

## Article

---

« Traitements spécialisés des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et toxicomanie : un modèle intégrant la thérapie dialectique comportementale »

Shelley McMain, Lorne Korman, Christine Courbasson et Patrick Smith

*Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 2, 2001, p. 132-156.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014529ar>

DOI: 10.7202/014529ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)



## Traitements spécialisés des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et toxicomanie : un modèle intégrant la thérapie dialectique comportementale

---

Shelley McMMain\*

Lorne Korman\*\*

Christine Courbasson\*\*\*

Patrick Smith\*\*\*\*

Cet article décrit un programme de traitements intégrés pour personnes ayant des troubles comorbides de santé mentale et de toxicomanie. La thérapie dialectique comportementale (TDC) a été développée à l'origine par Linehan (1993a; 1993b) à l'intention des individus souffrant de troubles de personnalité limite et chroniquement suicidaires. Ses principes ont fourni le cadre pour l'organisation d'un programme de traitements spécialisés dans les domaines suivants : toxicomanie et trouble de personnalité limite, troubles liés aux substances et colère, et troubles liés aux substances et troubles alimentaires. Un aperçu de la TDC et les raisons qui appuient un programme concomitant basé sur cette approche sont discutés. On décrit les protocoles pour trois sous-groupes de patients, en portant une attention particulière aux similitudes et aux différences avec le protocole standard de la TDC. Les éléments principaux du programme sont soulignés.

**B**ien que la forte prévalence de problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie soit depuis longtemps reconnue (Regier et al., 1990; Rounsaville et al., 1982; Ross et al., 1988; Kessler et al., 1994), on admet maintenant de plus en plus que cette population hétérogène demande une considération particulière. Le double diagnostic de troubles mentaux et de troubles liés aux substances est associé à une plus grande dysfonction et à un traitement plus complexe et souvent plus

\* Ph.D., C. Psych.

\*\* Ph.D., C. Psych.

\*\*\* Ph.D., C. Psych.

\*\*\*\* Ph.D.

Les auteurs travaillent tous au Centre for Addiction and Mental Health and the Department of Psychiatry, University of Toronto.

long (Cooper, 1992 ; McLellan et al., 1983). Les patients ayant des problèmes de comorbidité risquent davantage d'avoir des séquelles médicales et psychosociales (comme des comportements violents et suicidaires), des maladies transmissibles (comme le HIV et une hépatite) et une acceptation plus mitigée des traitements. Il en résulte des coûts de santé plus élevés et une plus grande souffrance humaine (Carey et al., 1991). La littérature sur les problèmes de comorbidité a principalement mis l'accent sur les individus souffrant de maladies mentales graves et persistantes. Moins d'attention a été portée au développement de traitements intégrés pour d'autres problèmes habituels de comorbidité, problèmes d'humeur et d'anxiété, colère, troubles alimentaires et troubles de personnalité.

En Ontario, la fusion récente de deux hôpitaux psychiatriques (l'Institut Clarke et le Queen Street Mental Health Centre) et de deux établissements de traitement (l'Addiction Research Foundation et le Donwood Institute) pour créer le Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) a été l'occasion d'étendre et de développer des services à l'intention des personnes ayant une cooccurrence de plusieurs troubles. On y aborde les problèmes de dépendance et de maladies mentales en appliquant le principe du développement de la relève (*capacity building*) et celui de services spécialisés. On reconnaît qu'il faut développer les ressources (p. ex. la formation interdisciplinaire spécialisée) afin d'assurer que l'ensemble du personnel pourra répondre aux besoins identifiés. Bien que plusieurs des patients de notre système présentent des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie, ils ne requièrent pas tous des traitements intégrés spécialisés. Le programme de troubles concomitants du CAMH est conçu pour aborder les besoins des individus dont la dépendance et les problèmes de santé mentale sont suffisamment graves et complexes pour entraîner des détériorations significatives dans leur vie.

Au tout début du programme, le traitement consistait essentiellement en une thérapie de groupe utilisant une approche par étapes, la gestion de la médication et le case management. Il est vite devenu évident que le programme nécessitait un centre d'intérêt plus différencié qui pouvait aborder les besoins particuliers de divers sous-groupes d'individus ayant des troubles concomitants. On a commencé à développer des traitements spécialisés comprenant un Groupe psychiatrique de soutien pour les individus ayant une comorbidité psychiatrique grave et un Groupe de traumatisme pour les individus souffrant de trouble post traumatique et de troubles liés aux substances. Comme les personnes ayant des troubles de personnalité limite présentent un coefficient de difficulté

supplémentaire pour les cliniciens, on s'est intéressé à améliorer les services en établissant pour elles une clinique spécialisée. De plus, nous avons développé des services spécialisés pour les nombreux patients toxicomanes qui présentent des difficultés avec la gestion de la colère ou des troubles alimentaires et pour lesquels aucun programme n'existait à notre centre ou dans la région.

La Thérapie dialectique comportementale (TDC) (Linehan, 1993a ; 1993b) est un traitement psychosocial relativement nouveau, appuyé sur des données empiriques, pour les patients souffrant de troubles de personnalité limite. On l'a adoptée comme cadre pour traiter les personnes à double diagnostic de troubles de personnalité limite et de toxicomanie. Le protocole standard pour la TDC a ensuite été adapté pour les individus toxicomanes ayant des problèmes concomitants de colère ou de troubles alimentaires. Nous présentons ici un bref aperçu du modèle de TDC, le protocole standard pour patients externes et la logique sous-jacente à l'intégration de la TDC au Programme spécialisé de troubles concomitants. Une description suit de nos trois cliniques spécialisées à l'intention des toxicomanes avec trouble de personnalité limite, avec problèmes de colère ou avec troubles alimentaires ainsi qu'une discussion détaillée des éléments clés de ce programme.

### **Cadre théorique et modèle de traitement**

La TDC est un nouveau traitement intégré cognitivo-comportemental qui réunit des technologies de changement occidentales et orientales. Développée par Marsha Linehan pour traiter des individus chroniquement suicidaires avec trouble de personnalité limite, cette approche combine les techniques de la thérapie traditionnelle cognitivo-comportementale avec la pratique d'attention (*mindfulness*), de validation et d'autres stratégies d'acceptation. La philosophie dialectique fournit un cadre conceptuel pour équilibrer les stratégies de changement et d'acceptation. L'enthousiasme considérable pour la TDC provient d'un corpus grandissant de données probantes qui soutient l'efficacité clinique de cette approche. Un certain nombre d'études a démontré que la TDC est supérieure au traitement communautaire standard pour diminuer la fréquence du comportement parasuicidaire, la gravité médicale du comportement parasuicidaire et les jours d'hospitalisation des individus ayant des troubles de personnalité limite (Koons et al., 1998 ; Linehan et al., 1991 ; Linehan et al., 1993 ; Linehan et al., 1999 ; Stanley et al., 1998). Son succès chez les personnes souffrant de troubles de personnalité limite a stimulé l'intérêt pour en étendre l'application à d'autres individus ayant des troubles graves de comportements (p. ex. les adoles-

cents suicidaires, les adultes souffrant de dépression ou connaissant des problèmes judiciaires (Lynch, 2000 ; Miller et al., 1996 ; McCann et Ball, 1996 ; Trupin et al., 1999). Dans une étude publiée récemment, la TDC a été utilisée de façon efficace pour traiter des femmes toxicomanes avec trouble de personnalité limite (Linehan et al., 1999). Comparée au traitement standard, la TDC a été supérieure pour garder les patients en traitement, diminuer le nombre de jours d'abus de substances et améliorer le fonctionnement social et global, tel que mesuré à la fin d'un traitement d'un an et lors du suivi de 16 mois.

La prémisse de la TDC est que le trouble de comportement caractéristique de la personnalité limite est une conséquence d'une dysfonction sous-jacente du système de régulation des émotions (Linehan, 1993a). Selon la théorie biosociale sur laquelle est basé le traitement, les problèmes de régularisation des émotions se développent par suite d'irrégularités biologiques et d'expériences environnementales invalidantes. Avec le temps, l'interaction entre les facteurs constitutionnels et environnementaux mène à une vulnérabilité émotionnelle envahissante et à des déficits dans la modulation des émotions. Des taux élevés d'abus de substances parmi les individus avec trouble de personnalité limite, de même que d'autres comportements impulsifs (gestes suicidaires, accès de colère, difficultés interpersonnelles) sont conceptualisés comme des sous-produits de l'émotion dérégulée ou comme des tentatives de résoudre des émotions problématiques.

La notion selon laquelle le dérèglement de l'émotion est la pathologie centrale du comportement dysfonctionnel n'est pas nouvelle ; elle a été soulignée dans diverses théories pour expliquer la dépendance et la maladie mentale (Foa et Kozak, 1996 ; Foa et al., 1984 ; Hayes, 1987 ; Greenberg et Paivio, 1997 ; Greenberg et Safran, 1987). Des théoriciens ont proposé que les individus abusent de substances afin d'automédicamentiser des états émotionnels (Khantzian, 1985) ; il existe certaines données à l'effet que des toxicomanes ont des difficultés à régulariser leur affect (Bradley et al., 1992 ; Cummings et al., 1980 ; Kushner et al., 1990). De même, les théories sur l'étiologie des divers problèmes de santé mentale (p. ex. la dépression, l'anxiété, les troubles de stress post traumatique) ont mis en cause un dérèglement sous-jacent du système des émotions (Foa et Kozak, 1996 ; Foa et al., 1984 ; Greenberg et Paivio, 1997). Des théoriciens ont suggéré que le dérèglement du système émotionnel est souvent en corrélation avec les troubles de dépendance et les maladies mentales (Khantzian, 1985 ; Linehan et Dimeff, 1997).

La TDC cible spécifiquement les liens potentiels (p. ex. le système de régulation des émotions) des troubles mentaux et la toxicomanie et

elle pourrait ainsi s'avérer prometteuse pour une population souffrant de comorbidité. De même, cette approche pourrait être particulièrement bénéfique pour les individus ayant un double diagnostic, dont plusieurs répondent aux critères de troubles multiples de santé mentale et de toxicomanie mais qui ne répondent pas aux protocoles standards de traitement.

La TDC est un traitement global externe qui intègre un large éventail d'interventions qui agissent directement ou indirectement pour améliorer la régulation des émotions. Son protocole standard est un traitement externe global. Le traitement est structuré selon l'étape de l'évaluation du trouble. La TDC a été élaborée spécifiquement à l'intention des patients avec troubles de personnalité limite pour les premiers stades du traitement où l'objectif est de diminuer les comportements difficiles (abus de substances, comportements suicidaires, non-conformité au traitement) et d'augmenter les habiletés de coping. Au premier stade, les comportements problématiques sont organisés de façon hiérarchique, selon leur importance : comportements menaçants (menaces suicidaires, comportements d'automutilation, gestes suicidaires) ; comportements qui interfèrent dans le traitement (manquer des séances, s'y présenter intoxiqué, montrer de l'hostilité en groupe) ; et comportements qui interfèrent dans la qualité de vie (abus de substances, excès alimentaire, dépression, accès de colère).

Le protocole standard de la TDC comprend quatre modalités : la thérapie individuelle, le groupe d'entraînement aux habiletés sociales, la consultation téléphonique après les heures et une consultation en équipe de thérapeutes. Les séances individuelles sont structurées autour de l'analyse des patterns problématiques associés aux comportements ciblés et de l'identification de solutions. Le groupe d'entraînement aux habiletés psychoéducationnelles met l'accent sur l'amélioration des capacités de l'individu en soulignant l'acquisition et le renforcement des habiletés sociales en vue d'améliorer le coping et d'augmenter l'utilisation de comportements efficaces. Un postulat de base de ce modèle de traitement est que les personnes doivent apprendre de nouveaux comportements dans leur environnement naturel. Les patients peuvent rejoindre leur thérapeute par pagette après les heures pour obtenir du soutien et de l'encadrement supplémentaires. Quant à l'équipe de superviseurs, elle se soucie d'accroître la motivation et les capacités des thérapeutes, de leur fournir du soutien et de prévenir l'épuisement professionnel.

Les thérapeutes de la TDC s'appuient sur un large éventail de stratégies de traitement. Les deux interventions clés sont les stratégies d'acceptation, telles la validation et l'attention (*mindfulness*), et les stratégies de changement, comme l'analyse des comportements, l'entraîne-

ment aux habiletés sociales, l'exposition à des situations nouvelles et le changement cognitif. La philosophie dialectique structure la théorie du changement en TDC, changement que facilite, croit-on, la tension naturelle qui survient quand on se concentre sur l'acceptation de soi et l'autotransformation. Au CAMH, la TDC fournit un cadre pour organiser les services spécialisés à l'intention de sous-groupes spécifiques de patients qui présentent des troubles concomitants. Trois cliniques spécialisées, décrites ci-dessous, ont été développées pour le traitement des individus avec des troubles mentaux concomitants : abus de substances et troubles de personnalité limite ; troubles alimentaires et toxicomanie ; colère et toxicomanie.

### **Description des cliniques spécialisées**

#### ***Clinique pour patients toxicomanes souffrant de troubles de personnalité limite***

Une clinique externe de TDC a tout d'abord été établie au CAMH pour les adultes âgés de 18 à 65 ans qui souffrent de troubles de personnalité limite et de toxicomanie. Les participants au programme ont des caractéristiques similaires à celles qu'on trouve au sein de populations typiques de patients souffrant de troubles de personnalité limite. La grande majorité ont plusieurs problèmes : comportements suicidaires ; non-conformité au traitement ; passé de négligence et de diverses agressions et symptômes de traumatisme, de dépression, d'anxiété, de troubles alimentaires ; chômage et dysfonction familiale. Notre clinique est conçue selon l'approche élaborée par Linehan auprès de toxicomanes ayant des troubles de personnalité limite (Linehan et Dimeff, 1997). La participation requiert un minimum d'engagement à travailler à diminuer les comportements menaçants (p. ex. comportement suicidaire et toxicomanie menaçante) et une entente d'assister aux séances thérapeutiques pour au moins un an. Les patients n'ont pas à s'engager à réduire leur consommation pour être acceptés. Toutefois, la diminution de la consommation est considérée comme essentielle pour atteindre un bon niveau de satisfaction. Accroître la motivation du patient à réduire sa consommation peut s'avérer être la première tâche pour le thérapeute. La durée du traitement est flexible et peut facilement s'étendre au-delà d'un an si nécessaire. Lorsque les patients s'engagent dans le traitement, on s'attend à ce qu'ils assistent à des séances de thérapie individuelle d'une heure par semaine ainsi qu'à des groupes d'entraînement aux habiletés sociales à chaque semaine. De plus, les patients ont l'occasion de consulter des thérapeutes après les heures, par pagette, pour recevoir de l'aide dans l'application d'habiletés apprises en thérapie. Un ensemble

de traitements additionnels est disponible, dont la pharmacothérapie (p. ex. la méthadone), le counseling et le case management. Notre clinique offre des traitements aux individus considérés être au premier stade du traitement tel que défini par leur perte significative de contrôle sur leur vie.

Chaque participant est confié à un thérapeute individuel qui s'occupe des imprévus et sert de « quart-arrière » au plan de soins. Ce thérapeute individuel s'assure que le patient se présente aux séances et complète ses travaux et devoirs. Il est aussi chargé d'élaborer la présentation de cas et le plan de traitement, de gérer le risque suicidaire, de s'assurer que ses patients sont capables de généraliser les habiletés acquises en thérapie et demeurent motivés à travailler en traitement. Entre les séances, les patients surveillent leur comportement en utilisant des cartes pour enregistrer tous les comportements ciblés comme pertinents. Les cartes sont passées en revue au début de chaque séance et un agenda est développé afin de s'assurer que les comportements les plus déterminants sont abordés. La consommation de substances tombe sous la rubrique des comportements affectant la qualité de vie et elle est placée en haut de la liste de cette catégorie. Si ces comportements deviennent graves au point de menacer l'existence, ils sont bien sûr ciblés comme étant des comportements qui interfèrent avec la qualité de vie.

Le groupe d'entraînements aux habiletés psychoéducationnelles utilise une combinaison de présentation didactique, de jeux de rôle, de modèles, de partage d'information entre patients et de devoirs entre les séances. Le nombre optimal pour un groupe est de 6 à 8 participants. Quatre types d'habiletés y sont couverts : 1) des stratégies pour accroître la communication interpersonnelle ; 2) les habiletés pour améliorer les capacités à tolérer des émotions douloureuses ; 3) les habiletés pour aider les individus à observer, décrire et étiqueter avec précision leurs expériences émotionnelles et 4) l'attention méditative (*mindfulness meditation*) qui consiste à enseigner aux patients à s'observer sans jugement et à diriger leur attention sur le moment présent. Le manuel de TDC pour les patients toxicomanes souffrant de troubles de personnalité limite (Linehan et Dimeff, 1997) décrit un certain nombre d'habiletés spécifiques pertinentes aux problèmes de toxicomanie, notamment d'éviter les déclencheurs de consommation, d'observer avec attention les envies de consommer et d'endosser pleinement l'abstinence.

Avant que débute le traitement, tous les participants sont soumis à une évaluation globale comprenant une évaluation diagnostique et un examen de leur historique de consommation. Aussi, un historique détaillé de leur comportement suicidaire est tiré d'une entrevue structurée

portant sur ce comportement, le *Parasuicide History Interview* (Linehan et al., 1983). L'identification des facteurs de risques qui sont reliés fonctionnellement aux comportements suicidaires est critique pour établir un contrôle rapide de ce comportement. L'évaluation est suivie par une phase de pré-traitement où l'on clarifie les objectifs de traitement et obtient un engagement explicite des patients de travailler à leurs objectifs et de se présenter aux séances. Pendant la phase d'orientation, les patients sont informés relativement aux troubles de personnalité limite, à la théorie biopsychosociale et à l'interaction que postule cette théorie entre l'abus de substances et les autres comportements. Nous leur rappelons que les troubles de personnalité limite et la toxicomanie sont des maladies qui se soignent et qu'on n'a pas à tenir pour chroniques. Nous enseignons aux patients qu'un comportement ne se produit pas par hasard et qu'on peut fort bien le comprendre grâce aux principes de la théorie de l'apprentissage. Les patients sont mis au courant du conditionnement classique et sont familiarisés avec l'analyse des comportements. Le traitement se concentre sur l'identification des multiples facteurs de risque reliés au comportement problématique et ensuite sur la recherche de solutions à ces problèmes.

Le processus d'analyse et de résolution de problèmes est illustré dans l'exemple qui suit. En début de traitement, on a diagnostiqué chez Donna des troubles concomitants de personnalité limite et de dépendance à la marijuana. Femme brillante, instruite, elle avait un historique de relations conflictuelles. Sa relation aux autres était caractérisée par des accès de colère et des menaces suicidaires. Elle avait perdu son emploi récemment à cause de difficultés interpersonnelles.

Des comportements interférant avec la thérapie posaient un problème significatif en début de traitement et devinrent le focus de plusieurs séances. Donna criait souvent à son thérapeute, se retirait dans le silence ou, à l'occasion, ne se présentait pas aux rendez-vous. L'analyse de ces comportements a révélé qu'ils étaient précipités par une chaîne typique de comportements problématiques. La moindre critique avait tendance à faire évoquer des sentiments intenses et envahissants de honte et de tristesse, que Donna avait peine tout d'abord à reconnaître et à exprimer. Cette réaction était associée à des pensées voulant qu'elle soit méchante ou que d'autres le soient. La colère semble avoir été apprise comme émotion secondaire servant de protection contre des sentiments sous-jacents de honte. Ses crises de colère envers le thérapeute, ses retraits silencieux en thérapie ou ses rendez-vous ratés devinrent un moyen de communiquer sa colère envers son thérapeute. Le thérapeute a validé la souffrance de la patiente qui provenait d'une croyance selon

laquelle les autres étaient critiques envers elle. En même temps, il l'a aidée à mieux tolérer le feedback critique. Son thérapeute a mis l'accent sur une remise en question de la croyance selon laquelle les autres étaient constamment critiques à son endroit et que, si on la critiquait, c'est qu'elle-même était mauvaise. De plus, le traitement a mis l'accent sur l'accroissement de sa capacité à tolérer la honte et l'a aidée à communiquer directement avec les autres. Après quelques mois, la patiente n'interférait plus dans le traitement et avait de moins en moins d'accès de colère. Elle s'engageait très bien en thérapie, complétant ses cartes quotidiennes et se présentant à tous ses rendez-vous. Une fois que les comportements interférant avec la thérapie furent éliminés, une plus grande attention a pu être portée à son comportement de consommation. Peu après, elle parvint à l'abstinence.

### ***Clinique pour patients toxicomanes avec troubles alimentaires***

La clinique destinée aux personnes souffrant de dépendance et de troubles alimentaires (Eating Disorders and Addictions Clinic) dessert des hommes et des femmes de 18 ans et plus qui souffrent d'un double diagnostic de troubles alimentaires et de toxicomanie. Le critère d'évaluation initial pour être admis est que leur problème majeur soit relié à leurs habitudes alimentaires et à leur toxicomanie. Néanmoins, la clinique accepte aussi des patients qui répondent aux critères des troubles de l'Axe I et II, mais les individus avec des idéations suicidaires graves ou des troubles de la pensée sont référés à d'autres programmes. La clinique exclut aussi les patients inscrits à d'autres psychothérapies ou programmes pour perte de poids, troubles liés aux substances ou troubles alimentaires. Bien que les références d'autres dispensateurs de soins soient acceptées, l'autoréférence est activement encouragée afin de promouvoir la responsabilité personnelle des patients dans leur traitement.

Une évaluation identifie la gravité et les patterns de consommation et les problèmes de santé mentale. Ensuite, les patients sont présentés au thérapeute assigné qui passe de deux à quatre séances pour les orienter dans le traitement selon le modèle de la TDC. Les patients doivent subir un examen physique chez leur médecin et lui demander une lettre attestant que leur état de santé leur permet de participer à un programme externe.

Le processus d'orientation comprend quatre tâches principales : identifier les objectifs à la fois des patients et du programme de traitement ; informer les patients des structures du traitement ; les engager dans le traitement et établir un contrat formel de thérapie. Au cours de la rencontre initiale, le clinicien interroge le patient sur ses motivations à se faire traiter et travaille à établir avec lui les fondements d'une al-

liance thérapeutique. Le traitement est présenté comme une entreprise qui met l'accent sur l'acquisition de nouvelles habiletés, sur l'identification et le renforcement des forces du patient et vise aussi à encourager l'auto-observation, l'exploration intérieure et l'examen de soi. Le traitement est présenté comme une collaboration entre le patient et l'équipe de cliniciens et non pas seulement entre le patient et un thérapeute. Le traitement est dispensé selon les modes standards de la TDC déjà décrits. Une équipe clinique conjointe, formée d'une diététicienne et d'une infirmière, enseigne aux patients comment établir des plans de repas sains et fournit des évaluations sur leur état de santé et des consultations pour les patients ainsi que pour les membres de l'équipe soignante sur une base continue. En plus des habiletés standards décrites dans la TDC par Linehan (1993b), nous soulignons les caractéristiques communes aux troubles alimentaires et à la toxicomanie. Ces adaptations de la TDC proviennent des travaux de Linehan et Dimeff (1997) sur les troubles liés aux substances et des travaux de Hartley et Manning (1998), d'Agras et al. (1999) et de Telch et Wiser (1999) sur les troubles alimentaires. Nous avons ajouté une dimension portant sur le développement de patterns alimentaires sains, y inclus des séances avec une diététicienne et les analyses de routine des comportements alimentaires inscrits au cahier de bord chaque semaine. Conformément à la TDC, les troubles alimentaires et l'abus de substances sont considérés comme des comportements graves qui interfèrent avec la qualité de vie et ainsi tombent ainsi dans la catégorie des « comportements qui interfèrent avec la thérapie » selon l'échelle hiérarchique de traitement. Lorsque les comportements alimentaires ou d'abus de substances sont graves au point de menacer la vie, ils se retrouvent en haut de la liste. Comme, dans certains cas graves, la malnutrition peut compromettre de façon significative le fonctionnement cognitif, une stabilisation médicale peut s'avérer un pré-requis à l'apprentissage d'habiletés.

Un exemple clinique illustre comment certaines stratégies de traitement sont utilisées. Un homme de 34 ans présentait des problèmes de boulimie et d'abus d'alcool. En début de traitement, il restreignait son apport alimentaire par crainte de prendre du poids. Presque chaque soir, il s'empiffrait pour ensuite se faire vomir. En plus, il n'avait aucun contact social et se plaignait de solitude et de tristesse. La consommation excessive d'alcool était déclenchée de façon typique par des sentiments de honte et de culpabilité provenant de son problème de nourriture. Les cibles de traitement incluait de bonnes habitudes alimentaires, l'arrêt des comportements de purgation et de boulimie et une abstinence temporaire d'alcool. Le patient s'est engagé à surveiller quotidiennement ses comportements alimentaires (p. ex. s'empiffer, se purger, se res-

treindre à table, faire de l'exercice), ses habitudes de consommation d'alcool et un éventail d'émotions qu'il inscrivait sur les cartes de son journal quotidien. Les analyses comportementales des habitudes alimentaires problématiques et des épisodes de beuverie indiquaient que des conflits au travail avec ses collègues et l'isolement social en étaient les déclencheurs principaux. D'autres liens problématiques incluaient la difficulté de tolérer la tristesse et la colère. Le traitement a consisté à aider le patient à devenir plus efficace dans l'affirmation de ses besoins auprès des autres et à surmonter sa peur de développer de nouveaux contacts sociaux. On a aussi été particulièrement attentif à l'aider à développer sa capacité à reconnaître et à tolérer des expériences émotionnelles négatives. On lui appris à observer les envies de s'empiffrer et de boire de l'alcool et à s'engager dans des stratégies de distraction qui l'aideraient à s'abstenir de ces comportements.

À la clinique, on suit les progrès en exigeant des patients qu'ils se soumettent à des évaluations de leur santé mentale et de leurs comportements alimentaires et d'abus de substances, à des analyses d'urine aléatoires, à des prises de poids et à un examen médical aux trois mois. Une évaluation empirique du traitement est présentement en cours.

### *Clinique pour patients ayant de la colère et une toxicomanie*

La clinique pour la gestion de la colère et la toxicomanie (Anger and Addictions Clinic) dessert les adultes ayant des troubles concomitants de toxicomanie et de gestion de la colère. Bien que plusieurs de ces patients aient d'autres troubles concomitants de l'Axe I et II, la clinique dessert ceux pour qui la colère et l'abus de substances sont les principaux problèmes. Ces individus ont subi les conséquences néfastes sociales, professionnelles, judiciaires et de santé directement reliées à leurs problèmes de colère.

Avant le traitement, les patients sont soumis à une évaluation globale qui comprend une évaluation diagnostique et des évaluations de la gravité de leur toxicomanie, de leur colère et un historique de violence. Les patients ayant des troubles de la pensée et ceux qui ont un score élevé d'indices de psychopathie sont exclus. De plus, les patients passent une entrevue structurée au sujet de leurs comportements de colère et de violence, que nous avons partiellement élaborée d'après le modèle de Linehan (*Parasuicide History Interview*, Linehan et al., 1983). Notre entrevue structurée précise les informations au sujet des événements déclencheurs, des facteurs situationnels (dont l'abus de substances), les actions et les conséquences (dont les facteurs de renforcement) associées aux épisodes de violence et d'agression.

Notre clinique est modelée selon le protocole standard de TDC que nous avons modifié pour intégrer une dimension sur les troubles concomitants de la colère et de la toxicomanie. Les traitements standards de TDC (p. ex. la thérapie individuelle, les groupes d'entraînement aux habiletés sociales, l'équipe de consultation/supervision et le contact par page après les heures) sont dispensés tels quels. Les différences principales portent sur la hiérarchie des cibles visées en thérapie individuelle, sur le contenu des cours des groupes d'entraînement aux habiletés sociales et sur les questions abordées aux réunions hebdomadaires d'équipe.

Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales dispensent des formations aux quatre modules couverts par le traitement standard de la TDC pour les personnes souffrant de troubles de personnalité limite (p. ex. l'attention (*mindfulness*), l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse). Toutefois, ces modules sont abrégés et un cinquième, sur la colère, est inclus. Un des objectifs du module de la colère est d'enseigner aux patients à identifier les comportements violents, menaçants, intimidants, d'abandon et les autres types de comportements agressifs. De plus, des interventions spécifiques provenant d'autres grandes théories de thérapie et de traitement de la colère y sont incorporées. La théorie cognitive de la thérapie des émotions (Beck, 1967 ; Beck et al., 1979 ; Novaco, 1976) est enseignée avec l'objectif d'apprendre aux patients comment reconnaître et évaluer les interprétations qui génèrent leur colère. Les patients apprennent aussi à reconnaître la différence entre l'expression émotionnelle primaire et secondaire (Greenberg et Safran, 1987), avec l'objectif d'accroître leur conscience des émotions primaires de peur et de honte qui souvent précèdent les réactions de rage et d'agression, en particulier dans les relations à la maison (Dutton, 1995). L'«évaluation du dommage réel» est une habileté adaptée du mode thérapeutique rationnel-émotif (*Rational-emotive-behavioural therapy mode*) de Ellis (1977) et Ellis et Dryden (1988), par lequel les patients apprennent à évaluer les véritables pertes de satisfaction de vie qui résultent de leurs expressions violentes. On leur demande de comparer l'intensité de leur colère au véritable dommage causé à leur vie par la violation qu'ils perçoivent avoir été commise par l'objet de leur colère. D'autres habiletés standards de gestion de la colère comme «le temps d'arrêt» et la formation ou l'entraînement à l'inoculation au stress (Meichenbaum et Cameron, 1983) sont aussi enseignées. Une attention particulière est portée à la gestion de la colère et aux habiletés de prise de conscience abordées dans d'autres modules — par exemple observer et décrire la colère — et à l'adoption de positions non jugeantes sont abordées dans ce module consacré à la prise de conscience de soi (*mindfulness*).

Les agendas pour les séances individuelles — comme c'est le cas en thérapie dialectique comportementale pour les troubles de personnalité limite — sont élaborés à partir des comportements rapportés par les patients dans leur journal de bord. Les patients évaluent à chaque semaine les comportements agressifs et d'abus de substances sur des cartes du journal. Une hiérarchie de comportements cibles détermine le focus de l'analyse comportementale de chaque séance. La hiérarchie des cibles a été modifiée à partir de la structure standard de la TDC afin d'aborder les problèmes particuliers de cette population et de refléter les modifications semblables faites à d'autres programmes de TDC pour le traitement des comportements de violence et de colère (p. ex. Fruzzetti et Levensky, 2000 ; McCann et Ball, 2000).

La hiérarchie est établie selon l'ordre suivant : 1) les comportements menaçants pour les autres et pour soi-même, les comportements violents reliés aux comportements menaçants pour la vie ; 2) les comportements qui interfèrent avec la thérapie, et 3) l'abus de substances et les autres comportements qui nuisent à la qualité de vie. Lorsque les comportements d'abus de substances précèdent ou déclenchent les comportements agressifs, ces comportements sont ciblés comme reliés à la violence et ainsi prennent plus d'importance.

Comme dans notre TDC standard pour les troubles de personnalité limite, l'équipe clinique se rencontre à chaque semaine afin d'augmenter la capacité et la motivation des thérapeutes à s'engager dans le traitement de leurs patients, à prévenir l'épuisement professionnel et à partager l'information avec l'équipe. De plus, l'équipe dispense des consultations sur des questions telles que la sécurité des victimes ou des enfants.

L'adaptation de la TDC pour les individus ayant des problèmes de toxicomanie et de violence a présenté des défis uniques. Premièrement, plusieurs de nos patients sont envoyés d'office par les services correctionnels ou de libération conditionnelle. D'autres sont venus en thérapie en vertu d'ordonnances judiciaires régissant leurs relations familiales ou sociales. Ces situations ont forcé l'équipe à maintenir un équilibre entre la TDC pour le patient et les obligations du patient envers le système judiciaire. Par exemple, les patients de cette clinique demandent régulièrement à leur thérapeute de rapporter leur progrès à leur agent correctionnel ou de libération conditionnelle.

Un principe clé à respecter dans la mesure du possible en TDC est d'éviter d'intervenir dans les environnements des patients, comme de parler en leur nom. L'objectif de ce principe est d'éviter de traiter les patients comme des individus sans défense ou fragiles, de les aider à deve-

nir leur propre défenseur, d'empêcher que les thérapeutes les protègent des conséquences naturelles de leurs comportements (dont la révocation de leur libération ou de leur peine d'emprisonnement) et d'éviter de renforcer leur passivité. Toutefois, il a été difficile à certains moments d'endosser ce principe étant donné les demandes des patients et de leurs agents de faire la vérification du statut des patients et de leurs progrès dans le traitement.

Une solution à ce dilemme est de fournir un formulaire standard sur lequel les patients peuvent surveiller leurs propres progrès. Le formulaire sert de « bulletin » de présence aux séances individuelles et de groupe, indique leur ponctualité, l'accomplissement de leurs travaux et devoirs et, plus encore, leur attention et leur engagement dans les séances. Une fois complété par les patients, le formulaire peut être initialisé comme étant « vérifié » (si les informations sont exactes) par le thérapeute individuel ou du groupe d'entraînement aux habiletés sociales, d'une séance à l'autre.

Un autre enjeu a pour objet la nature particulière de la colère. Contrairement à la plupart des autres émotions problématiques pour lesquelles les patients se présentent en thérapie (p. ex. la tristesse, la honte, la peur), la colère n'est souvent pas éprouvée ou vécue comme négative. Elle est plutôt énergisante et est souvent vécue comme ego-syntonique, du moins au point culminant de cette émotion, période où les patients sont plus susceptibles de commettre des gestes liés à la colère qu'ils vont regretter plus tard. D'où ce problème, unique avec la colère, que les individus peuvent ne pas vouloir s'en défaire. En plus de l'intégration des techniques expérientielles, les habiletés standards de la TDC peuvent aider à confronter cette difficulté.

Pour illustrer cette situation, prenons l'exemple d'un patient, Claude, qui est arrivé en thérapie avec un historique de comportements sarcastiques et d'abus verbal typiques de la colère. Les conséquences associées à ces comportements comprenaient la perte de son emploi et le départ de sa dernière amie de cœur, deux situations qu'il regrettait amèrement. Claude avait aussi, dans le passé, souvent « médicamenteusement » sa colère et sa honte avec de l'alcool et du cannabis. Bien que Claude ait appris et intégré plusieurs habiletés d'attention (*mindfulness*), de régulation des émotions, d'efficacité interpersonnelle et de tolérance à la détresse, ces comportements colériques, caustiques et aliénants continuèrent sans s'atténuer significativement pendant les premiers mois de thérapie. Les premières analyses comportementales révélèrent chez lui, juste avant ses explosions, des distorsions des estimations de situations engendrant la colère. En thérapie individuelle, une restructuration co-

gnitive et une répétition comportementale des stratégies de coping n'ont pas réussi à diminuer ses sentiments chroniques de colère et d'animosité. Des analyses subséquentes de comportement indiquèrent que des sentiments non symbolisés et passagers d'impuissance avaient tendance à précéder ses explosions de colère – sa colère était ainsi renforcée par un déplacement d'attention loin de ses sentiments et par une diminution de leur caractère douloureux. La thérapie exigeait alors l'utilisation d'une technique expérientielle, la « méthode de focalisation » (*Focusing method*, Gendlin, 1996), qui implique d'aider Claude à symboliser les référents corporels associés à l'expérience d'impuissance en lui faisant valider sa vulnérabilité et en lui montrant quelle est la fonction des sentiments douloureux. La « méthode de focalisation » est hautement compatible avec les stratégies de la TDC qui mettent aussi l'accent sur la validation de l'expérience émotionnelle primaire et sur l'éducation de la régulation des émotions, y inclus l'information sur la fonction des émotions.

## **Programme et questions relatives au traitement**

### ***Les attentes par rapport au programme***

Une des difficultés du travail thérapeutique avec des patients ayant des problèmes graves de santé mentale et une toxicomanie est le pessimisme qui accable souvent les patients et les dispensateurs de soins au sujet de l'efficacité probable du traitement. Plusieurs programmes excluent systématiquement des patients ayant des troubles concomitants de santé mentale et une toxicomanie. Selon notre expérience, rares sont nos patients qui ont reçu des traitements globaux et intégrés. Travailler avec des patients qui ont des problèmes complexes et graves, dont le progrès est lent et la conformité au traitement faible, engendre assez souvent des sentiments de découragement et de frustration chez les dispensateurs de soins. Ces sentiments négatifs peuvent poser des obstacles au traitement. Préparer les patients au traitement en leur indiquant quelles attentes ils peuvent placer dans le traitement peut s'avérer crucial pour leur engagement dans le traitement.

Pour contrer les attentes négatives et les croyances au sujet du traitement, nous tentons de maintenir une position optimiste voulant que ces troubles sont soignables et que l'engagement est essentiel au succès du traitement. L'information sur les fondements empiriques de la TDC est présentée. Conformément au protocole standard de la TDC, les attentes du patient et du thérapeute sont clairement discutées (Linehan, 1993a). Pendant la phase d'orientation, le traitement est décrit. Nous soulignons l'importance d'être présent aux séances et d'effectuer les tra-

vaux ainsi que l'importance de faire appel à l'aide auprès des thérapeutes en dehors des rendez-vous réguliers. L'acceptation du traitement requiert l'engagement du patient vis-à-vis de ces attentes. Les thérapeutes doivent chercher des interprétations empathiques, non jugeantes et non péjoratives des comportements de leurs patients ; consulter leurs collègues au besoin et s'engager sur le plan professionnel et éthique. La fonction de l'équipe de consultants est de mettre l'accent sur l'augmentation de la motivation des cliniciens et de s'assurer que le traitement est dispensé efficacement. Notez que les comportements du thérapeute ou du patient qui interfèrent avec le traitement (p. ex. ne pas se présenter aux séances, y être sans y participer) sont examinés en priorité lors des séances.

### ***Analyse comportementale***

Les théories de l'apprentissage fournissent un cadre conceptuel et le traitement des comportements problématiques. En TDC, l'application des analyses de la chaîne des comportements et les stratégies de résolution de problèmes (c'est-à-dire l'exposition, la gestion de contingence, la restructuration cognitive) sont fondamentales au traitement. Les patients sont informés que les comportements varient en fonction d'un événement spécifique, personnel et environnemental reliée souvent de façon prévisible aux comportements problématiques. Le traitement s'efforce d'aider le patient à identifier les événements (observables et non observables) qui précèdent et suivent les comportements problématiques. Pendant la phase d'orientation, les patients sont informés de l'importance de surveiller les comportements et apprennent comment effectuer leurs propres analyses comportementales.

Une analyse des comportements en chaîne commence par une description claire du comportement cible. En TDC standard, le focus des séances de thérapie est déterminé par les comportements qui se sont produits la semaine précédente. Dans le cas des comportements multiples, les cibles sont priorisées comme suit : comportements qui interfèrent avec la vie, comportements qui interfèrent avec le traitement et comportements qui interfèrent avec la qualité de vie (Linehan, 1993a). Dans notre programme, la hiérarchie des cibles est organisée autour de comportements pertinents au problème concomitant : colère et toxicomanie ; troubles alimentaires et toxicomanie, ainsi que trouble de personnalité limite et toxicomanie.

Après qu'un comportement spécifique ait été identifié pour fin d'analyse, le thérapeute et le patient commencent à déterminer l'événement déclencheur qui précipite la chaîne des comportements menant au

comportement ciblé. Les facteurs individuels et environnementaux accroissant la vulnérabilité au comportement problématique sont aussi identifiés. Les facteurs de vulnérabilité peuvent comprendre une mauvaise santé, un manque de sommeil et la consommation de drogues. Le thérapeute et le patient effectuent une analyse minutieuse des comportements qui sont reliés au comportement ciblé. Les liens problématiques sont soulignés au cours de ce processus. Ils peuvent comprendre des croyances dysfonctionnelles (p. ex. « la consommation de substances est la seule façon de sentir un soulagement de la douleur émotionnelle »), des émotions problématiques (p. ex. une honte envahissante que l'on évite en agressant les autres) et des déficits au niveau des habiletés (p. ex. la difficulté de résister aux pressions de ses pairs pour consommer de la drogue). L'information relative aux événements, aux comportements et aux réponses qui suivent le comportement ciblé doit aussi être déterminée car elle peut renforcer et ainsi contrôler le comportement. Par exemple, les gens peuvent éviter un individu qui explose de colère, un geste qui peut à son tour renforcer la colère en permettant à l'individu d'en esquiver les signes déclencheurs. Après avoir effectué plusieurs analyses détaillées du comportement cible, des thèmes récurrents émergent souvent. Une fois identifiés les événements reliés au comportement problématique, on aide le patient à résoudre les liens problématiques. Par exemple, le patient dont la consommation peut être précipitée par la critique, l'autodévalorisation et une honte intolérable peut apprendre au début à adopter un point de vue non jugeant ou à diriger son attention au-delà de la critique et, plus tard, à supporter ses sentiments de honte. Les patients développent des stratégies spécifiques qui les aident à transiger avec les facteurs de risque qui sont relatifs au plan fonctionnel. Le travail pour identifier le processus conduisant à l'émission du comportement ciblé aide les patients à identifier et à transiger avec les facteurs de risque qui y conduisent.

### ***Éducation, entraînement aux habiletés et aide***

L'éducation, le travail d'équipe et le soutien social sont essentiels pour le changement des comportements problématiques. À l'instar d'autres programmes de thérapie cognitivo-comportementale, l'objectif premier est de fournir aux personnes des outils pour s'aider elles-mêmes. Dans la phase de pré-traitement, les patients sont familiarisés avec la théorie de la dysfonction de l'émotion et avec les objectifs et les tâches reliés au traitement. On leur enseigne la théorie du dérèglement des émotions et la relation entre la pathologie sous-jacente à l'abus de substances et d'autres comportements problématiques (p. ex. s'empiffrer, comportement suicidaire, accès de colère). Des explications théoriques

tirées de la littérature sur une variété de sujets tels que la théorie de l'émotion, la théorie biopsychosociale du trouble de personnalité limite et de la toxicomanie sont fournies. Apprendre aux patients à utiliser des habiletés spécifiques afin d'accroître la régulation émotionnelle est une fonction importante du traitement. La logique concernant l'apprentissage d'habiletés spécifiques est basée sur la présomption que le comportement inadapté adopté par ces individus est en partie une conséquence des déficits au niveau d'habiletés spécifiques. Ces déficits comprennent une incapacité à tolérer des émotions douloureuses, des problèmes pour identifier et désigner correctement les expériences émotionnelles, des difficultés à reconnaître immédiatement l'expérience émotionnelle et des problèmes d'interaction avec les autres. Une atmosphère de travail d'équipe est encouragée au sein du programme. Plusieurs de nos patients ont peu de soutien social. Les patients sont amenés à sentir qu'ils sont appuyés par une communauté de cliniciens. On les présente aux cliniciens et on les encourage à contacter au besoin le leader de leur groupe d'entraînement aux habiletés en dehors des séances pour des formations à d'autres habiletés. Les membres de l'équipe peuvent apporter une aide particulièrement utile quand surviennent des problèmes dans la relation entre le thérapeute désigné et le patient. Comme plusieurs de nos patients n'ont pas de réseau social solide, la création d'une atmosphère de soutien communautaire thérapeutique peut aussi accroître l'engagement du patient. Vu que des interactions hors séances entre patients ayant des déficits interpersonnels pourraient mener à des conflits destructeurs pour la thérapie, les patients sont informés que les problèmes interpersonnels entre les membres du groupe ne peuvent être tenus secrets mais sont plutôt des occasions de pratiquer et de maîtriser des habiletés interpersonnelles et d'autorégulation.

### ***Le personnel***

L'équipe de consultation sert jusqu'à un certain point de « thérapie pour le thérapeute » (Linehan, 1993a). Ainsi, plusieurs des principes qui guident le traitement des patients sont ajustés et appliqués aux membres de l'équipe de consultation. Par exemple, les membres de l'équipe sont encouragés à adopter une approche dialectique, équilibrant les stratégies de validation et celles de changement et à garder un œil ouvert sur ce qu'ils pourraient manquer ou exclure du processus thérapeutique. Quant à la résolution des problèmes relatifs au traitement, l'équipe de consultation adopte largement une approche non jugeante de résolution de conflits. On encourage l'équipe à équilibrer la validation de la personne et l'expertise des thérapeutes tout en prenant en compte le besoin d'inciter le thérapeute à améliorer le traitement.

Les thérapeutes sont vus comme des individus ayant leurs propres besoins et limites, et aussi comme étant nécessairement faillibles et en relation fluide avec leurs patients. En abordant les problèmes de traitement et de relations, l'équipe de consultation encourage les thérapeutes individuels à considérer comment leurs propres comportements peuvent être polarisés, rigides ou autrement iatrogéniques. Par exemple, les membres de l'équipe consultante pourraient encourager les thérapeutes individuels à explorer comment ils pourraient pousser trop fort leurs patients à changer (p. ex. ignorer les limites courantes du patient) ou, d'un autre côté, comment ils pourraient valider un comportement néfaste de leurs patients (p. ex. l'automutilation).

### *Obstacles à l'implantation de la TDC*

Dans cette section, on veut souligner certains des obstacles et des limites à l'application de la TDC aux patients ayant un double diagnostic. Premièrement, malgré un corpus grandissant de données empiriques sur l'efficacité de la TDC dans le traitement des femmes ayant des troubles de personnalité limite, une seule étude a été publiée à ce jour sur l'efficacité de la TDC pour les patients ayant des troubles concomitants de personnalité limite et de toxicomanie (Linehan et al, 1999). Il n'existe pas de données empiriques sur l'efficacité de la TDC pour les individus ayant à la fois des troubles alimentaires et des troubles liés aux substances ni pour les individus ayant des troubles concomitants de violence et de toxicomanie. La chose est sans doute attribuable au fait que ce modèle de traitement est relativement nouveau. Bien que nous soyons enthousiastes quant à l'utilité d'adopter la TDC à cette population, nous sommes préoccupés par l'idée qu'on adopte largement ce modèle en l'absence de données probantes appuyant son efficacité. Des essais cliniques visant à évaluer l'efficacité clinique des approches décrites ci-haut sont en cours dans notre centre.

L'évaluation empirique de ces approches est particulièrement importante étant donné que l'implantation de ces traitements exige beaucoup de ressources. Fournir tous les modes standards de TDC a été un défi dans notre milieu de traitement. Des restrictions financières ont rendu quelquefois difficile la consultation téléphonique sur une base de 24 heures. Actuellement, dans la clinique de TDC pour les personnes souffrant de troubles de personnalité limite et de troubles liés aux substances, la consultation téléphonique est fournie par quelques membres seulement du personnel clinique. Cela veut dire que la personne dispensant cette consultation n'est pas toujours le thérapeute désigné et donc ne connaît pas toujours bien le patient. Selon notre expérience, les

patients sont moins susceptibles de consulter par téléphone s'ils ne connaissent pas bien le thérapeute.

Les bénéfices cliniques et financiers qu'on tire à appliquer le modèle complet de traitement doivent être comparés à l'utilité d'appliquer des modes de traitement sélectionnés pour des populations spécifiques. Par exemple, les stratégies téléphoniques peuvent être particulièrement importantes pour les personnes avec troubles de personnalité limite et toxicomanie étant donné qu'elles se retrouvent souvent en situation de crise. Par contre, cette approche pourrait être moins nécessaire auprès des patients ayant des troubles concomitants de violence et de toxicomanie ou de patients ayant des troubles alimentaires et une toxicomanie. Des études évaluatives sont nécessaires afin de déterminer si le modèle complet de traitement est nécessaire pour toutes ces populations souffrant de doubles diagnostics.

Notre expérience d'application de la TDC à un éventail de patients ayant un double diagnostic indique que certains changements aux stratégies de traitement tout comme l'apprentissage d'habiletés spécifiques peuvent être bénéfiques. Les données de Korman proposent d'intégrer une technique de « focus » conjointement aux stratégies standards de la TDC. Il suggère que cela pourrait aider à motiver davantage les patients à diminuer leurs comportements reliés à la colère. Les données de Courbasson mettent l'accent sur l'importance d'éduquer les patients au sujet de la relation entre manger et abuser de substances et de l'inclusion d'habiletés relatives au développement de bonnes habitudes alimentaires. Les bienfaits d'intégrer les stratégies d'autres modèles de traitement ou d'étendre les habiletés standards est une question qui devrait être évaluée systématiquement. Toutefois, des impressions cliniques suggèrent que cela présente certains avantages.

La dernière considération a trait à l'implantation de la TDC et au temps nécessaire au personnel pour les formations spécialisées requises pour apprendre le traitement. Jusqu'à maintenant, la majorité de nos cliniciens ont participé à des formations intensives de deux jours chez Linehan et ses collaborateurs. La formation est dispendieuse et prend un temps considérable. Il reste à établir combien de formations sont nécessaires pour implanter l'approche de façon efficace. De plus, il n'est pas clair que des cliniciens ayant diverses expériences cliniques réussiront à implanter cette approche de la même manière. Notre expérience suggère qu'une grande flexibilité personnelle de la part du thérapeute pourrait être le prérequis le plus important à l'application réussie de ce traitement.

## Conclusion

En développant notre programme de traitement, notre but premier a été d'aider les gens à effectuer des changements fondamentaux dans leur qualité de vie. Le focus du traitement est d'aider les patients à développer des habiletés de régulation des émotions afin de cesser de s'engager dans des comportements impulsifs et autodestructeurs. Le taux de référence à notre clinique est élevé et reflète sans doute les lacunes du côté des services intégrés de traitements pour patients ayant des problèmes de comorbidité. Nous sommes à développer un programme de rétablissement de stade II à l'intention des personnes qui n'ont plus de symptômes actifs de troubles alimentaires, de toxicomanie, de comportements suicidaires et de problèmes de contrôle de la colère. Le focus premier du stade II impliquera d'aider les patients à diminuer leur inhibition émotionnelle et à accroître leur expérience émotionnelle, ce qui exigera chez plusieurs qu'ils se remémorent des souvenirs traumatisants. Comme pour la TDC standard, nous croyons qu'il est important pour les patients de montrer un contrôle comportemental avant d'entrer en traitement, sans donner trop d'importance aux habiletés de coping qui sont fondamentales pour tolérer les émotions associées aux expériences douloureuses. Il existe une certaine base empirique pour prôner l'utilité de la TDC pour les patients souffrant de troubles de personnalité limite et de troubles liés aux substances (Linehan et al., 1999). Bien que la base empirique pour les autres applications décrites dans cet article soit insuffisante, une évaluation est présentement en cours. Nous sommes à évaluer l'efficacité clinique et l'impact économique de ces traitements pour ces sous-groupes de populations souffrant de comorbidité. L'information tirée de cette recherche sera déterminante pour une application élargie de la TDC à une population souffrant de problèmes concomitants.

## RÉFÉRENCES

- AGRAS, S. W., LINEHAN, M. M., TELCH, C. F., 1999, *Group Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating-disorder: A Preliminary Uncontrolled Trial*, Submitted for publication.
- BECK, A. T., 1967, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International Universities.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford Press.
- BRADLEY, B. P., GOSSOP, M., BREWIN, C. R., PHILLIPS, G., GREEN, L., 1992, Attributions and relapse in opiate addicts, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 470-472.

- CAREY, M. P., CAREY, K. B., MEISLER, W. W., 1991, Psychiatric symptoms in mentally ill chemical abusers, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 19, 3, 136-138.
- COOPER, G., 1992, *Treating the Psychiatrically Impaired Substance Abuser in Ontario: Failing to See the Forest for the Trees?* Paper presented at the Rural Mental Health and Addictions Conference, Sudbury, Canada.
- CUMMINGS, C., GORDON, J. R., MARLATT, G.A., 1980, Relapse: Prevention and prediction, in Miller, W.R. ed., *The Addictive Behaviours*, New York, Pergamon Press.
- DUTTON, D. G., 1995, *The Batterer: A Psychological Profile*, New York, Basic Books.
- ELLIS, A., 1977, *How to Live with and without Anger*, New York, Reader's Digest Books.
- ELLIS, A., DRYDEN, W., 1988, *The Practice of Rational Emotive Therapy*, New York, Springer.
- FOA, E. B., KOZAK, M. J., 1996, Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder, in Prien, M.R.F., ed., *Long-term Treatments of Anxiety Disorders*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 285-309.
- FOA, E. B., STEKETEE, G., YOUNG, M. C., 1984, Agoraphobia: Phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical considerations, *Clinical Psychology Review*, 4, 431-457.
- FRUZZETTI, A. E., LEVENSKY, E. R., 2000, Dialectical Behavior Therapy for Domestic Violence: Rationale and Procedures, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- GENDLING, E. T., 1996, *Focusing-Oriented Psychotherapy: A manual of the Experiential Method*, New York, The Guilford Press.
- GREENBERG, L. S., PAIVIO, S. C., 1997, *Working with Emotions in Psychotherapy*, New York, Guilford Press.
- GREENBERG, L. S., SAFRAN, J. D., 1987, *Emotion in Psychotherapy*, New York, Guilford Press.
- HARTLEY, E., MANNING, S., 1998, *Eating Disorders Handouts Adapted from Dialectical Behavior Therapy*, Unpublished manuscript.
- HAYES, S. C., 1987, A contextual approach to therapeutic change, in Jacobson, N. S., ed., *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspective*, New York, Guilford Press, 327-387.
- KESSLER, R. C., MCGONGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEM, H. U., KENDLER, K. S., 1994, Lifetime and 12-

- month prevalence of DSM-III psychiatric disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KHANTZIAN, E. J., 1985, The self-medication hypothesis of addictive disorders : Focus on heroin and cocaine dependence, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- KOONS, C. R., ROBINS, C. J., BISHOP, G. K., MORSE, J. Q., TWEED, J. L., LYNCH, T. R., GONZALEZ, M., BUTTERFIELD, M. I., BASTIAN, L. A., 1998, *Efficacy of Dialectical Behavior Therapy with Borderline Women Veterans : A Randomized Controlled Trial*, Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- KUSHNER, M. G., SHER, K. J., BEITMAN, B. D., 1990, The relation between alcohol problems and the anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- LINEHAN, M. M., 1993a, *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press.
- LINEHAN, M. M., 1993b, *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford.
- LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A., CRAFT, J. C., KANTER, J., COMTOIS, K. A., 1999, Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence, *American Journal on Addiction*, 8, 4, 279-292.
- LINEHAN, M. M., DIMEFF, L. A., 1997, *Dialectical Behavior Therapy Manual of Treatment Interventions for Drug Abusers with Borderline Personality Disorder*, Seattle, WA, University of Washington.
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. L., ARMSTRONG, H. E., 1993, Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974,
- LINEHAN, M. M., H. E. ARMSTRONG, H. E. SUAREZ, A. ALLMON, D., HEARD, H. L., 1991, Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Wagner, A.W., Cox, G., 1983, *Parasuicide History Interview : Comprehensive Assessment of Parasuicidal Behavior*, Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle.
- LYNCH, T. R., 2000, Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 4, 468-477.

- MCCANN, R., BALL, E. M., 1996, *Using Dialectical Behavior Therapy with an Inpatient Forensic Population*, Workshop presented at the 1st annual meeting of the International Society for the Improvement and Teaching of Dialectical Behavior Therapy (ISITDBT), New York.
- MCCANN, R. A., BALL, E. M., IVANOFF, A., 2000, DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L., WOODY, G., O'BRIEN, C. R., DRULEY, K. A., 1983, Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity, *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- MEICHENBAUM, D., CAMERON, R., 1983, Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills, in Meichenbaum, D., and Jaremko, M.E., eds., *Stress Reduction and Prevention*, New York, Plenum Press, 115-154.
- MILLER, A. L., RATHUS, J. H., LEIGH, E., LANDSMAN, M., 1996, *A Pilot Study: Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents*, Poster presented at the 1st annual meeting of the International Society for the Improvement and Teaching of Dialectical Behavior Therapy, New York, New York.
- NOVACO, R. W., 1976, Treatment of chronic anger through cognitive and relaxation controls, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 4, 681.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L., GOODWIN, F. K., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *Journal of the American Medical Association*, 19, 264, 2511-2518.
- ROSS, H., GLASER, F., GERMANSON, T., 1988, The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- ROUNSAVILLE, B. J., WEISSMAN, M. M., WEISSMAN, K., CRITS-CHRITOPH, K., WILBER, C., KLEBER, H., 1982, Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: Course and relationship to treatment outcome, *Archives of General Psychiatry*, 39, 151-156.
- STANLEY, B., IVANOFF, A., BRODSKY, B., OPPENHEIM, S., MANN, J., 1998, *Comparison of DBT and "Treatment as Usual" in Suicidal and Self-mutilating Behavior*, Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D. C, 1998.
- TELCH, C. F., WISER, S., 1999, Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder, *Psychotherapy in Practice*, 55, 8, 755-768.

TRUPIN, E. W., STEWART, D. G., BOESKY, L., MCCLUNG, B., BEACH, B., 1999, sous presse, Effectiveness of a dialectical behavior therapy program for incarcerated female offenders, in Koerner, K., Linehan, M.M., Dimeff, L.A., eds., *Summary of Research on DBT*, Seattle, The Behavioral Technology Transfer Group.

## ABSTRACT

### **Specialized treatment for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders : a model for integrating dialectical behaviour therapy**

This article describes an integrated treatment program for individuals with concurrent mental health and substance use disorders. Principles of dialectical behaviour therapy (DBT), originally developed by Linehan (1993a; 1993b) for chronically suicidal individuals with borderline personality disorder, provided the framework for the organization of a program of specialized treatment services in the following areas; substance use and borderline personality disorder, substance use and anger, and substance use and eating disorders. An overview of DBT and the rationale for founding a concurrent disorder program upon this approach is discussed. A description of our treatment protocols for the three subgroups of concurrent disordered patients is provided with attention to the similarities and differences from the standard DBT protocol. The principal elements of the program are highlighted.

## RESUMEN

### **Tratamiento especializado para individuos con coacontecimiento de desordenes de salud mental y de abuso de sustancias: un modelo para integrar la terapia dialectica behavioral**

Este artículo describe un programa de tratamiento integrado para individuos con un coacontecimiento de desordenes de salud mental y uso de sustancia. Principios de la terapia dialectica behavioral (DBT), desarrollada por Linehan (1993a; 1993b) para individuos crónicamente suicida con un desorden de personalidad límite (*borderline*) constituye el cuadro para la organización de un programa de servicios especializados en los campos siguientes: uso de sustancia y desorden de personalidad límite, uso de sustancia y cólera, uso de sustancia y turbios alimentarios. Un sobrevuelto del DBT y la racionalización para fundar un programa conjunto de desordenes basado sobre esta aproximación esta discutido. Una descripción del protocolo de tratamiento por los tres subgrupos de pacientes con desordenes esta dado con una atención a las similitudes y diferencias del protocolo estándar DBT. Elementos del progama estan subrayados.