à renvoyer à : [mentalisation@unige.ch](mailto:mentalisation@unige.ch)

# Message à ramener à la maison

- La thérapie basée sur la mentalisation propose de mentaliser, c'est à dire porter attention aux états mentaux chez soi et chez autrui dans un but thérapeutique.
- La mentalisation a pour principe d'adopter une posture de « chercher à comprendre ».
- Outre les différentes dimensions de la mentalisation (soi vs autrui; automatique vs contrôlée; externe vs interne; affect vs cognition), il existe par ailleurs plusieurs mode de pré-mentalisation (équivalence psychique, mode semblant, mode téléologique).
- Il existe des principes généraux de traitement qui s'appliquent tout au long de la trajectoire où se déploie le processus mentalisant.

# Pharmaco- thérapie

# Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders

**Luis H. Ripoll, Joseph Triebwasser and Larry J. Siever**

*Mental Illness Research Education and Clinical Center, James J. Peters VA Medical Center, Bronx, NY, USA*

The majority of psychopharmacological research on personality disorders has focused on borderline personality disorder (BPD). In the most recent treatment guidelines for BPD, the American Psychiatric Association (APA, 2001), acknowledges that 'pharmacotherapy has an important adjunctive role', along with 'extended psychotherapy to attain and maintain lasting improvement in ... personality, interpersonal problems, and overall functioning'. Similarly, others have described psychopharmacological treatment of BPD as resulting only in 'a mild degree of symptom relief' (Paris, 2005). Moreover, there remains a dearth of evidence-based medication treatments for other personality disorders.

# Traitement psychopharmacologique du trouble de personnalité **borderline**

- La PB est définie par des perturbations de l'identité et du fonctionnement interpersonnel ; l'impulsivité, l'agressivité, les symptômes transitoires dissociatifs et psychotiques et l'instabilité affective réfractaire présentés par les patients sont autant **de cibles potentielles médicamenteuses**.
- **Peu d'études randomisées contrôlées** sur les traitements pharmacologiques de la PB ont été publiées récemment alors que de nombreuses analyses s'accordent sur l'efficacité d'**anticonvulsivants** spécifiques, de molécules **antipsychotiques atypiques** et d'une supplémentation en **acide gras oméga 3**.
- Les **médicaments capables d'améliorer significativement l'impulsivité** agressive sont plus documentés que ceux dédiés aux symptômes affectifs ou interpersonnels.
- Les stratégies de recherche à venir s'intéresseront au rôle potentiel des **neuropeptides** et des médicaments plus spécifiques des **récepteurs 2A à la sérotonine**, comme à l'optimisation de **l'apport concomitant d'une psychothérapie et d'une psychopharmacologie basées sur les preuves**, afin d'améliorer le fonctionnement global des patients PB.

# Antidépresseurs

Medication	Dosing	Effects
<b>MAOIs</b>		
Phenelzine	15-90 mg/d	Improvements primarily in depression, impulsive aggression. Some patients experience uncomfortable activation.
Tranylcypromine	Mean dose 40 mg/d	Improvements primarily in affective symptoms, interpersonal sensitivity, but limited data.
<b>SSRIs</b>		
Fluoxetine	20-80 mg/d	Mild improvements in affective symptoms, anger, impulsive aggression. Effects may be pronounced in males, patients with high levels of impulsive aggression.
Fluvoxamine	150-250 mg/d	Mild improvement in affective instability, not impulsivity.
Paroxetine	20-40 mg/d	Possible decrease in suicidality without significant effect on depression, though limited data.

**Table I.** Antidepressants demonstrating efficacy in borderline personality disorder. MAOI, monoamine oxidase inhibitor; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors

# Antipsychotiques

Medication	Dosing	Effects
<b>Classical neuroleptics</b>		
Fluphenazine decanoate; flupenthixol depot	Variable	Improvements in suicidality, self-injurious behavior. Requires regular injections, limited data on effectiveness.
Haloperidol	Mean doses 3-7.8 mg/d	Improvements in paranoia, anger, possibly anxiety/affective symptoms. Superior to tricyclic antidepressant but not MAOI. Possibly worsening overall status due to worsening sedation, depression, side-effects.
Loxapine	Mean dose 14.5 mg/d	Improvements in depression and anger (relative to chlorpromazine), but limited data.
Thiothixene	Variable	Improvements primarily in cognitive-perceptual symptoms, psychoticism, but limited data.
<b>Atypical antipsychotics</b>		
Aripiprazole	15 mg/d	Improvements in affective symptoms, aggression, paranoia, overall functioning
Olanzapine	2.5-10 mg/d	Improvements in affective instability, impulsivity, aggression, interpersonal sensitivity, and overall borderline personality disorder severity. High risk of weight gain, metabolic effects.

**Table II.** Antipsychotics demonstrating efficacy in borderline personality disorder. MAOI, monoamine oxidase inhibitor

# Stabilisateurs de l'humeur

Medication	Dosing	Effects
Carbamazepine	Therapeutic blood levels	Potential improvement in impulsivity, but also possible worsening in melancholic depression.
Divalproex sodium	Highest tolerated dose over 80 µg/mL	Improvements (primarily in patients with high impulsive aggression), in interpersonal sensitivity, irritability, and aggression.
Lamotrigine	Highest tolerated dose, target 200 mg/d	Improvements in anger, affective instability, impulsivity. Risk of potentially life-threatening rash.
Lithium carbonate	Therapeutic blood levels	Improvement in affective instability, possibly overall functioning, but limited data.
Topiramate	Target dose 200-250 mg/d	Improvements in anger, anxiety, interpersonal dysfunction, self-reported quality of life. Associated with weight loss.

**Table III.** Mood stabilizers demonstrating efficacy in borderline personality disorder.



REVIEW ARTICLE

---

Antipsychotics, Antidepressants, Anticonvulsants, and  
Placebo on the Symptom Dimensions of Borderline  
Personality Disorder

*A Meta-Analysis of Randomized Controlled and Open-Label Trials*

*Antonio Vita, MD, PhD,\*† Luca De Peri, MD,\* and Emilio Sacchetti, MD\*†‡*

# Antipsychotics, anticonvulsants and antidepressants

**TABLE 1.** Summary of Meta-Analyses of RCTs

Outcome	No. Studies	No. Patients/Controls	Effect Size (95% CI)	Effect Size <i>P</i>	Heterogeneity	
					<i>Q</i>	<i>P</i>
Affective Dysregulation						
Antipsychotics	4	227/234	-0.27 (-0.45 to -0.09)	0.004	0.85	ns
Anticonvulsants	6	98/66	-1.72 (-2.64 to -0.97)	<0.001	31.15	<0.001
Antidepressants	4	69/51	-0.62 (-0.99 to -0.26)	0.001	1.64	ns
Impulsive-Behavioral Dyscontrol						
Antipsychotics	5	127/127	-0.43 (-0.67 to -0.18)	0.001	2.84	ns
Anticonvulsants	5	89/81	-0.84 (-1.49 to -0.79)	0.011	12.94	0.012
Antidepressants	5	110/90	-0.11 (-0.39 to 0.16)	ns	7.87	ns
Cognitive-Perceptual						
Antipsychotics	6	137/124	-0.53 (-0.97 to -0.08)	0.020	15.45	0.009
Antidepressants	3	63/59	-0.01 (-0.36 to 0.33)	ns	1.21	ns

# Placebo effect

**TABLE 3.** Summary of Meta-Analyses of Placebo Effect in RCTs

Outcome	No. Studies	No. Subjects	Effect Size (95% CI)	Effect Size <i>P</i>	Heterogeneity	
					<i>Q</i>	<i>P</i>
Affective dysregulation	10	164	-0.59 (-0.75 to -0.43)	<0.001	13.13	ns
Impulsive-behavioral dyscontrol	12	237	-0.34 (-0.46 to -0.21)	<0.001	10.49	ns
Cognitive-perceptual	7	162	-0.33 (-0.49 to -0.18)	0.001	6.22	ns

**TABLE 2.** Summary of Early Discontinuation for All Reasons

RCTs	Relative Risk vs Placebo (CI)	<i>P</i>
Antipsychotics	1.16 (0.98–1.37)	ns
Anticonvulsants	0.84 (0.65–1.1)	ns
Antidepressants	1.05 (0.62–1.77)	ns

Open Studies	No. Dropouts	Event Rate (%)
Overall	87/409	24
Antipsychotics	60/271	26
Anticonvulsants	9/38	24
Antidepressants	18/100	18

Placebo	No. Dropouts	Event Rate (%)
	186/586	32

# Message à ramener à la maison

- La pharmacothérapie dans les troubles de personnalité viserait surtout à traiter les comorbidités.
- Mais son utilisation dans des cibles affectives, comportementales, ou cognitives semble montrer un certain intérêt, principalement dans le trouble borderline où ces traitements ont surtout été utilisés.

# Take Home message

- Processus suicidaire
- Prévention
- Stress
- Charge allostatique
- Nouvelles psychothérapies
- Psychologie positive
- Thérapies comportementale dialectique
- Thérapies basées sur la mentalisation
- Pharmacothérapie

# Merci pour votre attention

Prof. Martin Desseilles, MD, PhD

[martin.desseilles@unamur.be](mailto:martin.desseilles@unamur.be)

<http://www.MentalHealthSciences.com>



# Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention

## Future Directions

Gregory K. Brown, PhD, Shari Jager-Hyman, PhD

---

Psychotherapeutic interventions targeting suicidal thoughts and behaviors are essential for reducing suicide attempts and deaths by suicide. To determine whether specific psychotherapies are efficacious in preventing suicide and suicide-related behaviors, it is necessary to rigorously evaluate therapies using RCTs. To date, a number of RCTs have demonstrated efficacy for several interventions focused on preventing suicide attempts and reducing suicidal ideation. Although these studies have contributed greatly to the understanding of treatment for suicidal thoughts and behaviors, the extant literature is hampered by a number of gaps and methodologic limitations. Thus, further research employing increased methodologic rigor is needed to improve psychotherapeutic suicide prevention efforts. The aims of this paper are to briefly review the state of the science for psychotherapeutic interventions for suicide prevention, discuss gaps and methodologic limitations of the extant literature, and suggest next steps for improving future studies.

(Am J Prev Med 2014;47(3S2):S186–S194) © 2014 American Journal of Preventive Medicine

---

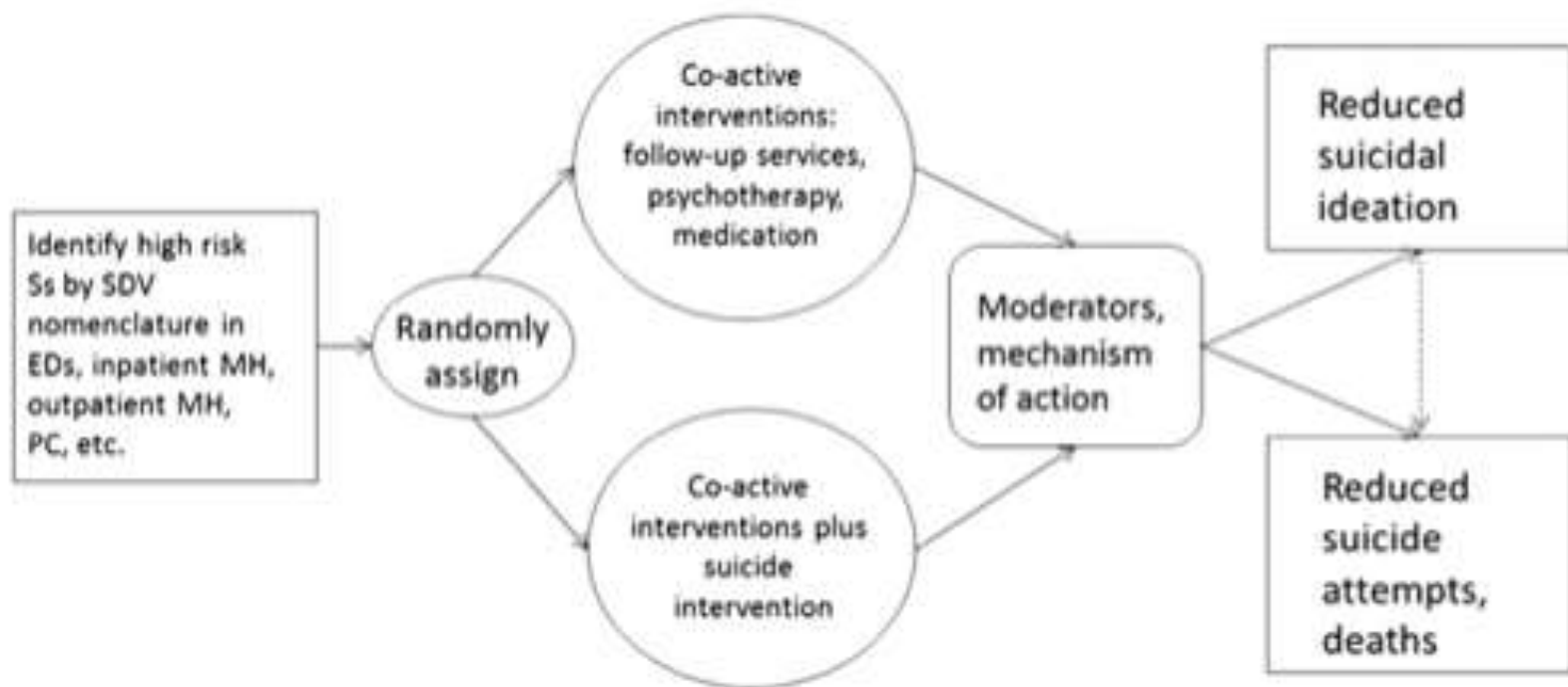
# Psychotherapies

- cognitive therapy for suicide prevention (CT-SP);
- cognitive–behavioral therapy (CBT);
- dialectical behavior therapy (DBT);
- problem- solving therapy (PST);
- mentalization-based treatment (MBT);
- and psychodynamic interpersonal therapy (PIT)
- have all evidenced positive effects for preventing suicide attempts or self-directed violence in adults.



# Limitations

- Suicide **attempts** vs death by suicide
- **Exclusion** of patients at imminent risk for suicide
- **Outpatient** settings vs acute care setting or inpatient units or crisis hotlines
- Need of **replication** trials
- **Methodological limitations**
  - lack of consensus about operationalized definitions; measure of suicidal ideation; need of detailed manual; studies are frequently unpowered; longitudinal studies with missing data; potential threats to external validity



**Figure 1.** Proposed step-by-step research pathway for conducting RCTs

ED, emergency department; MH, mental health; PC, primary care; SDV, self-directed violence; Ss, subjects

# A Review of Evidence-Based Follow-Up Care for Suicide Prevention

## Where Do We Go From Here?

Gregory K. Brown, PhD, Kelly L. Green, PhD

---

**Context:** Follow-up services are an important component of a comprehensive, national strategy for suicide prevention. Increasing our knowledge of effective follow-up care has been identified as an Aspirational Goal by The National Action Alliance for Suicide Prevention's Research Prioritization Task Force.

**Evidence acquisition:** Several recent comprehensive reviews informed the selection of studies included in this brief review. Studies of follow-up services that reported significant effects for the outcomes of death by suicide, suicide attempts, or suicidal ideation were included.

**Evidence synthesis:** Although there is a paucity of research in this area, promising paradigms that have demonstrated effectiveness in preventing suicide and suicide attempts and reducing suicidal ideation will be discussed. The major limitations of the literature in this area include numerous methodological flaws in the design and analyses of such studies and the lack of replication of studies with positive findings.

**Conclusions:** This paper identifies several breakthroughs that would be helpful for advancing this area of research and describes a comprehensive research pathway for achieving both short- and long-term research objectives.

(Am J Prev Med 2014;47(3S2):S209–S215) © 2014 American Journal of Preventive Medicine

---

# Psychotherapy with Suicidal People: The Commonalities

Antoon A. Leenaars

*This review article outlines the research basis for an effective approach to psychotherapy with suicidal people. It answers the question, “Is psychotherapy effective with suicidal people?” Based on the notable historical publications and the most recent (Lambert, 2004), it is shown that psychotherapy works, largely because there are commonalities (i.e., common factors) that may be the overriding important factor in all forms of psychotherapy. The therapeutic relationship is primary; this and other common factors are illustrated with suicidal people. Patient qualities, therapist qualities, and a multi-modal or multi-component approach are reviewed. On an empirical basis, it is concluded that one has to be person-centered (or patient centered): You have to know whom you are treating.*

**Keywords** common factors, evidence-based, multi-modal, person-centered, psychotherapy, suicide, therapeutic, relationship