

Université de Genève

FACULTE DE MEDECINE

Section de *médecine Clinique*
Département de psychiatrie
Service d'accueil, d'urgences et de liaison
psychiatriques

Thèse préparée sous la direction du Professeur Antonio Andreoli

**« PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE A DUREE LIMITEE (3 MOIS) DES
PATIENTS BORDERLINE AVEC TENTATIVE DE SUICIDE : UNE ETUDE PILOTE »**

Thèse
présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Daphné MAIRE

De Pont-de-Martel, Neuchâtel

Thèse n° 10482

Genève

2006

Table des matières

Résumé	p. 2
1. Introduction	p. 3
2. Psychothérapie psychanalytique à durée limitée	p. 8
3. Méthodes	p.12
4. Résultats	p. 14
5. Discussion	p.18
6. Conclusion	p.20
7. Bibliographie	p.21

Résumé de la thèse

Objectif général. Cette étude a pour objectif d'investiguer la faisabilité et l'issue clinique d'une nouvelle méthode de psychothérapie psychanalytique à durée limitée s'adressant à des patients présentant une crise suicidaire et un trouble de la personnalité borderline.

Importance. La tentative de suicide est fréquente (4,3 à 4,7% de la population générale) et la présence de trouble de la personnalité borderline péjore l'issue psychosociale et s'accompagne de plus de répétitions suicidaires chez les sujets qui ont commis des actes auto dommageables avec l'intention de mourir. L'étude des événements de vie a montré que le désir de mort est très souvent associé à une déception amoureuse et cela tout spécialement chez les sujets borderline car ces derniers manifestent une intolérance à l'abandon et des troubles marqués des processus d'attachement. De nombreux travaux suggèrent que la psychothérapie psychanalytique pourrait influencer positivement la réaction pathologique à la perte chez ce type de sujets.

Méthode. Il s'agit d'une étude prospective observationnelle de 23 sujets consentants avec tentative de suicide et trouble de la personnalité borderline. Le traitement étudié est constitué d'une combinaison de psychothérapie psychanalytique, centrée sur le dégagement d'une rupture amoureuse et la facilitation du processus de deuil, et d'un protocole antidépresseur SSRI.

Résultats. Le traitement ambulatoire avec la méthode préconisée a comporté un nombre très limité de drop-outs et d'hospitalisation. Les patients investigués présentaient un faible taux de répétitions suicidaires et une amélioration très marquée à la fin du traitement. Enfin, ce traitement était associé à une faible consommation de services additionnels et avait donc des coûts de gestion limités.

Discussion. La méthode étudiée est faisable et ses résultats sont prometteurs en regard des données publiées dans la littérature. De nouvelles études devraient investiguer l'efficacité et le caractère économique de la psychothérapie psychanalytique brève des patients borderline dans le cadre d'essais cliniques contrôlés.

Mots-clés : psychothérapie psychanalytique, trouble de personnalité borderline, tentative de suicide, événements de vie, processus de deuil, coûts de la santé.

Psychothérapie psychanalytique à durée limitée (trois mois) des patients borderline avec tentative de suicide : une étude pilote

1. Introduction

1.1 Importance de la tentative de suicide pour les politiques de soins

La prévalence pour la durée de vie de la tentative de suicide est élevée. Aux Etats Unis, le National comorbidity study (Kessler et al, 1999) et le Catchment area study (Moscicki et al, 1988) ont rapporté, respectivement, des taux de 4,6 et 4,3 %. Ces données sont très proches des observations effectuées dans le cadre de l'Australian mental health classification and service cost study (4,7%). Avec une définition plus étroite (parasuicide) incluant l'admission dans un service d'urgences médicales de l'hôpital général, l'étude OMS Europe (Kerkhof et al., 1994) a rapporté des taux qui se situent entre 0,07 et 0,5% selon le bassin de recrutement considéré.

La fréquence élevée des tentatives de suicide dans la population générale et dans les populations des services d'urgence médicale apparaît d'autant plus significative si on tient compte du fait que ces patients constituent un poids très important pour les hôpitaux et les services psychiatriques, mais aussi pour les médecins en pratique privée. La survenue d'une tentative de suicide est associée à une augmentation significative des coûts de la santé et des nombres de jours d'hospitalisation dans l'année suivante, la répétition du geste autodommageable étant très fréquente (20-50%) et à une surconsommation/prescription de soins par crainte de cette même répétition (Hawton et van Heeringen, 2000). Les cliniciens connaissent bien les conséquences dramatiques de ce phénomène sur le patient et son entourage mais aussi la difficulté du choix thérapeutique en présence d'un événement qui ne manque jamais de soulever, en raison des risques associés, des questions éthiques et cliniques très complexes.

1.2 Particularités cliniques des tentatives de suicide pouvant constituer une cible élective pour le traitement psychiatrique

Un nombre important d'études a investigué, au cours des dernières années, les spécificités cliniques des patients ayant commis une tentative de suicide et leur mode d'évolution (pour revue, voir: Kerkhof, 2000). Ces travaux ont permis de mieux définir les objectifs et les priorités de la thérapie de ces sujets. Les données genevoises (Ohlendorf et al., in press) indiquent, en particulier, que dans une population de sujets remplissant les critères pour para suicide (hospitalisation aux urgences pour geste autodommageable quelle que soit la gravité de l'idéation suicidaire) quatre typologies cliniques peuvent être distinguées (voir figure no 1): une faible minorité des sujets présente des troubles psychiatriques majeurs évoluant au long cours (trouble psychotique, troubles de l'humeur) et nécessite des hospitalisations classiques suivies d'un traitement intégré et de très longue durée. Une faible minorité de sujets ne présente pas de troubles psychiatriques et devrait faire l'objet de simples mesures psychosociales. Une troisième catégorie présente des troubles mineurs pouvant faire l'objet d'un traitement ambulatoire immédiat et non spécifique. Enfin un quatrième groupe, le plus important par sa taille, présente une association

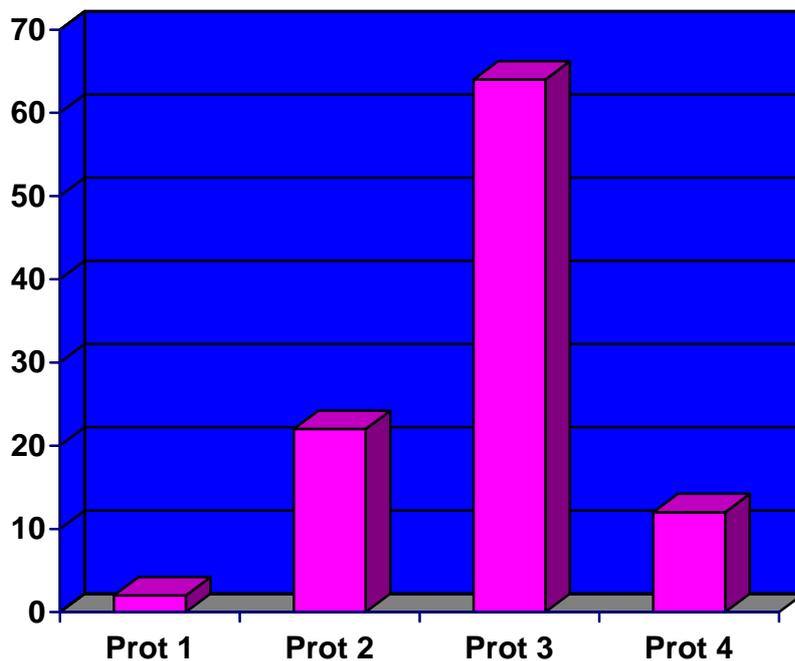
de dépression majeure et trouble grave de la personnalité, généralement de type borderline. Ces patients constituent, par leur nombre, le principal défi pour les politiques de soins. D'autre part, ils présentent également un maximum de risque de rechute (Maire et al., 2006) et nécessitent un traitement spécifique (APA, 2004).

A une plus large échelle, la méta-analyse de Birks et al. (2006) a mis en exergue des études récentes sur le traitement des patients souffrant de trouble de la personnalité borderline, en comparant la médication psychotrope (antidépresseur, antipsychotique, stabilisateur de l'humeur) et tout autre type d'intervention thérapeutique soulignant que certains antidépresseurs (en particulier la Fluoxétine) pourraient avoir un effet positif sur certaines caractéristiques de la personnalité borderline.

La présence des troubles de l'humeur de type dépressif suggère la nécessité d'un traitement antidépresseur. La gravité de la dépression, et son lien avec l'idéation suicidaire, ne sont pas, cependant, les seuls facteurs en jeu dans l'issue clinique et la réponse au traitement de ces patients. En effet, le traitement pharmacologique n'influence pas la répétition suicidaire (APA, 2004), la dérégulation affective et l'impulsivité ayant, chez ces patients, un lien plus fort avec l'issue clinique que la gravité de la dépression stricto sensu (Linehan, 1993). Ces traits de caractère sont en effet caractéristiques du prototype diagnostique du trouble de la personnalité borderline, une condition très souvent associée à la tentative de suicide ou à la dépression et qui est un facteur très important dans l'évolution vers la répétition du geste auto-dommageable. Clarkin, Yeomans, Kernberg et al. (1999) ont mis l'accent sur le fonctionnement mental pathologique de ces patients, les conflits et les défenses mentales pathologiques qui les caractérisent (Kernberg et al, 1989, Clarkin et al., 2003). Toujours sur le plan du fonctionnement mental et de la personnalité, on a également souligné l'intolérance à l'abandon et à la séparation, mais aussi la confusion d'identité et les relations affectives chaotiques des patients borderline et l'importance de ces facteurs dans la genèse de la tentative de suicide (Gunderson et Waldinger, 1987; Gunderson et Hoffmann, 2005).

Un autre point important est en rapport avec la présence d'évènements de vie pouvant déclencher des modalités de réaction au stress non adaptées, en particulier chez des patients dont le style émotionnel est déformé de façon plus ou moins stable. Yen et al. (2005) ont indiqué que la présence de ruptures sentimentales est très significativement supérieure à l'attendu chez les sujets avec tentative de suicide, ce qui rejoint les études indiquant que nombre de ces sujets ont une sensibilité pathologique à l'abandon. Une étude de notre groupe (Frambati et al., 2006) a montré que plus de deux tiers des sujets hospitalisés au Centre d'accueil et d'urgences avec abus de médicaments souffrent d'une déception amoureuse au moment du passage à l'acte.

Fig. 1
Prototypes cliniques des patients avec tentative de suicide aux urgences



1.3 Importance de la psychothérapie chez les patients avec tentative de suicide et trouble de la personnalité borderline

Suite aux observations susmentionnées, un effort important de recherche a porté, au cours des dernières années, sur la mise au point de nouvelles formes d'intervention psychothérapeutique et leur évaluation chez les patients suicidaires avec trouble de la personnalité borderline. Ces études ont donné des résultats encourageants (Kerkhof, 2000 ; APA, 2004) chez des sujets présentant une crise suicidaire ou hospitalisés pour une tentative de suicide. M. Linehan a montré (1991, 1994) que la thérapie comportementale-dialectique, une psychothérapie basée sur l'élaboration des distorsions logiques, cognitives et interactionnelles caractérisant l'instabilité affective et l'impulsivité pathologique de ces sujets, peut diminuer la répétition des gestes suicidaires, réduire le nombre d'hospitalisations et améliorer le fonctionnement global et l'adaptation sociale. Ce traitement a l'avantage d'être bien défini (manuel : Dialectic behavior therapy, Linehan, 1993) et a été largement

appliqué depuis, mais une partie seulement de ses résultats ont été confirmés par leur application dans d'autres centres (Verheul et al, 2003). D'autres auteurs ont mis au point des formes d'intervention psychothérapeutique d'orientation psychanalytique. Bateman et Fonagy (2004) ont développé une forme d'intervention basée sur l'aide aux processus de mentalisation mais ont aussi conduit une large étude randomisée indiquant qu'un traitement de jour de type psychanalytique diminue la répétition des gestes suicidaires et auto-agressifs mais également les jours d'hospitalisation et améliore l'issue clinique chez des patients avec idéation/crise suicidaire (Bateman et Fonagy, 2001). A l'instar de Linehan et coll., le traitement psychiatrique habituel était la condition contrôle.

D'autres psychothérapies analytiques pour patients borderline ont montré des effets sur la rechute suicidaire : il s'agit de la psychothérapie centrée sur le transfert développée par Clarkin, Kernberg, Yeomans et al. (1999) et le traitement d'exploration/soutien psychodynamique centré sur l'angoisse de séparation de Gunderson et Waldinger (1989). Toutefois ces traitements, comme la psychothérapie de mentalisation de Bateman, n'ont pas été appliqués aux patients qui se rencontrent aux urgences.

En conclusion, la tentative de suicide et ses retombées cliniques, sociales et économiques posent un problème important de santé. Une majorité de ces patients souffre de dépression mais seule la psychothérapie, sous différentes formes, s'est montrée capable d'influencer positivement le comportement suicidaire, le besoin d'hospitalisation et les coûts de traitement (APA, 2001). Ces observations indiquent que le développement de formes nouvelles et plus efficaces d'intervention psychothérapeutique constitue un défi significatif sur le plan clinique et scientifique. D'autre part, ces données indiquent que la comorbidité dépression-trouble de la personnalité, et plus en particulier dépression-trouble de la personnalité borderline, est un facteur à la fois dans l'issue clinique et la réponse à la psychothérapie chez le patient suicidant. Par sa fréquence et son impact clinique, cette association constitue une priorité pour les études de validation de l'effet de la psychothérapie du sujet suicidant.

1.4 Argument pour le développement d'une forme de psychothérapie psychanalytique à durée limitée pour les patients suicidants avec trouble de la personnalité borderline

Un format de traitement idéal devrait comporter une formule thérapeutique combinée associant le traitement pharmacologique du trouble de l'humeur et la psychothérapie du trouble de la personnalité (APA, 2001). Une étude antérieure de notre groupe a montré qu'une psychothérapie relativement simple et brève peut obtenir des résultats tangibles chez des sujets dépressifs avec idéation suicidaire et trouble de la personnalité. En effet une forme de psychothérapie psychodynamique de la durée de 2 mois, qui faisait appel à différents ingrédients thérapeutiques dont le soutien, l'expression émotionnelle, l'insight et un focus sur les conflits sentimentaux et relationnels était supérieure à une intervention de soutien non spécifique chez des sujets ayant les caractéristiques susmentionnées et recevant par ailleurs une médication antidépressive adéquate (Burnand et al., 2004). Une analyse successive a montré que les effets observés en faveur de la psychothérapie psychanalytique

étaient plus marqués dans le sous-groupe de sujets avec trouble de personnalité borderline. D'autres arguments en faveur d'un traitement limité dans le temps sont en rapport avec l'observation qu'une nette majorité de sujets avec tentative de suicide et trouble borderline s'améliore assez rapidement dans le temps (Gunderson et Hoffman, 2005) ou présente un maximum de risque de rupture de traitement, non observance ou répétition/hospitalisation pendant les premiers mois après la sortie des urgences (Burnand et al., 2005).

1.5 Hypothèses et Objectifs de l'étude

Sur la base de ces considérations, nous avons modifié la technique déjà utilisée dans l'étude de Burnand et al. (2002) en y ajoutant un module visant à faciliter le processus de deuil/détachement/désinvestissement au cours de la crise. Ensuite, nous avons planifié une étude naturaliste pilote qui avait l'objectif d'investiguer la faisabilité et les résultats à bref terme (3 mois) de la psychothérapie analytique centrée sur le processus de deuil et la réaction traumatique à l'abandon chez des sujets borderline avec crise suicidaire.

Dans cette étude, nous nous sommes particulièrement intéressé au groupe de patients (voir plus haut) présentant une pathologie complexe associant trouble de la personnalité et dépression majeure, car ce groupe de patients est majoritaire parmi les sujets hospitalisés aux urgences et pose de graves problèmes de prise en charge.

Les hypothèses à tester étaient : a) des patients peuvent être suivis en traitement ambulatoire associant la dite forme de psychothérapie et la médication antidépressive, avec un faible risque de rupture de traitement, de répétition et d'hospitalisation, et b) le dit suivi est associé à une amélioration significative notamment sur le plan de la crise dépressive, de la suicidalité et du fonctionnement psychosocial.

2. Psychothérapie psychanalytique à durée limitée pour patients dépressifs avec trouble de la personnalité borderline et parasuicide

2.1 Résumé du manuel

Bases psychodynamiques de la méthode

Alors que d'autres traitements psychothérapeutiques visent le modelage de nouvelles formes de contrôle affectif, la présente méthode met l'accent sur la facilitation du processus de séparation du partenaire conflictuel. Les mécanismes à travers lesquels la psychothérapie psychanalytique agit sur le processus de deuil pathologique a été décrite en détail dans d'autres travaux qui nous ont servi de référence (Horowitz, 1984 ; Andreoli, 2001, 2003).

En bref, notre méthode s'adresse au deuil de la rupture amoureuse via :

- a) l'explicitation des liens entre les difficultés actuelles et des processus d'idéalisation pathologiques qui résultent d'expériences infantiles spécifiques entraînant une vulnérabilité à la « maladie d'amour » (voir plus loin)
- b) le soutien des difficultés de mentalisation qui sont au centre de la crise émotionnelle et résultent, chez le patient borderline, d'un profond désordre des processus d'attachement infantiles.

Comme nous l'avons déjà souligné, le traitement vise davantage à dégager (working-out) le sujet de la situation de crise dans laquelle il se débat qu' à changer son trouble de personnalité (working-through) ou la structure de ses modes de réaction au stress émotionnel (restructuration cognitive).

Spécifiquement, nous avons assuré que l'intolérance à l'abandon du patient borderline est une réaction traumatique différée, surgissant lorsque l'idéalisation amoureuse fraye le chemin d'une expérience dissociative désarçonnante et plonge ainsi le patient et sa crise émotionnelle dans un état de deuil pathologique insurmontable.

Focus principal. En conséquence, l'approche décrite par Burnand et al. (2002) a été modifiée en plaçant le focus sur les relations entre le désir de mort et la déception amoureuse. Cette dernière est étroitement associée à des processus d'idéalisation pathologique qui entraînent un choix pathologique de partenaire (choix inconscient d'un objet d'amour semblable au parent décevant) et correspondent à la vaine tentative d'obtenir une réparation illusoire. En d'autres mots, la vie amoureuse adulte de ces patients est mise compulsivement au service d'une tentative de transformer l'objet de la déception infantile en le parent idéal qui avait été fantasmé et érotisé en secret pendant l'enfance. Le but principal du traitement est de dégager le patient de cette reviviscence traumatique et de son cortège de sentiments d'effroi et détresse précipitant le deuil dans l'angoisse et l'impasse.

Technique. La technique utilisée était de type exploratoire/expressif avec interprétation ponctuelle du transfert à la fois pour maintenir le cadre de la relation lorsque le patient ne supporte plus le lien thérapeutique et pour mieux élaborer la vulnérabilité au sentiment de solitude, de perte, de ne pas être aimé.

Les **ingrédients efficaces** du traitement psychothérapeutique étaient : l'aide active à la structuration de la relation thérapeutique, l'empathie affective et narcissique dans l'exploration de l'expérience spécifique du patient borderline face à l'abandon, l'expression émotionnelle, l'insight et la prise de conscience des difficultés relationnelles répétitives, la confrontation et l'exploration de la vulnérabilité à la perte via la relation de transfert, l'interprétation du conflit et le dégageant de la relation pathologique avec l'Idéal, la facilitation du processus de deuil et de l'investissement de nouvelles relations.

Les **interventions thérapeutiques** consistaient, en succession :

- désignation du traitement de psychothérapie comme tel,
- négociation du contrat thérapeutique,
- établir le cadre de la relation,
- faciliter la catharsis via l'écoute empathique et la reconnaissance des sentiments de détresse,
- focalisation sur l'anxiété de séparation actuelle et l'expérience de frustration associée,
- axer l'insight sur le conflit actuel entre la notion de déplaisir lié à l'attitude frustrante des partenaires des relations passées et le sentiment de désespoir d'avoir perdu à jamais quelque chose d'unique,
- passage en revue des relations interpersonnelles insatisfaisantes en insistant sur la tentative de faire changer le partenaire frustrant en lien avec des attentes idéalisées,
- focalisation sur le style d'attachement répété inadapté et ses sources dans des relations infantiles de détresse, négligence et abus, sur l'attente de réparation de relations insatisfaisantes avec les parents et la construction d'objets internes de remplacement très idéalisés,
- explicitation du conflit entre les besoins subjectifs spécifiques de l'adulte et les attentes infantiles idéalisées,
- clarification et dégageant (working out) de l'expérience de désespoir et de persécution lié à la perte et le désamour de l'objet via le soutien actif mais aussi l'interprétation du transfert (relation de soumission à une image inconsciente persécutoire et écrasante du thérapeute),
- dégageant (working out) via l'expérience dans l'ici et maintenant de la valeur personnelle de soi et des propres sentiments, besoins et attentes d'expériences de vie valables et gratifiantes,
- valorisation des sentiments et expériences positives associés avec la fin d'une relation frustrante,
- mise en exergue du conflit entre le besoin de répéter des efforts inutiles de réparation du passé et le besoin d'une vie adulte plus heureuse,
- valorisation de l'investissement de liens affectifs et situations interpersonnelles (travail, loisirs etc.) plus gratifiants et l'aide active à surmonter les difficultés de la vie qui s'opposent à cette réalisation.

Etapes de la psychothérapie (processus)

En succession, il s'agissait de : processus d'alliance, l'acquisition d'un insight sur les tendances à développer des modalités d'attachement maladaptés, la compréhension des liens entre le dysfonctionnement présent et les difficultés avec les parents dans l'enfance, la compréhension ici et maintenant du rôle de l'idéalisation inconsciente des parents dans les échecs de la vie affective, l'acquisition d'une certaine capacité de se confronter à l'image du non-amour, le dégageant de l'emprise de la relation amoureuse pathologique et de ses sources inconscientes, le concernement pour le

déplaisir de la situation actuelle et le manque de sources valable d'amour, de satisfaction et de soutien, le processus de deuil permettant l'investissement de nouveaux objets.

Psychothérapeutes

Les psychothérapeutes qui sont intervenus étaient des médecins ou des psychologues qui avaient tous une formation psychanalytique (psychanalyse personnelle, au moins 300 heures de supervision en psychothérapie psychanalytique par des psychanalystes confirmés). Les psychothérapeutes étaient au nombre de 5.

Supervision

Une supervision régulière en groupe (deux séances par mois en moyenne) par un psychanalyste didacticien a été pourvue.

2.2 Illustration clinique

Il s'agit d'une femme de 27 ans d'origine sud-américaine, sans antécédent psychiatrique majeur. Son admission au service d'urgence a été motivée par une tentative de suicide médicamenteuse ainsi qu'une veinosection au poignet lors d'une rupture amoureuse. Elle entretenait une relation intime avec un homme de son âge depuis environ une année et avait des projets de mariage avec lui ainsi que de fonder une famille. Le motif de cet abus de médicaments et de cet acte parasuicidaire était de se donner la mort car la vie sans cet homme lui paraissait impossible et sans intérêt. En effet, elle ne supportait pas la décision de celui-ci de vouloir mettre fin à la relation et de devoir également quitter son domicile où elle logeait depuis quelques mois.

Son hospitalisation aux urgences s'est poursuivie d'une admission dans un service de crise lors duquel les évaluations cliniques effectuées ont mis en évidence un trouble dépressif majeur et des critères d'un trouble de la personnalité borderline.

Au début de son hospitalisation, le contact avec elle a été difficile à établir, elle s'est montrée plutôt réticente aux soins, se plaignant de céphalées et souhaitant seulement que son ami revienne sur sa décision de rupture. Elle a été entourée de ses amis et connaissances qui l'ont aidée d'un point de vue pratique (logement) et encouragée à suivre un traitement.

Elle a été incluse dans l'étude et en a accepté et compris le principe. La médication antidépressive a été débutée et prescrite par un psychiatre du service.

Le traitement de psychothérapie à durée limitée a débuté dès sa sortie de l'hôpital et s'est déroulé comme suit :

a) Processus d'alliance et établissement de la relation thérapeutique:

L'établissement de la relation thérapeutique a été rapidement possible sans doute lié à une attente magique de la part de la patiente dès le début du traitement, notamment que grâce à celui-ci elle parvienne à faire revenir son ami auprès d'elle. Le rythme des séances de 2x/semaine lui a été proposé et elle l'a accepté sans problème, demandant même davantage de séances.

b) Exploration du conflit interpersonnel actuel et du type d'attachement :

Elle a spontanément retracé l'histoire de sa relation amoureuse avec cet homme et mettant l'accent sur les éléments qui l'avaient séduite et attirée vers lui (elle le décrivait comme merveilleux) et ce qui avait été conflictuel avec lui à la fin de la relation. Elle s'exprimait très volontiers et avec une grande nostalgie sur ce sujet,

dans un discours très vivant et empreint d'espoir de le retrouver. Elle avait par ailleurs toujours des contacts par messages avec lui, particulièrement ambigus et qui la faisaient à chaque fois vivre un abandon et un rejet très forts lorsqu'elle se rendait compte que les messages n'avaient pour lui qu'une valeur informative. Elle souhaitait beaucoup le revoir mais il le refusait. Elle décrivait son sentiment de solitude, de tristesse de l'avoir perdu et l'impression que rien dans sa vie ne serait jamais valable. Elle pensait que s'il l'avait quittée c'était par sa faute et qu'elle avait sûrement été insuffisante et qu'elle pourrait faire quelque chose pour réparer cette faille. Dans cette 1^{ère} période du traitement, elle a été conduite aux urgences par une connaissance car elle émettait des idées suicidaires claires. Son état s'est amendé en moins de 24 heures et elle n'a pas nécessité de nouvelle hospitalisation.

c) Investigation des expériences passées d'abandon et de désespoir notamment avec les parents :

A la fin du 1^{er} mois du traitement, elle fit elle-même le lien avec la relation avec son père, un homme auquel elle s'était beaucoup attachée enfant, passant d'agréables moments tous les deux, et qui l'avait déçue par la suite en se révélant menteur et violent. Elle évoqua aussi la relation avec sa mère, elle-même dépressive depuis que son mari l'avait quittée et peu à l'écoute de la patiente. Elle parla de son sentiment de ne pas être comprise en général et d'avoir perdu le peu d'affection qu'elle avait pu trouver après avoir quitté son pays lorsque son ami l'avait rejetée.

d) Compréhension de l'idéalisation inconsciente :

Elle souhaita revoir son ami, rencontre qui se solda par un échec cuisant car celui-ci se montra odieux et très dur avec elle. Après cette visite, elle eut à nouveau des idées suicidaires et l'impression que le traitement était inutile pour elle car il ne lui rendait pas ce qu'elle désirait. Cependant, elle put peu à peu remarquer l'aspect cruel et non-aimant de son ami et exprimer à son égard de la colère et moins de regrets. Elle a pu accepter qu'une partie de son attachement à lui avait pu être en lien avec ce côté rejetant qui contrastait avec tout ce qu'elle avait pu aimer en lui. Le rapprochement avec l'attachement infantile à son père put lui être interprété et elle se sentit moins coupable de ses choix amoureux insatisfaisants. Elle reconnût que son ex-ami avait vraiment été méchant avec elle par moments et que son amour pour lui avait été teinté d'une forte idéalisation par laquelle tout cet aspect odieux avait été comme masqué.

e) Acquisition de la capacité à se confronter à l'image du non-amour et dégageant de l'emprise amoureuse pathologique :

Dans la relation de transfert, son attente magique envers le thérapeute et tout à la fois sa méfiance ainsi que son sentiment de ne jamais être comprise lui ont été énoncés, provoquant chez elle un soulagement et une complicité nouvelle. Au milieu du traitement, elle commença à rencontrer de nouvelles personnes qui s'intéressaient à elle. Elle se disait incapable de se lier à quelqu'un à ce moment-là, surtout par crainte d'être déçue et abandonnée à nouveau. Elle comparait toujours les personnes rencontrées à son ex-ami et le trouvait supérieur en tous points. Elle disait penser souvent à lui et avoir envie de lui écrire des messages, que son odeur lui manquait, mais finalement arrivait à s'en empêcher. Elle se décrivait comme très méfiante envers les hommes. A ce moment, elle trouva aussi un petit emploi temporaire.

f) Concernement pour le déplaisir de la situation actuelle et reconnaissance de ses propres besoins :

Elle raconta divers moments pénibles vécus avec son ex-ami, où il n'avait pas été soutenant et même parfois rejetant avec elle et qu'elle avait un peu oubliés.

Tout en relatant les sentiments éprouvés envers ses nouveaux amis, elle demandait au thérapeute de l'aider à choisir quel homme serait le bon pour elle et en qui elle pourrait faire confiance, comme si elle n'avait pas en elle-même la faculté de reconnaître ce qui lui convenait et quels puissent être ses besoins affectifs. Ceci lui fut retransmis et elle reconnût qu'elle avait eu tendance à attendre des autres qu'ils lui dictent la conduite à suivre, tout d'abord ses parents, puis ses amis ou amoureux. Questionnée sur quels seraient ses désirs et ses besoins dans une relation amoureuse, elle restait hésitante et empruntée. Elle exprimait sa crainte d'être déçue à nouveau à l'avenir dans une nouvelle relation et ne plus savoir comment s'y prendre.

g) Processus de deuil et capacité d'investir de nouvelles personnes valables :

A la fin du traitement, la patiente se sentait encore fragile et inquiète de son avenir mais plus claire par rapport à ce qui lui était arrivé et certainement moins coupable de l'échec de sa relation. Elle avait noué des liens amicaux avec plusieurs amis qui se montraient attentifs à elle et qui semblaient dignes de confiance, tout en se questionnant sur lequel elle devait choisir comme compagnon. Elle put accepter voire apprécier que le thérapeute réagisse en lui proposant qu'il n'y avait pas d'homme idéal à trouver mais que c'était vers ses besoins à elle qu'elle devrait se pencher en premier lieu. En toute fin de traitement, elle résuma son histoire en disant que son ami avait été décevant depuis le début mais qu'elle avait cru qu'il allait changer.

3. Méthodes

3.1 Plan de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective des résultats de traitement. Des sujets consécutifs ont été orientés vers une combinaison de traitements antidépresseur et psychothérapie psychanalytique à durée limitée. Des évaluations cliniques et psychosociales ont été effectuées à l'entrée dans l'étude et 3 mois plus tard.

3.2 Sujets

Les sujets étaient sélectionnés parmi la clientèle d'un service d'urgence à partir des critères d'inclusion suivants: un âge compris entre 18 et 66 ans, la présence des critères de gravité pour dépression majeure, avoir rempli les critères DSM-IV pour trouble de la personnalité borderline sans égard avec la durée de la symptomatologie clinique, une gravité d'idéation suicidaire de 4 ou plus à l'item correspondant de l'échelle de Montgomery Asberg et/ou un abus médicamenteux actuel, l'acceptation de donner son consentement informé. Les critères d'exclusion étaient : présence d'un trouble bipolaire, de symptômes psychotiques, d'une dépendance grave aux substances psychoactives, un retard mental, un trouble organique, une intolérance passée à la médication antidépressive et une mauvaise maîtrise de la langue française.

3.3 Traitement

3.3.1 Protocole de la médication antidépressive

La médication antidépressive a été choisie selon les critères des conférences de consensus (APA,2000; ANAES,2002): un antidépresseur sérotoninergique (venlafaxine 150 mg pro die). Ils étaient plus souvent prescrits par le même psychiatre qui conduisait la psychothérapie.

3.3.2 Psychothérapie psychanalytique à durée limitée pour patients dépressifs avec trouble de la personnalité borderline et parasuicide

Voir point 2.

3.3.3 Programme de gestion du risque

Une possibilité d'appel 24h/24h a permis d'établir avec le patient un contrat d'appel en cas d'impulsion suicidaire. Une large palette de prestations (appel téléphonique, consultation d'urgence, soutien de jour ou hospitalisation de nuit) étaient rendus possible par l'implication de l'équipe d'urgence psychiatrique du Centre d'Accueil et d'Urgences dans la gestion du risque suicidaire.

3.4 Evaluations

Les évaluations ont été conduites à l'entrée dans l'étude et à la fin du traitement par un psychiatre indépendant (DM) avec une batterie d'instruments cliniques standardisés (Critères DSM-IV pour dépression et trouble de la personnalité borderline, Global assessment scale, GAS ; Health Sickness Rating Scale, HSRS : version abrégée, Andreoli et al., 1989) ; adaptation au travail et jours de travail perdus pour congé maladie, consommation de services (hospitalisation, prise en charge aux urgences, répétitions suicidaires). L'évaluateur avait participé à plusieurs séances d'entraînement lui ayant permis d'atteindre une bonne baseline de fidélité interjuges.

3.5 Analyse des données

Les données ont été entrées avec numéro de code et analysées avec un package statistique Systat 8.0. Après avoir calculé les statistiques de base aux deux occurrences de l'étude (entrée et 3 mois plus tard), nous avons analysé les changements dans le temps avec des coefficients adaptés aux caractéristiques métriques des données.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des sujets étudiés

Données socio-démographiques

Nos sujets étaient (voir tableau no 1) 23 adultes recouvrant une large fourchette d'âge (18-66), (35.1, écart type 14.2). Plus des deux tiers (69,6%) étaient des femmes. En ce qui concerne leur état civil et la position sociale, ces patients étaient en majorité célibataires (60,9%) et quatre sur cinq appartenaient à la classe sociale moyenne ou moyenne haute. Enfin, une écrasante majorité (85,7%) avaient un emploi et étaient donc actifs sur le marché du travail au début du traitement.

Tab. 1
Caractéristiques des sujets étudiés

	(n=23)				
	Moyenne	ET	Fourchette	Médiane	%
Age	35.1	14.2	18-66	33	-
Sexe (f)	-	-	-	-	69.6
Etat civil: célibataire	-	-	-	-	60.9
Classe sociale (moyenne + moyenne haute (*))	-	-	-	-	78.3
Actif sur marché du travail	-	-	-	-	85.7
Durée EDM (mois)	3.2	3.5	0.15-12	2	-
Trouble dépressif majeur passé	-	-	-	-	72.2
Nombre de critères borderline (DSM-IV)	6.5	1.2	5-9	6	-

(*) Classe moyenne + moyenne haute (II et III) de la classification de New Haven (Hollingshead, A.B. et Redlich, F.L. *Social Classes and mental illness*, 1958, John Wiley and sons, N.Y.)

EDM: Etat dépressif majeur

Caractéristiques du trouble de l'humeur

Tous les sujets remplissaient les critères pour trouble dépressif majeur à l'entrée dans l'étude, avec un nombre moyen de 6.2 critères définitoires du prototype correspondant DSM-IV (voir tableau no 2). Comme il est indiqué dans le tableau no 1, l'épisode dépressif durait depuis environ 3 mois (3.2, ET 3.5), une large majorité des sujets avaient déjà présenté au moins un syndrome dépressif majeur passé (72.2%) et environ la moitié (52.9%) remplissait les critères pour dépression récurrente. En ce qui concerne la gravité des symptômes dépressifs, le tableau no 2 montre qu'il s'agissait généralement de dépressions graves. Les sujets avaient

également des scores d'anxiété relativement élevés à l'échelle d'Hamilton pour l'anxiété (ibidem), ce qui est en accord avec la situation de crise émotionnelle qu'ils étaient en train de vivre.

Tab. 2

**Issue clinique du trouble dépressif 3 mois plus tard:
ANOVA pour mesures répétées**

(n=23)

	T0			T3			F	P
	Moyenne	ET	%	Moyenne	ET	%		
GAS	38.2	8.0	-	67.0	6.8	-	302.6	< 0.0001
EDM présence	-	-	100	-	-	21	^{a)} 8.17	< 0.005
Nombre de critères EDM	6.2	0.9	-	1.6	1.9	-	275.3	< 0.0001
HDRS	24.3	2.6	-	7.3	5.7	-	254.7	< 0.0001
HAS	18.0	4.5	-	7.8	4.4	-	128.6	< 0.0001

GAS: Global Assessment Scale (échelle générale de fonctionnement); HDRS: Echelle de dépression de Hamilton;

HAS: Echelle de l'anxiété de Hamilton; EDM: Etat dépressif majeur; T0= Entrée dans l'étude; T3= à 3 mois;

^{a)} *Ch² à 1 échantillon*

Trouble de la personnalité borderline

La totalité des sujets présentait un diagnostic DSM-IV de trouble de la personnalité borderline (voir tableau no 3) avec une présence en moyenne, de 6.5 (ET 1.2) critères définitoires du prototype correspondant sur 9 (voir tableau no 1). En particulier, (voir tableau no 3) 95.7% des sujets remplissaient les critères pour l'impulsivité et pour l'instabilité de l'humeur, alors que seulement 13 % remplissaient les critères pour trouble majeur de la pensée (idéation paranoïde). 82,6% présentaient un trouble marqué du sentiment d'identité, 82,6% une réaction exagérée à l'abandon et des efforts très prononcés pour l'éviter. Enfin, tous les sujets présentaient, par définition, des conduites auto-dommageables.

Tab. 3
Issue clinique 3 mois plus tard II:
Présence et gravité du trouble de personnalité borderline
(Wilcoxon two-sided probabilities test)

	à l'entrée /T0)	à l'entrée T3)	P
	(n=23)	(n=23)	
	%	%	
Trouble de la personnalité borderline	100	40	0.0001 ^c
Impulsivité ^a	95.7	30.0	< 0.0001
Instabilité affective ^a	95.7	30.0	< 0.0001
Troubles cognitifs ^a	21.7	10.0	n.s
Troubles de l'identité ^b	82.6	60.0	< 0.05
Abandon (efforts pour l'éviter) ^b	82.6	45.0	<0.01
Troubles dans les relations interpersonnelles ^a	78.2	10.0	0.001

^a : critère selon le *Diagnostic Interview for Borderline (DIB)*

^b : critère selon le *DSM-IV*

^c : χ^2 à 1 échantillon

4.2.1 Vicissitudes du traitement

Aucun patient n'a interrompu le traitement. Le nombre d'hospitalisations a été faible (2 cas /23) et les deux séjours hospitaliers ont eu une durée extrêmement brève (voir tableau no 4).

4.2.2 Répétitions suicidaires

Seulement deux sujets ont répété la tentative de suicide (voir tableau no 4). Il s'agissait d'abus de médicaments de létalité négligeable ayant un but d'appel en rapport avec l'angoisse d'abandon. Aucune tentative grave ou issue fatale n'a été dénombrée.

Tab. 4
Issue clinique 3 mois plus tard III:
Echec du traitement
(n=23)

	Moyenne	ET	%
Hospitalisation	-	-	9.1
Nombre moyen de jours d'hospitalisation	0.46	1.6	-
Répétition suicidaire	-	-	8.7
Rupture de traitement	-	-	0

4.2.5 Evolution clinique et psychosociale en cours de traitement

Les sujets étudiés ont présenté une amélioration très marquée en cours du traitement (voir tableau no 2), en particulier ils ont présenté une modification du fonctionnement global (scores à l'échelle GAS), qui avait été défini comme la principale variable d'outcome, la rémission de la dépression majeure et de sa gravité, la gravité de la crise anxieuse et la présence et gravité de trouble du prototype borderline (voir tableau 3).

4.2.6 Fonctionnement au travail

La totalité des sujets a maintenu son activité professionnelle et deux d'entre eux ont repris une activité professionnelle alors qu'ils l'avaient interrompue avant le traitement. D'autre part, les patients étaient nettement améliorés dans leur adaptation au travail, comme l'indique l'item correspondant de l'échelle santé-maladie (voir tableau no 5). Enfin, le nombre de semaines de travail perdu était en moyenne assez restreint.

Tab. 5

Adaptation au travail pendant le suivi

	T0 (n=23)			T3 (n=23)		
	Moyenne	ET	%	Moyenne	ET	%
Actif sur marché du travail	-	-	85.7	-	-	91.3
Nombre de semaines d'arrêt de travail pendant le suivi	-	-	-	1.1	2.2	-

T0= entrée dans l'étude

T3= 3 mois plus tard

5. Discussion

Les principaux résultats de cette étude sont en rapport avec : a) l'investigation des modalités d'évolution des patients avec un trouble de la personnalité borderline et tentative de suicide, b) la démonstration de la faisabilité et des indications de la méthode utilisée, et c) la confirmation de l'importance des événements de vie, et plus en particulier des crises émotionnelles liées aux vicissitudes de la vie amoureuse, dans la survenue et le traitement des crises suicidaires .

Dans un collectif de patients borderline avec trouble de la personnalité actuel sévère et dépression grave et souvent récurrente, nous avons constaté qu'en présence d'un traitement ambulatoire spécifique, on observe une amélioration très significative et même une rémission des différentes catégories des symptômes, y compris les caractéristiques de personnalité, et que cette amélioration peut se produire en l'espace de quelques mois. Il est à remarquer qu'avec un score de 67.0 à la fin du traitement (3 mois plus tard), ces patients se situaient, en moyenne, largement en-dessus du seuil généralement considéré en psychiatrie comme le seuil de rémission. D'autre part, seulement un patient sur cinq présentait encore le diagnostic de dépression majeure avec un score moyen de 7.3 à l'échelle d'Hamilton, ce qui les situait au niveau de rémission complète selon les critères établis par (Frank et al., 1990). L'amélioration se marquait également de façon très claire (voir tableau no 2) à l'échelle des symptômes anxieux. En ce qui concerne le trouble borderline (voir tableau no 3), il est intéressant de remarquer que seuls 40% des patients remplissaient encore les critères DSM-IV pour ce diagnostic. Il existe également une diminution marquée du nombre de sujets qui présente une impulsivité et une instabilité pathologique de l'humeur, et des effets moins évidents sur les troubles de l'identité. Il est intéressant d'observer que la vulnérabilité à l'angoisse d'abandon s'était considérablement amendée au cours du traitement, de même que la perturbation des relations interpersonnelles (voir tableau no 3). Toutes ces observations sont en accord avec nos hypothèses de départ et avec des publications récentes ayant indiqué que, contrairement aux opinions reçues, l'issue clinique des patients borderline est généralement bonne. Une proportion élevée de ces sujets pourrait présenter une issue favorable dans des délais plus rapides que ce qu'on avait pu supposer (Yen et al., 2005 ; Gunderson et Hoffmann, 2005).

La question de l'efficacité de cette forme de psychothérapie n'est pas abordée par notre questionnement et ne pouvait être prise en compte par notre plan de recherche qui a fait appel à un suivi prospectif de type naturaliste. Nous n'avons donc pas d'éléments pour faire des hypothèses concernant la valeur clinique de l'approche testée par rapport aux formes d'intervention dont l'efficacité a été prouvée dans le cadre d'études randomisées (psychanalytique : Bateman et Fonagy (2004); dialectique : Linehan (1993) ; Verheul (2003)).

Les résultats de notre étude indiquent, en accord avec les données récentes de la littérature (pour méta-analyse voir Pampallona et al., 2004), que le traitement combiné est une thérapie valable pour ces patients. Nos résultats suggèrent également qu'une psychothérapie analytique à durée limitée est faisable avec ce type de sujets et qu'elle peut être conduite en milieu ambulatoire. En effet, une écrasante majorité des sujets ayant reçu, en plus du traitement pharmacologique

standard, une psychothérapie psychanalytique n'a pas nécessité d'hospitalisation, et si oui, l'hospitalisation a été d'une durée excessivement brève. D'autre part nous n'avons pas dénombré de ruptures de traitement au cours de la psychothérapie analytique à durée limitée, alors que les patients borderline ont souvent une faible observance du traitement. Les mêmes considérations sont valables pour la conduite d'une pharmacothérapie antidépressive dans le cadre offert par la psychothérapie ambulatoire.

Le plan de la présente étude ne permet pas, par contre, d'inférer sur l'efficacité du traitement expérimenté. Certes, l'amélioration de ces sujets est impressionnante, mais nous n'avons pas de moyen d'infirmier l'hypothèse que cette même amélioration se serait produite de toute façon. Ce collectif réunit en effet une clientèle classique de psychothérapie analytique constituée par des sujets de bon niveau socio-culturel, d'âge relativement jeune, de sexe féminin, en très grande majorité actifs sur le marché du travail et ne présentant pas de dépendance grave aux substances qui sont tous des facteurs de prédiction d'issue favorable de ce type de traitement. Néanmoins, l'étendue de l'amélioration, en présence d'une gravité clinique marquée, et le taux d'hospitalisation et de répétition suicidaire très modeste, par rapport à celui des études publiées jusqu'ici, suggère que l'approche testée pourrait ne pas être démunie d'intérêt sur le plan de son impact clinique général et comparatif. De nouvelles études contrôlées devraient donc être menées afin de mieux investiguer l'efficacité de cette nouvelle approche au traitement de la crise suicidaire borderline. Naturellement, il ne peut être exclu que l'amélioration clinique a pu être le fruit du traitement au moins en partie.

Un aspect particulièrement intéressant est en rapport avec l'observation que la grande majorité des patients a conservé ou même amélioré sa situation au travail. Peu de journées ont été par ailleurs perdues en comparaison de ce qui avait été observé dans des études antérieures (Burnand et al., 2002). Des études récentes ont en effet indiqué que, hormis des coûts directs élevés en rapport avec l'hospitalisation, le chômage, les difficultés de fonctionnement social (Skodol et al., 2005), en particulier au travail, ainsi que les journées de travail perdues sont une source très importante de coûts indirects chez ce type de patients (Skodol et al., communication, American Psychiatric Association Annual Conference, Atlanta, USA, mai 2005).

Ceci a également été relevé dans l'étude de Cailhol et al. (in press) dans laquelle une intervention psychiatrique spécifique (intervention de crise psychodynamique) a permis d'améliorer la réponse au traitement et l'issue clinique chez des patients borderline suicidaires en comparaison du traitement hospitalier standard.

Enfin, notre étude est une confirmation indirecte de l'importance des événements de vie (et des crises émotionnelles associées à ces mêmes événements) dans la survenue du désir de mort et du passage à l'acte suicidaire. L'effet des événements de vie stressants sur l'apparition de la dépression est connu depuis longtemps (Paykel et al., 1975). Les difficultés conjugales avec danger de rupture ou de séparation étaient de loin l'événement de vie le plus stressant parmi les sujets qui allaient développer par la suite ce type de trouble de l'humeur (Weissmann et al., 1999). Le corrélat clinique le plus fréquemment retrouvé dans les tentatives de suicide du patient borderline est la réaction traumatique à l'abandon de l'être aimé (Yen et al., 2005). Cette caractéristique est retrouvée le plus souvent en présence de : dépression, de chômage depuis plus de 6 mois, de l'abus ou de dépendance aux substances, et de l'absence d'un traitement psychiatrique.

6. Conclusion

En conclusion, la psychothérapie psychanalytique à durée limitée est faisable avec les patients borderline hospitalisés aux urgences avec dépression majeure et tentative de suicide. Les patients borderline s'améliorent rapidement après une crise suicidaire et le traitement combiné pourrait être un facteur favorisant une évolution clinique et psychosociale positive. Cette hypothèse devrait être testée dans le cadre de futurs essais cliniques randomisés visant à déterminer l'efficacité et les coûts comparatifs de cette approche parmi les sujets étudiés.

7. Bibliographie

Andreoli A. Un point de vue psychanalytique sur le rôle de la psychothérapie dans l'intervention de crise. *Psychothérapies* 2001 ; 21 (2) : 75-87.

Andreoli A, Venturini A, Muller I. Un nouveau monde, un autre destin: Psychothérapie des troubles psychotiques et histoire des relations entre psychiatrie et psychanalyse. *Psychothérapies* 2003 ; 23 (1) : 9-21.

APA. American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Second Edition; APA, Arlington, VG, 2000.

APA. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorders, APA, Washington DC, 2002.

APA. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors, APA, Arlington, VG, 2004.

ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus : « La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », Hôpital La Salpêtrière, Paris ; octobre 2000.

Bateman AW, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:36-42.

Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18(1): 36-51.

Binks CA, Fenton M, Mc Carthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Review* 2006; 25(1); CD005653.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York : Basic Books, 1969.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 2. Separation.* New York : Basic Books, 1973.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 3. Loss.* New York : Basic Books, 1980.

Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services* 2002; 53(5): 585-90.

Burnand Y, Duriaux S, Brousseau ME, Cailhol L, Rubovszky G, Damsa C, Andreoli A. 3-year follow-up borderline patients with suicide attempt. *European Psychiatry* 2004; 19 suppl. 1: 243.

Cailhol L, Guelfi JD, Damsa C, Bui E, Mathur A, Schmitt L, Andreoli A. Psychoanalytically Oriented Short-term Hospitalization (POSH): a controlled evaluation among borderline patients with suicide attempt (In press)

Clarkin JF, Kenneth NL, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The Personality Disorders Institute / Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder : Rationale, Methods and Patient Characteristics. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18(1): 52-72.

Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. *Psychotherapy of borderline personality.* New York : Wiley, 1999.

DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Paris : Masson, 1996.

Frambati L, Rossimonti M, Andreoli A. L'età cambia la clinica del suicido ? Importanze per l'orientamento della terapia. (L'âge change-t'il la clinique du suicide et est-il important pour l'orientation thérapeutique ?). Tesi di laurea, Urbino, 2006.

- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ.** Three-Year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47 : 1093-1099.
- Freud S.** *Deuil et Mélancolie (1917).* In *Freud : Métapsychologie*; pp 147-174. Paris: Gallimard, 1968.
- Freud S.** *Le Moi et le Ça (1923).* In *Freud : Essais de Psychanalyse*; pp 177-220. Paris : Payot, 1981.
- Freud S.** *Analyse avec fin et analyse sans fin (1937).* In *Freud : Résultats, idées, problèmes ;* pp 231-286. Paris : PUF, 1985.
- Gunderson JG.** *Borderline Personality Disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984.
- Gunderson JG, Hoffman PD.** *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder, A Guide for Professionals and Families.* Washington, DC : American Psychiatric Press, 2005.
- Hawton K, van Heeringen K.** *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* Chichester, UK: Wiley, 2000.
- Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, DeWitt KN, Rossenbaum R.** Brief Psychotherapy of Bereavement Reactions. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 438-448.
- Kessler RC, Borges G, Walters E.** Prevalence of and Risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56 :617-626.
- Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH.** *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients.* New York : Basic Books, 1989.
- Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D, Löonqvist J.** *Attempted Suicide in Europe.* Lieden/Copenhagen : DSWO-Press/ World Health Organization, 1994.
- Kerkhof AJFM.** *Attempted Suicide : Patterns and Trends. Chap. 3.* In : *Suicide and Attempted Suicide.* Chichester, UK : Wiley, 2000.
- Linehan MM.** *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York : Guilford, 1993.
- Linehan MM, Armstrong H, Suarez A, Allmon D, Heard D.** Cognitive- behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48 :1060-1064.
- Linehan MM, Darren A, Tutek BA, Heidi L, Heard BA, Armstrong HE.** Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151 (12) : 1771-1776.
- Maire D, Burnand Y, Rubovszky G, Cochenec MF, Ohlendorf P, Andreoli A.** Time-limited psychoanalytic psychotherapy for acutely suicidal borderline patients: Format and Technique. Poster communication, 4th Aeschi Conference 2006 : Effective Treatments for Suicidal Individuals : What are the common pathways ?
- Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS et al.** Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment area Study. *Yale Journal of Biology and Medicine* 1988; 61: 259-268.
- Ohlendorf P, Dufour O, Andeoli A.** Prototypes cliniques aux urgences psychiatriques. In press.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C.** Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 ;61(7):714-9.

Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry* 1975; 32: 327-333.

Skodol AE, Grilo CM, Pagano ME, Bender DS, Gunderson JG, Shea MT, Yen S, Zanarini MC, McGlashan TH. Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice* 2005; 11(6):363-8

Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder : 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 135-40.

Waldinger RJ, Gunderson JG. *Effective Psychotherapy with Borderline Patients: Case Studies.* Washington, DC : American Psychiatric Press, 1987.

Waldinger RJ, Gunderson JG. Completed Psychotherapies with Borderline Patients. *American Journal of Psychotherapy* 1989; 38: 190-202.

Yen S, Pagano ME, Shea MT, Gunderson JG, McGlashan TH, Sanislow CA, Bender BS, Zanarini MC. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73 : 99-105.

Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine* 1999; 29: 9-17.