

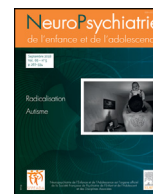


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Acceptabilité et faisabilité d'un module TCD-A multi-familles « tolérance à la détresse » proposé à des adolescents ayant un trouble de la personnalité borderline ou des troubles de la régulation émotionnelle

Acceptability and feasibility of a "distress tolerance" module of the TCD-A multi-family program offered to adolescents with borderline personality disorder or emotional regulation disorders

M. Jan ^{a,b,*}, P. Cardinal ^b, M. Speranza ^{b,c,d}

^a Université Paris Cité, Paris, France

^b Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, centre hospitalier de Versailles, Versailles, France

^c UVSQ, Inserm, CESP, Team DevPsy, université Paris-Saclay, Versailles, France

^d Institut du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent, centre hospitalier de Versailles et conseil départemental des Yvelines et des Hauts-de-Seine, Versailles, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Trouble de la personnalité limite à l'adolescence
Thérapie comportementale dialectique
Psychothérapies
Thérapie multi-familles
Acceptabilité, Faisabilité

RÉSUMÉ

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble psychiatrique fréquent qui apparaît à l'adolescence. La thérapie comportementale dialectique adaptée aux adolescents (TCD-A) a montré son efficacité dans la prise en charge psychothérapeutique des adolescents souffrant de conduites suicidaires ou d'auto-agressivité associées au trouble de la personnalité borderline. Au travers de notre étude nous avons souhaité explorer la faisabilité et l'acceptabilité, pour des adolescents présentant un TPL diagnostiqué ou des troubles de la régulation des émotions, d'un module TCD intitulé « tolérance à la détresse » proposé sur le mode d'un groupe multi-familles. Pour ce faire nous avons mis en place un groupe multi-familles de six adolescents et de leurs parents. L'acceptabilité et la faisabilité du protocole étaient excellentes. Les témoignages des adolescents et de leurs parents nous apportent des informations précieuses sur l'intérêt d'un tel groupe et sur les améliorations à introduire. La mise en place d'un tel groupe est une première en

Abbreviations: AMELIOR : Adresser une prière/ Mettre du sens/ Encouragement de soi/ Loisirs/ vacances/ Imagerie/ Orientation sur le présent/ Relaxation

BPFSC-11 : Borderline Personality Feature Scale for Children-11

CAMM : Child and Adolescent Mindfulness Measure

CIRCuiTS : Computerised Interactive Remediation of Cognition – Training for Schizophrenia

CSQ : Questionnaire de Satisfaction du Client DBT-A: Dialectical Behavior Therapy for Adolescents

EVASION : Encombrer l'esprit/Verrouiller les pensées/ Activités/ Sensations/ Inverser l'émotion/ Ouverture aux autres/ Nuancer

FFMQ : Five Facet Mindfulness Questionnaire

GPM : Good Psychiatric Management

GPM-A : Good Psychiatric Management for Adolescents

HAQ : Helping Alliance Questionnaire

HDJ : Hôpital De Jour

SPLIC : Soins Psychiatriques de Liaison et d'Intervention de Crise

TBM : Thérapie Basée sur la Mentalisation

TCD : Thérapie Comportementale Dialectique

TCD-A : Thérapie Comportementale Dialectique adaptée aux Adolescents

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité

TER : Température du visage /Exercice intense/ Respiration rythmée et Relaxation musculaire

TPL : Trouble de la Personnalité Limite

TRE-CHUG : Trouble de la Régulation des Émotions des Hôpitaux Universitaires de Genève.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marlenejan972@hotmail.com (M. Jan).

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.02.002>

0222-9617/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Jan M, et al, Acceptabilité et faisabilité d'un module TCD-A multi-familles « tolérance à la détresse » proposé à des adolescents ayant un trouble de la personnalité borderline ou des troubles de la régulation émotionnelle, Neuropsychiatr Enfance Adolesc, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.02.002>

France et nous souhaitons montrer par notre étude pilote, sa faisabilité, son acceptabilité et ses effets afin de promouvoir son développement et son implémentation dans le contexte pédopsychiatrique français.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Borderline personality disorder in adolescence
Dialectical behavior therapy adapted in adolescent
Psychotherapeutic treatment
Multi-family group
Acceptability
Feasibility

Borderline personality disorder is a common psychiatric disorder emerging in adolescence. Dialectical Behavioral Therapy adapted to adolescents (DBT-A) has proven to be effective as a psychotherapeutic treatment for adolescents suffering from borderline-related behaviors, such as suicidal or self-aggressive behaviors. In our study, we were interested in exploring the feasibility and acceptability of a DBT-A module entitled "distress tolerance", which reduces borderline-related behaviors in borderline adolescents or undiagnosed adolescents who experience difficulties in regulating their emotions. To do this, we set up a pilot study with one multi-family treatment group of six adolescents and their parents. The treatment was fully accepted by all adolescents and parents with an excellent acceptability. Comments from adolescents and parents gave us valuable information about the great interest of a multi-family treatment group and potential improvements for its implementation. This is the first study exploring a DBT-A multi-family treatment group in France. It highlights its feasibility, acceptability and potential positive effects. Further studies are needed to promote the implementation and development of such interventions in the context of child and adolescent psychiatry in France.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le trouble de la personnalité borderline ou limite (TPL) est un trouble psychiatrique fréquent dont la prévalence en population générale s'élève à 1–2 % sur la vie entière (plus fréquent que la schizophrénie) [1,2]. Même si les données concernant la prévalence de ce trouble à l'adolescence sont rares, les études retrouvent des taux entre 1 et 3 % en population générale [3], ce taux pouvant atteindre 11 % en psychiatrie ambulatoire et 50 % en milieu hospitalier [4,5]. Au total, 75 % des patients identifiés sont des femmes même si cette donnée est actuellement remise en question du fait de la question de biais méthodologiques comme les modalités de présentation clinique, l'accès aux soins ou l'incidence et la place des traumatismes notamment sexuels. Les patients présentant un TPL sont des consommateurs majeurs des ressources en santé mentale et représentent un véritable enjeu de santé publique en raison de l'importance de leurs recours aux soins avec un taux de suicide de 10 %, voire plus élevé pour les patients qui ont nécessité une ou des hospitalisations et un taux de tentative de suicide de 70 % sur la vie entière [6].

Ce trouble fait l'objet de nombreux mythes et préjugés dont celui d'être intraitable. Au contraire, cette pathologie a un bon pronostic si elle est prise en charge de manière adéquate et précocement. Ainsi, les études de cohorte montrent que 35 % des patients répondent aux critères diagnostiques à 4 ans, 25 % à 6 ans et seulement 15 % à 10 ans [7]. On constate aussi un taux de rechute faible autour de 10 % et des rémissions qui augmentent avec le nombre d'années de suivi. L'impulsivité disparaît en premier avec ainsi une diminution des comportements suicidaires ou para-suicidaires. Le sentiment d'abandon, de vide, et l'intolérance à l'abandon sont les symptômes les plus chroniques.

Cependant si sur un plan symptomatique/syndromique on observe une évolution relativement favorable, le TPL peut devenir un trouble chronique pour certains patients (estimés à 60 %) avec persistance d'un handicap psychique lourd, de troubles interpersonnels avec notamment des difficultés à conserver une relation affective stable ainsi qu'un travail [7].

Le trouble se déclare à l'adolescence et devient rare après 30 ans. Le diagnostic peut être posé dès l'adolescence si les critères diagnostiques sont présents depuis plus d'un an et perturbent la vie du patient avec une très bonne fidélité inter-juge et une assez bonne cohérence interne [8].

Les guidelines internationales indiquent que la psychothérapie est le traitement de première intention pour la prise en charge du TPL. Plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité des approches psychothérapiques et notamment la TCD (thérapie comportementale dialectique) et la TBM (thérapie basée sur la mentalisation) dans la réduction des comportements autodommageables et de la symptomatologie anxiodépressive [9]. Ces modèles ont été adaptés ces dernières années aux populations adolescentes avec des résultats encourageants [10]. L'intérêt d'une prise en charge précoce est clairement défini afin de limiter les handicaps inhérents à cette pathologie à savoir l'échec social et scolaire, la précarité, le chômage, l'isolement, les maladies somatiques, les comorbidités psychiatriques ou encore les maladies sexuellement transmissibles. Ces éléments sont des arguments forts pour l'implémentation de ces approches psychothérapiques validées dans le contexte francophone.

L'objectif de notre étude a été d'explorer la faisabilité et l'acceptabilité, pour des adolescents présentant un TPL diagnostiqué ou des troubles de la régulation des émotions, d'un module TCD intitulé « tolérance à la détresse » proposé sur le mode d'un groupe multi-familles. Le module était proposé en complément de la prise en charge déjà en place avec l'accord du référent clinique du jeune.

Le format multi-familles, proposé par Rathus et Miller [11] nous a semblé le plus pertinent afin de permettre aux adolescents souffrant d'un TPL ou de troubles de la régulation des émotions d'apprendre des compétences pour tolérer les moments de détresse émotionnelle intense en étant soutenus, validés et mieux compris par leur premier cercle interpersonnel à savoir leurs parents. Par ailleurs, le modèle transactionnel à la base de la TCD considère que le TPL émerge dans le cadre d'une difficulté d'ajustement entre un enfant avec un tempérament spécifique et un environnement qui n'arrive pas à répondre à ses besoins et qui invalide de manière souvent involontaire l'expérience émotionnelle de l'enfant (et ne permet pas l'acquisition de capacités autonomes de régulation émotionnelle). En l'absence d'une régulation émotionnelle efficace, les interactions entre l'adolescent et l'environnement familial se caractérisent par une dysrégulation interactionnelle majeure à laquelle contribuent tous les participants. Le modèle multifamilial se propose d'apprendre des compétences de tolérance à la détresse et de régulation émotionnelle autant au niveau de l'adolescent que

de son entourage ce qui permet de mettre en évidence la dimension transactionnelle à l'origine des troubles.

2. Matériel et méthode

2.1. Population

2.1.1. Critères d'inclusion

Six jeunes de 13 à 16 ans ayant recours à des passages à l'acte auto-agressifs pour réguler une souffrance morale intense ont été recrutés dans les Yvelines (3 orientés par la consultation de crise en post-urgence, 1 en post-hospitalisation, 1 par son psychiatre traitant et 1 suivi à l'HDJ de crise du centre hospitalier de Versailles). Quatre participants avaient reçu un diagnostic formel de TPL, les deux autres participants présentaient des troubles anxieux (un trouble anxieux généralisé et un trouble panique) avec des symptômes dépressifs associés mais sans diagnostic d'épisode dépressif caractérisé selon les critères du DSM V [12]. Tous les participants avaient présenté, durant les dernières semaines, des comportements suicidaires ou para-suicidaires (automutilations).

Pour participer à l'étude, les adolescents devaient bénéficier d'un suivi psychologique/psychiatrique individuel. 3 des adolescents étaient suivis par la consultation de crise du service dans l'attente d'un relai de prise en charge sur leur secteur. Ils bénéficiaient de consultations hebdomadaires ou bimensuelles selon les besoins. Un adolescent était suivi une demi-journée par semaine à l'hôpital de jour de crise du Centre Hospitalier de Versailles. Enfin, les deux derniers adolescents étaient suivis par un psychiatre traitant (l'un en CMP de secteur avec des consultations mensuelles et l'autre en libéral). Il est à noter que pour ces deux derniers adolescents le suivi ambulatoire s'est arrêté au cours du groupe. Nous avons pris la décision de les maintenir dans le groupe et de les encourager à trouver un nouveau thérapeute.

Les deux parents ou l'un des deux parents étaient également inclus avec l'engagement de participer de manière continue aux six séances prévues. Au total 8 parents ont complété le module. L'une des mères a été retirée des résultats concernant l'échelle de burn-out parental n'ayant pas complété le questionnaire post-groupe.

2.1.2. Critères d'exclusion

Pour participer au groupe, la communication entre le parent et l'adolescent ne devait pas être complètement rompue. Les adolescents ne devaient pas présenter d'épisode dépressif caractérisé afin de pouvoir s'engager dans la dynamique groupale. Lors du début du groupe les adolescents ne devaient pas non plus être dans une crise suicidaire active nécessitant une hospitalisation.

Tous les jeunes et leurs parents remplissaient et signaient un consentement écrit attestant de leur accord de participation à l'étude.

2.2. Support du module

2.2.1. La thérapie comportementale dialectique (TCD)

La TCD a été développée, dans les années 1990, par Marsha M. Linehan, psychologue américaine, professeure de psychologie et de sciences comportementales à l'université de Washington à Seattle et directrice du Behavioral Research and Therapy Clinics [13,14].

La TCD se base sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et sur les techniques d'affirmation de soi avec une focalisation sur la diminution des comportements auto-dommageables et l'amélioration des relations interpersonnelles. Elle s'inspire des pratiques zen de méditation et de pleine conscience afin d'apprendre aux patients à tolérer la détresse et à reconnaître et réguler leurs émotions. Les causes et les manifestations de la dysrégulation émotionnelle et de la dysrégulation

interpersonnelle sont explicitées aux patients pour mieux les comprendre et des compétences leur sont apprises afin d'y faire face. Le principe de la dialectique est au cœur de la thérapie : il se base sur la réconciliation des opposés afin de converger vers une synthèse de visions manichéennes. Le travail thérapeutique se focalise sur l'apprentissage de compétences permettant de réduire en premier lieu les comportements para-suicidaires et suicidaires, puis ceux interférant avec la thérapie, et enfin de travailler à la création « d'une vie qui vaut la peine d'être vécue ». Le patient et le thérapeute sont dans une position active. Le programme dure 6 mois et peut être reconduit.

La TCD tente de rencontrer les patients à travers différentes modalités. Ainsi les entretiens avec le thérapeute en psychothérapie individuelle hebdomadaire permettent de planifier le traitement, s'assurer des progrès concernant les objectifs de la prise en charge fixés en début de traitement, intégrer d'autres modes de thérapie si besoin, gérer les comportements suicidaires, faire le point sur les cartes journalières (qui retracent les événements positifs et négatifs de la semaine), s'assurer d'équilibrer la validation et le changement, de faire des liens avec les compétences acquises dans le groupe.

Les séances groupales d'acquisition des compétences également hebdomadaires de 2 h, s'articulent autour de quatre modules (la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions et La tolérance à la détresse). Au cours de ces séances, les patients apprennent des nouvelles compétences en lien avec les thématiques abordées, et partagent leurs expériences. Ils peuvent expérimenter dans le groupe de pairs une représentation plus sûre des relations avec les autres et avec la société.

Des consultations téléphoniques dans les moments de crises ou d'activation émotionnelle sont également possibles.

Enfin le thérapeute bénéficie d'une consultation d'équipe, qui peut s'assimiler à de la supervision ayant pour objectifs d'aider le thérapeute à planifier et gérer le traitement, veiller à l'adhésion aux principes de soin TCD, soutenir le thérapeute dans l'acquisition des compétences TCD, aider le thérapeute à observer ses limites et le soutenir quand elles sont franchies.

2.2.2. La thérapie comportementale dialectique adaptée aux adolescents (TCD-A)

Dès le début de son programme, Marsha Linehan a souhaité élargir le modèle de la TCD aux adolescents présentant des sévères dérégulations des émotions et du comportement [15]. Mais le modèle tel que créé par Marsha Linehan était de compréhension difficile pour les jeunes et leurs parents [16]. Pour le rendre plus accessible, Jill Rathus et Alec Miller ont développé, à partir du Manuel d'entraînement du Borderline pour adultes, une première version adaptée aux adolescents en 1997 [17] puis une version perfectionnée en 2007 [11]. Dans ces nouvelles versions, ces auteurs ont gardé l'esprit et les innovations de la TCD imaginée par Marsha Linehan, à savoir la théorie bio-sociale, les fonctions, les cibles et les stratégies, ainsi que l'apprentissage des compétences, mais ils ont mis un accent particulier sur la prise en charge et la place centrale de l'école et de l'environnement des jeunes.

Les informations cibles à transmettre sont condensées et simplifiées à savoir :

- les principes de la dialectique et les dilemmes des adolescents et de leur famille, avec comme objectif de diminuer les pensées extrêmes et les comportements auto-dommageables et au contraire augmenter la communication et les échanges interpersonnels ;
- la transmission des outils de validation, des principes de changement des comportements avec la tolérance à la détresse, la

Tableau 1
Les problématiques majeures et les compétences à acquérir dans la TCD-A d'après Rathus et Miller [11].

Trouble de l'identité : ne pas savoir ses buts ni les causes de son mal-être	Mindfulness : augmenter la conscience de soi, pour diminuer la souffrance et augmenter le plaisir
L'impulsivité : agir, réagir sans penser aux conséquences	Tolérance à la détresse : pour diminuer l'impulsivité, accepter la réalité telle qu'elle est
L'instabilité émotionnelle : les changements rapides et intenses des émotions	Régulation des émotions : augmenter les émotions positives et diminuer celles négatives
Les relations interpersonnelles conflictuelles : schéma habituel de conflit et d'instabilité affective	Relations interpersonnelles : apprendre le respect de soi tout en ayant une meilleure relation avec les autres
Les dilemmes de l'adolescent(e) et de sa famille : les pensées, sentiments, et les actions sont extrêmes	La voie du milieu : concernant la famille en vue de diminuer les conflits, apprentissage de la validation et de la pensée dialectique

régulation des émotions avec un vocabulaire accessible et des sessions didactiques ;

- la version de 2007 ajoute un 5^e module intitulé « marcher dans la voie du milieu » qui constitue un véritable guide de survie de la crise familiale avec une mise en position active des parents. La pensée dialectique y est explicitée et mise en pratique tout comme la validation à travers la prise en compte et la résolution des dilemmes dialectiques spécifiques de l'adolescence (vulnérabilité émotionnelle versus invalidation, passivité active versus compétences apparentes, crise clastique versus inhibition d'expérience). Ce module s'avère très utile dans le contexte du trouble borderline et ce d'autant plus à l'adolescence où établir des liens stables avec ses pairs et sa famille dans ce contexte d'impulsivité est très difficile.

Rathus et Miller mettent en lumière cinq problématiques majeures et en parallèle cinq compétences à acquérir comme illustrés dans le [Tableau 1](#) [11].

2.2.3. Le groupe multi-familles dans la TCD-A

Les adolescents présentant des passages à l'acte auto-agressifs ou suicidaires représentent souvent 3/5^{es} des adolescents bénéficiant de la thérapie. Comme pour la TCD adulte, la prise en charge comporte un travail en individuel, en groupe et des sessions téléphoniques.

La grande modification concerne le groupe qui se compose des adolescents mais aussi de leurs parents (les deux de préférence ou, en l'absence des parents, les personnes qui s'occupent de l'adolescent de manière pérenne) qui peuvent aussi avoir recours à l'assistance téléphonique. Il est également possible de réaliser des sessions de thérapie familiale avec les adolescents et leurs parents. Cette modification incarne toute la différence entre le travail avec les adultes et les adolescents. L'importance est ici donnée à la mise au travail de l'adolescent mais aussi de son premier cercle environnemental à savoir familial. La famille proche se retrouve au cœur de la prise en charge permettant de travailler les concepts clés de la TCD et notamment l'invalidation (familiale mais aussi scolaire, du groupe de pairs, des professionnels de santé) et ses répercussions. De même, on retrouve dans la thérapie les dilemmes de la dialectique mais sous le prisme de l'adolescence et de ses particularités (vulnérabilité émotionnelle versus invalidation, passivité active versus compétences apparentes, crise clastique versus inhibition d'expérience) ([Fig. 1](#)).

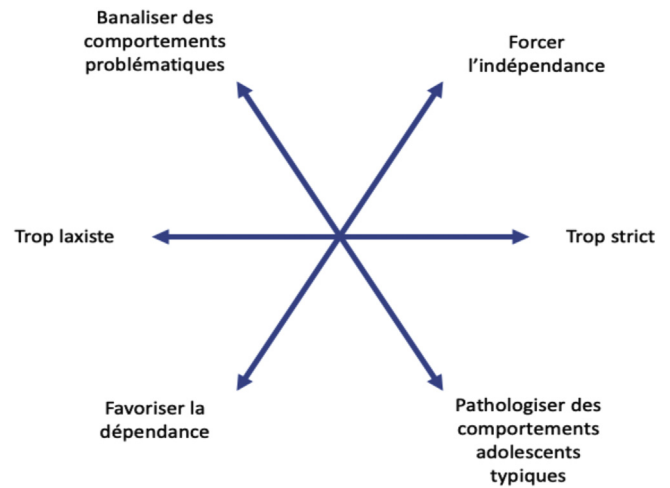


Fig. 1. Les dilemmes de la dialectique revisités par Rathus JH et Miller AL [18].

Les thérapeutes disposent également d'un plan d'urgence et d'outils pour accompagner les adolescents suicidaires dans la prise en charge psychothérapeutique. La thérapie s'adresse aux jeunes de 13 à 18 ans et dure au moins six mois (vingt-quatre semaines) avec la possibilité de réaliser un second module de thérapie pour les adolescents et/ou leurs parents selon les situations.

Les principaux facteurs de non-inclusion sont la schizophrénie active, les problèmes majeurs d'apprentissage ou de trouble cognitif (2 h de groupe par semaine sont nécessaires, importance de la concentration, de la compréhension et de l'assiduité).

2.2.4. Les supports du groupe

Nous avons traduit le module et les fiches d'entraînement du DBT Skills Manual For Adolescents de Rathus et Miller [11] en nous appuyant, pour certains termes, sur la traduction réalisée par l'équipe Trouble de la Régulation des Émotions des Hôpitaux Universitaires de Genève (TRE-CHUG) du Pr Perroud qui a traduit le DBT Skills Training Manual For Borderline de Marsha Linehan [15].

2.2.5. Déroulement du groupe

Le groupe se composait des 6 adolescents ainsi que de l'un ou des deux parents. L'assiduité devait être régulière durant les 6 semaines et le ou les parents et l'adolescent s'engageaient, en cas d'empêchement, à prévenir les thérapeutes et rattraper la séance manquée (lecture de documents transmis par l'équipe).

Contrairement au modèle classique de la TCD-A, les adolescents bénéficiaient d'une prise en charge psychologique/psychiatrique individuelle/familiale externe. Il n'y avait pas d'assistance téléphonique possible comme prévu par le modèle. Cependant, les parents et les adolescents pouvaient contacter l'équipe par courriel, hors des situations d'urgence, en cas de questionnements sur les tâches à réaliser entre deux séances ou pour prévenir d'une absence. Chaque séance durait entre 2 h et 2h30 et débutait par un exercice de méditation de pleine conscience. Une pause de 5 à 10 min était réalisée à la fin de la première heure. Durant la première heure, les participants (adolescents et parents) faisaient chacun à tour de rôle un compte-rendu des mises en application des compétences proposées lors de la séance précédente et à réaliser pendant la semaine. Ces retours pouvaient être écrits au préalable de préférence avant la séance, puis relatés à l'oral ou simplement relatés. En cas d'oubli de réalisation, les participants étaient invités à se remémorer des situations vécues en lien avec les compétences abordées. Des échanges naissaient des récits des participants et induisaient

Tableau 2
Caractéristiques de la population adolescente.

Éléments sociodémographiques	n = 6	%
Moyenne âge (13–15)	14,7 ± 0,8	
Distribution des âges		
13	1	16,7
15	4	66,7
16	1	16,7
Femmes	6	100 %
Nombre d'enfant dans la fratrie	1,83	
1	2	
2	3	
3	1	
Niveau scolaire		
Quatrième	1	16,7
Troisième	1	16,7
Seconde	3	50
Première	1	16,7
Traitement		
Aucun	1	11,1
Homéopathie	1	11,1
Sertraline	1	11,1
Fluoxétine	1	11,1
Mélatonine	1	11,1
Cyamémazine	4	44,4
Diagnostic		
Borderline	4	44,4
Angoisse	1	11,1
Dépression	2	22,2
Anxiété	1	11,1
Trouble panique	1	11,1

une dynamique de groupe parallèle à l'éducation thérapeutique et à la psychothérapie.

La deuxième heure, était consacrée à l'apprentissage des nouvelles compétences et à l'annonce des mises en pratique des compétences apprises, à réaliser pour la semaine suivante.

Les groupes multi-familles ont été conduits par Mr Cardinal, psychologue, et par Marlène Jan, interne en psychiatrie. Concernant la formation des intervenants, Mr Cardinal, psychologue, a suivi plusieurs formations en ligne et en présentiel sur la TCD-A. Mme Jan, a également effectué un semestre d'internat au sein de l'équipe du TRE du Pr Perroud à Genève spécialisée dans la prise en charge psychothérapeutique par TCD et mentalisation des adultes souffrant de TPL et de TDAH ainsi que celle du Dr Prada au SPLIC (soins psychiatriques de liaison et d'intervention de crise) spécialisée dans la crise suicidaire des patients présentant des troubles de personnalité notamment TPL.

2.3. Échelles utilisées avant le début du groupe

Avant le début du groupe, les adolescents et leurs parents ont rempli séparément une fiche de renseignements permettant de recueillir les principaux éléments sociodémographiques, les caractéristiques cliniques, les problématiques présentées et les attentes concernant le groupe (Tableau 2). Nous avons choisi des questionnaires courts, faciles et rapides à remplir afin de permettre une meilleure adhésion des membres du groupe.

2.3.1. Questionnaires adolescents

Les adolescents ont complété le BPFSC-11 (Borderline Personality Feature Scale for Children) qui est une échelle dimensionnelle élaborée par Crick et collègues [19] et modifiée par Sharp et Collègues [20] permettant de repérer les signes s'inscrivant dans un TPL. Le BPFSC-11 est un auto-questionnaire sur une échelle de Likert en cinq points (allant de pas du tout vrai à toujours vrai) utilisable chez l'enfant dès 9 ans. Un score global plus élevé indique un plus haut niveau de traits borderline, de sorte que même les jeunes à risque de TPL qui ne présentent pas tous les signes peuvent quand même être repérés et pris en charge le plus précocement possible.

Nous avons choisi la version abrégée du questionnaire, en raison de ses bonnes qualités psychométriques, validée en français dans des populations adolescentes [21]. Pour évaluer les difficultés cliniques des adolescents, nous avons utilisé plusieurs auto-questionnaires :

- les Questionnaires de Passage à l'Acte et d'Impulsivité du Manuel du Borderline de Desseille et collègues [22]. Ces échelles permettent de repérer de manière qualitative les types de passage à l'acte et l'impulsivité des adolescents. Les questions sont formulées pour susciter l'intérêt du patient pour les modules de la TCD. En effet, à partir des réponses positives données aux questions, il est possible d'indiquer à l'adolescent les modules qui permettent d'aborder les problèmes qui le concernent ;
- l'Échelle de Détresse Psychologique de Kessler en 10 items, qui est fondée sur 10 questions mesurant la fréquence des symptômes de détresse psychologique non spécifiques au cours du dernier mois. Le score K10 total est calculé en additionnant les scores obtenus à chacune des 10 questions. Un score K10 peut aller de 0 à 40, le degré de détresse psychologique s'avérant d'autant plus prononcé que le score est élevé [23] ;
- la Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) qui évalue les capacités de pleine conscience à travers 10 items en utilisant une échelle de Likert (0 = jamais vrai à 4 = toujours vrai). Les scores totaux varient de 0 à 40 et les scores les plus élevés indiquent un plus faible degré d'acceptation de soi et de pleine conscience [24].

2.3.2. Questionnaires parentaux

Les parents ont également rempli plusieurs auto-questionnaires :

- le FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*) qui est un questionnaire court visant à évaluer les capacités de pleine conscience. Il a été validé par E. Bohlmeijer et collègues. Plus le score obtenu était haut plus le parent expérimentait la pleine conscience [25] ;
- le questionnaire du Burn-Out Parental (*Parental Burnout Assessment*) élaboré par Roskam et collègues en 2018 [26], était également proposé. Dans ce questionnaire, un score inférieur ou égal à 30 signifie l'absence de burn-out ; entre 31 et 45 inclus le risque de burn-out est faible, entre 46 et 60 inclus, le risque de burn-out est modéré ; entre 61 et 75 inclus, le risque de burn-out est élevé ; enfin un score supérieur ou égal à 76 signifie que le parent est en burn-out [27] ;
- l'Échelle de Stress Perçu de du Penhoat élaborée en 2016, leur était également proposée. Les scores individuels peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé. Les scores allant de 0 à 13 sont considérés comme un stress faible. Les scores allant de 14 à 26 sont considérés comme un stress modéré. Les scores allant de 27 à 40 sont considérés comme un stress perçu élevé [28].

2.4. Échelles utilisées à la fin du groupe

Lors de la dernière séance du module, les adolescents et leurs parents ont été invités à remplir à nouveau une fiche de renseignements pour vérifier la modification de leurs objectifs et attentes vis-à-vis du groupe, des traitements en place ou des diagnostics posés. Ils ont également répondu aux questionnaires initiaux (Passages à l'Acte et Impulsivité du Manuel du Borderline [22], Capacités de Pleine Conscience pour les adolescents [24], Burn-Out Parental [27], Echelle de Stress Perçue [28] et *Five Facets Mindfulness Questionnaire* pour les parents [25].

Adolescents et parents ont également été invités à remplir un questionnaire de satisfaction réalisé selon le modèle CSQ-8 de Attkisson créé en 1979 et traduit par Charnbon en 1992 [29]. Nous nous sommes inspirés de la version en anglais de Palumbo et collègues

Tableau 3
Acceptabilité des adolescents et des parents.

	Moyenne	Écart-type
Acceptabilité des adolescents		
De manière globale comment définirais-tu le travail et le temps qu'il t'a fallu consacrer au groupe ?	5	0
Acceptabilité des parents		
De manière globale comment définiriez-vous le travail et le temps qu'il vous a fallu consacrer au groupe ?	5	0

parue en 2022 [30] dans le cadre de leur étude pilote sur l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité du programme CIRCuits de remédiation cognitive à destination de patients souffrant de schizophrénie. Ainsi, nous avons traduit et modifié leur version en ajoutant des questions permettant aux participants de répondre de manière ouverte et de donner leur avis sur la pertinence des différents chapitres du programme, leur intérêt, la facilité de compréhension, ce qu'ils avaient retenu des séances, leur utilité, l'acceptabilité et les idées pour améliorer nos pratiques.

2.5. Analyses statistiques

Nous avons utilisé uniquement des analyses statistiques descriptives sans tests de significativité en raison du faible échantillon de notre étude. Nous avons réalisé l'ensemble des statistiques grâce au logiciel Excel avec pour les résultats de l'acceptabilité un taux de confiance de 95 %. Les valeurs ont été reportées jusqu'aux dixièmes en arrondissant à la valeur supérieure, sauf pour la significativité. Nous nous sommes basés sur les travaux de de Bowen [31] et Palumbo [30] afin de déterminer l'acceptabilité et la faisabilité. Nous avons réalisé des analyses secondaires avec également un intervalle de confiance de 95 %. Les données sont proposées uniquement à titre informatif (Fig. 2).

3. Résultats

Six adolescents et 7 parents ont participé au module « tolérance à la détresse » du programme TCD-A. Les adolescents présentaient des scores de $42,5 \pm 5,1$ au BPFSC-11 (Borderline Personality Feature Scale for Children). Ces scores se rapprochent de ceux retrouvés par Sharp et collègues dans l'article de référence de l'instrument auprès d'une population d'adolescents présentant un TPL ($38,34 \pm 6,9$) [20]. Il s'agit d'adolescents avec un tableau clinique sévère pris en charge dans un contexte de crise.

3.1. Acceptabilité

3.1.1. Chez les adolescents

En ce qui concerne l'acceptabilité pour les adolescents du module « tolérance à la détresse » du programme TCD-A de Miller et Ratus nous l'avons évaluée par un item du questionnaire de satisfaction CSQ-8 [29] s'appuyant sur une échelle de Likert allant de 0 à 5, 0 étant vraiment inacceptable et 5 acceptable. Tous les participants ont répondu 5, ce qui met en évidence l'excellente acceptabilité du programme (Tableau 3).

3.1.2. Chez les parents

En ce qui concerne l'acceptabilité du module par les parents, nous l'avons évaluée avec le même item du questionnaire de satisfaction proposé aux adolescents. Tous les participants ont répondu 5 avec donc un taux d'acceptabilité de 100 % [29] (Tableau 3).

Tableau 4
Questionnaire de satisfaction des adolescents.

	M ± ET
En ayant en tête le modèle DBT-A utilisé pour le groupe, quels étaient les aspects les plus intéressants pour toi ?	
Tout le programme	4,3 ± 0,5
L'orientation	3,7 ± 0,8
La pleine conscience	4,2 ± 0,7
EVASION	4,5 ± 0,5
S'apaiser avec les 6 sens	4,3 ± 0,8
AMELIOR	3,3 ± 0,8
Avantages/inconvénients et TER	3,7 ± 1,0
Acceptation radicale de la réalité	3,8 ± 1,0
Comment qualifierais-tu la facilité de compréhension des séances ?	
Tout le programme	4,3 ± 0,5
L'orientation	3,8 ± 0,7
La pleine conscience	4,7 ± 0,5
EVASION	4,5 ± 0,5
S'apaiser avec les 6 sens	4,5 ± 0,8
AMELIOR	4,7 ± 0,5
Avantages/inconvénients et TER	4,5 ± 0,8
Acceptation radicale de la réalité	4,2 ± 1,6
En ce qui concerne les différentes séances, comment pourrais-tu évaluer leur utilité ?	
Tout le programme	4 ± 0,7
L'orientation	2,2 ± 1,6
La pleine conscience	4,6 ± 0,5
EVASION	4,4 ± 0,5
S'apaiser avec les 6 sens	4,6 ± 0,5
AMELIOR	3,6 ±
Avantages/inconvénients et TER	2,8 ±
Acceptation radicale de la réalité	1 ±

Tableau 5

Questions ouvertes pour les adolescents concernant la faisabilité et les améliorations à apporter au groupe.

De manière globale comment définirais-tu le travail et le temps qu'il t'a fallu consacrer au groupe ?
Pourrais-tu développer ton avis en une phrase ?
C'est acceptable
Beaucoup de temps à consacrer au groupe mais ce temps est utile donc ça ne m'a pas dérangé
C'était pas mal
Je me suis sentie vraiment validée, comprise et les expériences des autres me font me sentir moins seule et m'ont enrichie. Ça m'a vraiment aidée à mieux comprendre ce que je vivais
J'ai retenu des choses utiles et intéressantes
As-tu une/des idée(s) pour améliorer le groupe de DBT-A ?
Non c'est bien mais peut-être qu'il faudrait que l'on puisse plus parler
Aller un peu plus vite, faire plus participer, faire des « jeux » ensemble
Je trouve qu'on devrait plus échanger sur nos situations
Faire une séance sans parent
Autres commentaires
Peut-être au début laisser un temps pour raconter ce qui s'est passé globalement pendant la semaine
Pour certains « thèmes » c'était un peu trop long, faire moins de détails et aller au plus simple

3.2. Faisabilité

Pour l'ensemble du questionnaire nous avons utilisé des items s'appuyant sur des échelles de Likert en 5 points, 0 étant pas du tout intéressant ou pas du tout facile à comprendre et 5 étant très intéressant ou très facile à comprendre [29,30].

3.2.1. Pour les adolescents

Les résultats obtenus concernant la satisfaction des adolescents sont encourageants. En effet, le programme et chacun des thèmes qui le composent sont jugés intéressants. La compréhension des séances a également été jugée facile et dans l'ensemble toutes les séances ont été considérées utiles (voir Tableaux 4 et 5).



Fig. 2. Récapitulatif des questionnaires utilisés au cours de l'étude.

3.2.2. Pour les parents

Les résultats obtenus concernant la satisfaction des parents sont également encourageants. En effet, le programme et chacun des thèmes qui le composent sont jugés intéressants. La compréhension des séances est jugée facile et dans l'ensemble toutes les séances sont considérées utiles (voir Tableaux 6 et 7). En ce qui concerne leurs retours, les parents nous ont exprimé leur satisfaction et ont fait des propositions pour améliorer le groupe (voir Tableau 8).

3.3. Évolution clinique

Selon le questionnaire des Passages à l'Acte du Manuel du Borderline, la quasi-totalité des adolescents présentaient au début du groupe des comportements auto-dommageables en lien avec

une volonté de diminuer une tension intra-psychique difficile à contenir. Des comportements hétéro-agressifs étaient également rapportés par tous les adolescents. L'évaluation après le groupe indique, dans l'ensemble, des changements dans les comportements auto-dommageables et autodestructeurs mais avec une certaine variabilité selon les adolescents : une diminution de la variété des comportements auto-dommageables ($n = 2$), un arrêt de l'hétéro-agressivité ($n = 2$) et un arrêt des abus de toxiques ($n = 1$). Pour le plus jeune des adolescents du groupe, on observe un arrêt total des comportements auto ou hétéro-agressifs. Il est intéressant de noter que l'un des adolescents repérait également mieux les comportements problématiques entre le début et la fin du groupe et pouvait être plus exhaustif dans son témoignage (voir Tableau 9).

Tous les adolescents présentaient des comportements impulsifs avant le groupe et ils continuent à en présenter après le groupe.

Tableau 6
Questionnaire de satisfaction des parents.

	M ± ET
En ayant en tête le modèle DBT-A utilisé pour le groupe, quels étaient les aspects les plus intéressants pour vous ?	
Tout le programme	4,5 ± 0,5
L'orientation	4,1 ± 0,8
La pleine conscience	4,6 ± 0,5
EVASION	4,9 ± 0,3
S'apaiser avec les 6 sens	4,7 ± 0,5
AMELIOR	4,4 ± 1,0
Avantages/inconvénients et TER	3,4 ± 1,7
Acceptation radicale de la réalité	4,2 ± 1,7
Comment qualifieriez-vous la facilité de compréhension des séances ?	
Tout le programme	4,2 ± 0,5
L'orientation	4,4 ± 0,5
La pleine conscience	4,5 ± 0,5
EVASION	4,6 ± 0,5
S'apaiser avec les 6 sens	4,7 ± 0,5
AMELIOR	4,2 ± 1,0
Avantages/inconvénients et TER	4,1 ± 1,0
Acceptation radicale de la réalité	4,7 ± 0,5
En ce qui concerne les différentes séances, comment pourriez-vous évaluer leur utilité ?	
Tout le programme	4,6 ± 0,5
L'orientation	4,1 ± 0,9
La pleine conscience	4,5 ± 0,5
EVASION	4,5 ± 0,5
S'apaiser avec les 6 sens	4,6 ± 0,7
AMELIOR	4,2 ± 0,7
Avantages/inconvénients et TER	4,4 ± 0,5
Acceptation radicale de la réalité	4,7 ± 0,5

Tableau 7
Questions ouvertes pour les parents concernant la faisabilité.

De manière globale comment définiriez-vous le travail et le temps qu'il vous a fallu consacrer au groupe ?
Pourriez-vous développer votre avis en une phrase ?
Oui cela prend du temps mais ce n'est pas du temps perdu, les techniques abordées sont très intéressantes et le fait de se retrouver permet de se sentir moins seul
Sur 6 séances très bien et agréable de prendre du temps. Peut-être plus dur sur 24 (et en l'écrivant je me dis que c'est idiot)
Programme intéressant chaque séance apporte quelque chose le partage avec les autres familles est vraiment très important
Il y a des fois où en une semaine il était compliqué d'assimiler et appliquer
Le début trop scolaire après plus agréable
Des échanges intéressants des outils concrets et utiles
Peu contraignant et facile à faire, en tant que parent on a déjà pas mal d'expérience par rapport à nos ados
L'ensemble donne une bonne impulsion pour ne pas se décourager

Tableau 8
Questions ouvertes pour les parents concernant les améliorations à apporter au groupe.

Avez-vous une/des idée(s) pour améliorer le groupe de DBT-A ?
Plus de séances
Peut-être un peu moins intellectualiser le « on-boarding » n'est pas forcément évident
L'ambiance des séances devrait être plus souple, moins formelle
J'aurais préféré que l'on commence par les compétences de survie TER cela aurait permis aux jeunes d'être plus sereins
Plus d'exemples
Passer un peu moins de temps sur la pleine conscience limiter davantage les temps de debriefing de chacun
Un petit en-cas lors des pauses comme dans les films afin de retrouver quelque chose de connu
Autres commentaires
Cela nous a fait beaucoup de bien. Par contre je trouve cela trop court, ma fille commence juste à s'y appliquer il aurait fallu poursuivre plus longtemps les séances
Merci à vous c'était vraiment agréable et j'en tire beaucoup de choses
Peut-être un moment ado séparé des parents pour créer deux groupes aux attentes et écoutes différentes puis temps d'échange commun

On peut cependant repérer des variations individuelles avec une meilleure prise de conscience et verbalisation des comportements impulsifs.

En ce qui concerne la détresse psychologique et les capacités de pleine conscience, on retrouve, en début de prise en charge, des valeurs élevées attestant d'une détresse psychologique importante et d'une faible conscience de soi (les deux scores étant autour de 30 pour un score maximal de 40). Après le programme, on observe une diminution globale des scores (avec une moyenne de 20 pour la détresse psychologique et de 26 pour les capacités de pleine conscience) à l'exception de l'un des adolescents qui rapportait une augmentation de la détresse qu'il mettait en lien avec une meilleure reconnaissance de ses affects (voir [Tableau 10](#)).

En ce qui concerne les parents, les scores évalués avant et après le groupe indiquent globalement une amélioration des capacités de pleine conscience ainsi qu'une diminution du stress perçu et du burn-out parental (voir [Tableau 11](#)).

3 Discussion

Ce travail présente la première étude française sur d'implémentation du module « tolérance à la détresse » du programme TCD-A (thérapie comportementale dialectique pour les adolescents) selon le modèle original multi-familial protocolisé et validé par Rathus et Miller en 2015 [11]. En effet, la seule autre étude pilote réalisée par l'équipe de Garny de La Rivière du CHU d'Amiens en 2017 [32] s'adressait uniquement aux adolescents.

Notre étude avait pour but principal d'étudier la faisabilité et l'acceptabilité de l'implémentation de groupes multi-familles TCD pour des adolescents présentant des comportements auto-dommageables dans le contexte d'un trouble émergent de personnalité borderline. Les retours quantitatifs et qualitatifs des adolescents et de leurs familles montrent des résultats prometteurs et apportent des éléments de compréhension sur la TCD-A et sur les possibilités d'implémentation du programme.

Les résultats de notre étude montrent une acceptabilité du programme excellente tant pour les adolescents que leurs parents. La notion d'acceptabilité provient du domaine de la science de l'implémentation avec l'objectif d'évaluer l'adhésion, par des potentiels utilisateurs, à un service ou à une fonctionnalité nouvelle. Elle est particulièrement utile pour comprendre les éventuels freins à l'usage d'un nouveau dispositif. Bien qu'évaluée avec une question unique, l'excellente acceptabilité du module est intéressante dans la mesure où il propose un modèle d'intervention qui sort des pratiques cliniques habituelles avec des adolescents avec un profil de personnalité borderline ou avec dysrégulation émotionnelle : une approche psychoéducative centrée sur l'acquisition de compétences et une présence conjointe en groupe des adolescents et des parents. Selon le modèle bio-social de Marsha Linehan, le trouble de la personnalité borderline est considéré comme un déficit développemental d'acquisition de compétences de régulation émotionnelle en lien avec un environnement qui n'a pas été en mesure de s'ajuster aux besoins spécifiques de l'enfant. Proposer aux adolescents et aux parents d'apprendre ensemble ces compétences permettrait de relancer au même temps et la dynamique développementale et la dynamique relationnelle (avec la contribution de chacun à celle-ci) dans un contexte émotionnel « tempéré » assuré par la modalité psychoéducative du programme. De ce point de vue, l'aspect « scolaire », voire « ludique » du programme serait plutôt un facteur de protection d'une relation interpersonnelle trop chargée. Juste pour donner un exemple, les jeux de rôle du programme sont mis en place entre un parent et un autre adolescent que celui du parent, ce qui permet à chacun d'avoir une perspective différente de comment les choses se passent dès qu'on arrive à faire un pas de côté dans la relation.

En ce qui concerne la faisabilité, elle était évaluée de manière plus qualitative avec des questionnaires de satisfaction et des questions ouvertes adressées aux adolescents et à leurs parents. La notion de faisabilité fait référence à une démarche visant à explorer si un projet ou un dispositif est réalisable ou non, avant d'en proposer une implémentation sur une plus grande échelle. Selon les contextes, elle peut être explorée au travers de l'analyse de différents facteurs, tels que les facteurs liés à la satisfaction ou à la facilité d'utilisation du dispositif ou à des facteurs liés aux coûts financiers ou d'organisation. Les adolescents et leurs parents ont pu exprimer leur satisfaction de participer au programme et ont apprécié les thèmes proposés à chaque séance, les jugeant compréhensibles et utiles. La très grande majorité des participants a d'ailleurs exprimé le souhait de continuer le groupe avec une prise de conscience partagée des difficultés rencontrées.

À côté de ce retour positif, les parents et les adolescents ont également proposé un certain nombre de points d'amélioration en ce qui concerne le programme :

- assouplir le cadre afin de rendre l'ambiance plus conviviale et moins scolaire, en se focalisant moins sur la quantité de savoirs à transmettre et plus sur la qualité des échanges et des jeux de rôles ;

Tableau 9
Résultats du questionnaire des Passages à l'Acte du Manuel du Borderline[22].

	Au début du groupe	À la fin du groupe
Comportement auto-dommageables ou auto-mutilatoires Lesquels	Oui pour 5 Non pour 1 Se couper se scarifier, se brûler, se griffer Se cogner la tête parfois Pas de commentaire Se couper, se scarifier, se brûler avec des allumettes, se griffer ou se gratter jusqu'au sang, se cogner la tête contre les murs s'arracher les cheveux Se couper, se scarifier, se brûler, se griffer, se gratter jusqu'au sang, se faire vomir dans l'idée de se faire du mal, s'arracher les cheveux, les sourcils	Oui pour 5 Non pour 1 Se griffer Se couper, se scarifier, se brûler Se couper, se scarifier, se brûler, s'arracher les cheveux, les sourcils Se couper, se scarifier Se couper, se scarifier, se brûler, se griffer, se gratter jusqu'au sang, se faire vomir dans l'idée de se faire du mal, s'arracher les cheveux, les sourcils
Menaces suicidaires sans intention de mourir	Non pour 3 Oui pour 2 Un « Pas trop »	Non pour 5
Comportements impulsifs autodestructeurs Lesquels	Oui pour 5 Non pour 1 Boulimie, abus d'alcool ou de drogue, abus de médicaments Boulimie, dépenses incontrôlées, abus de médicaments Boulimie, sexualité à risque pendant un moment oui, abus de médicaments Dépenses incontrôlées, abus d'alcool ou de drogue, abus de médicaments Boulimie, sexualité à risque, dépenses incontrôlées, abus d'alcool ou de drogue, abus de médicaments	Oui pour 5 Non pour 1 Boulimie, abus d'alcool ou de drogue Boulimie, dépenses incontrôlées, abus de médicaments abus d'alcool ou de drogues Boulimie Abus d'alcool ou de drogue, abus de médicaments Boulimie, sexualité à risque, dépenses incontrôlées
Comportements hétéro-agressifs Lesquels	Oui pour les 6 Crier contre autrui pour 5 En arriver aux mains, se bagarrer, perdre le contrôle de soi-même pour 3 Oui pour les 6	Oui pour 5 Non pour 1 Crier contre autrui 1
Tendance à réagir plus intensément que la moyenne à de faibles provocations et mettre plus de temps pour se calmer Réduction rapide par ces comportements de la tension et du mal être Total	Oui pour 4 « Je ne sais pas » pour un Passage à l'acte pour les 6	Oui pour 5 Non pour 1 Passage à l'acte pour 5 avec une diminution de la variété des comportements auto-dommageables et autodestructeurs pour deux adolescents, arrêt de l'hétéro-agressivité pour deux des adolescents, arrêt des abus de toxiques pour un des adolescents Arrêt des passages à l'acte pour un adolescent

Tableau 10
Récapitulatif des indicateurs cliniques avant et après la participation des adolescents au module TCD-A.

	Score initial	Score final
Questionnaire des Passages à l'Acte du Manuel du Borderline	100 %	83 %
Questionnaire d'Impulsivité du Manuel du Borderline	83 %	83 %
Échelle de Détresse Psychologique de Kessler	30 ± 6	20 ± 10
Child and Adolescent Mindfulness Measure	30 ± 6	26 ± 10

Tableau 11
Récapitulatif des indicateurs cliniques avant et après la participation des parents au module TCD-A.

	Score initial	Score final
Five Facet Mindfulness Questionnaire (score maximal 120)	65 ± 8	81 ± 10
Echelle de stress perçu (score maximal 40)	23 ± 5	19 ± 6
Echelle de Burn-Out Parental	47 ± 44	31 ± 27

- mettre en place des séances entre parents seuls et entre adolescents seuls soulignant ainsi le besoin d'écoute et de soutien de la part de leurs pairs ;
- renforcer la confiance des parents en leurs capacités de gestion des crises.

On peut être sensibles à ces suggestions qui orientent l'attention sur le fait que le recours à des stratégies de psychoéducation et d'acquisition de compétences est à intégrer dans une démarche qui tient compte de la dynamique relationnelle et groupale, même si elle n'est pas la cible spécifique du modèle.

Notre étude présente des limites importantes du fait de son très faible échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats à une population d'adolescents présentant un trouble de la personnalité borderline ou des troubles de la régulation émotionnelle tout-venant. Les adolescents et les parents inclus dans l'étude étaient, par ailleurs, choisis parmi une population particulièrement difficile et en situation de crise et de mise en danger par leurs comportements. Il est possible qu'une proposition de soins structurée et innovante ait reçu un accueil favorable en raison d'un souhait d'étayage dans ce contexte de crise. Malgré ce biais, voire peut-être justement en raison de ce contexte spécifique, il est intéressant de constater qu'une proposition de groupe multi-familial centrée sur l'acquisition de compétences est bien investie par des adolescents présentant des troubles importants qui incluent des conflits avec leurs parents. La tendance à la diminution du stress perçu, du burn-out et l'amélioration des capacités de pleine conscience des parents retrouvés dans l'étude vont dans la direction de l'impact positif de l'éducation thérapeutique, principe intégré dans la plupart des modèles validés de prise en charge des troubles de la personnalité borderline de l'adolescent.

Il est important de souligner que nos résultats portent principalement sur l'implémentation du programme (faisabilité et acceptabilité) et non sur l'efficacité du programme sur les troubles eux-mêmes. Indépendamment du faible échantillon, l'évaluation de l'efficacité d'une intervention aurait nécessité un design d'étude spécifique, notamment une comparaison de méthodes alternatives, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. Nous avons intégré dans l'article les changements de certains indicateurs cliniques relevés à la suite de la participation au module uniquement à titre d'information sans que ceux-ci aient une valeur de preuve d'efficacité.

Malgré ces limites, les résultats de notre étude nous encouragent à poursuivre le développement du programme TCD-A avec la mise en place d'autres groupes multi-familles et le développement des autres modules du programme, ce qui est actuellement en cours dans le service. Cet enthousiasme pour la pratique de la TCD-A doit cependant s'accompagner d'une interrogation sur la place des thérapies spécialisées comme la TCD dans le contexte français actuel de manque de moyens matériels et humains et sur l'intérêt, en parallèle, d'implémenter des thérapies plus généralistes, comme le *Good Psychiatric Management* pour les adolescents présentant un TPL développé par Lois Choi-Kain de l'Université de Harvard dans la continuité du modèle de John Gunderson (GPM-A) [33]. Celui-ci, plus accessible à l'ensemble des professionnels de santé et des aidants, permettrait peut-être une prise en charge plus en amont des adolescents présentant un TPL et un recours aux soins plus spécialisés, comme la TCD-A, pour les patients souffrant des symptomatologies les plus sévères et nécessitant les soins les plus intenses. Cette perspective implique d'améliorer le dépistage et le diagnostic précoces des adolescents présentant un TPL au sein des populations adolescentes pour permettre une prise en charge mieux adaptée des troubles de la régulation des émotions et une meilleure gestion des comportements suicidaires et auto-dommageables.

4. Conclusions

Le trouble de personnalité limite à l'adolescence est un trouble sévère qui produit des niveaux de souffrance individuelle et familiale très élevés avec un pronostic défavorable à moyen et long terme et ce notamment en ce qui concerne l'adaptation psychosociale. Le développement de stratégies de prise en charge adaptées est en ce sens un enjeu majeur.

La mise en place de thérapies spécifiques incluant les familles dans le soin est un axe primordial à promouvoir pour améliorer le devenir du trouble.

Les résultats de notre étude d'implémentation des groupes multi-familles TCD-A montrent une faisabilité et une acceptabilité excellentes et incitent les cliniciens à proposer cette intervention validée aux adolescents TPL et à leurs familles.

Il est à souligner l'importance de la réalisation d'études de plus hauts niveaux scientifiques pour valider l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique adaptée aux adolescents et son impact dans le temps chez les adolescents TPL.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Catalogue de bibl. PubMed* 2009;25:533-45.
- [2] Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990;4(3): 257-72.
- [3] Marieke Schuppert H, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, et al. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(12) [1314-1323.e2].
- [4] Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:199-210.
- [5] Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Front Psychiatry* 2019;10:710.
- [6] Dimeff LA, Koerner K, Rizvi SL, editors. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. Second edition New York: The Guilford Press; 2021, 1 p.
- [7] Gunderson JG, Links PS. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. First edition Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014, 168 p.
- [8] Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(11):1307-20.
- [9] Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2020;5(5):CD012955 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012955.pub2>.
- [10] Jørgensen MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Faltinsen E, Todorovac A, Simonsen E. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features—A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *Kaess M*, éditeur. *PLOS ONE* 2021;16(1):e0245331.
- [11] Rathus JH, Miller AL. *DBT skills manual for adolescents*. New York: The Guilford Press; 2014, 392 p.
- [12] Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^e ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- [13] Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993, 558 p. (Diagnosis and treatment of mental disorders).
- [14] Linehan M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève: Médecine et hygiène; 2000.
- [15] Linehan M. *DBT skills training manual*. Second edition New York: The Guilford Press; 2015, 504 p.
- [16] Berk M, Adrian M, McCauley E, Asarnow J, Avina C, Linehan M. Conducting research on adolescent suicide attempters: dilemmas and decisions. *Behav Ther* 2014;37(3):65-9.

- [17] Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior. Therapy adapted for suicidal adolescents. *J Psychiatr Pract* 1997;3(2):78.
- [18] Rathus J, Campbell B, Miller A, Smith H. Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *Am J Psychother* 2015;69(2):163-78.
- [19] Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol* 2005;17(4):1051-70.
- [20] Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E. An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: refinement of the BPFSC using IRT. *Personal Disord Theory Res Treat* 2014;5(1):70-8.
- [21] Ensink K, Bégin M, Kotiuga J, Sharp C, Normandin L. Psychometric Properties of the French Version of the Borderline Personality Features Scale for Children and Adolescents. *Adolesc Psychiatry* 2020;10(1):48-58.
- [22] Desseilles M, Grosjean B, Perroud N. *Le manuel du borderline*. Paris: Eyrolles; 2014.
- [23] Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 2010;19(S1):4-22.
- [24] Greco LA, Baer RA, Smith GT. Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychol Assess* 2011;23(3):606-14.
- [25] Bohlmeijer E, ten Klooster PM, Fledderus M, Veehof M, Baer R. Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment* 2011;18(3):308-20.
- [26] Roskam I, Brianda ME, Mikolajczak M. A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: the Parental Burnout Assessment (PBA). *Front Psychol* 2018;9:758.
- [27] Roskam I, Mikolajczak M. *Le burn-out parental : comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck supérieur; 2018 (Carrefour des psychothérapies).
- [28] Du Penhoat G. *La boîte à outils de la gestion du stress*. Malakoff: Dunod; 2016 (La boîte à outils).
- [29] Kapp C, Perlini T, Baggio S, Stephan P, Urrego AR, Rengade CE, et al. [Psychometric properties of the Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) and the Helping Alliance Questionnaire (HAQ)]. *Sante Publique Vandœuvre-Nancy Fr* 2014;26(3):337-44.
- [30] Palumbo D, Mucci A, Giordano GM, Piegari G, Aiello C, Pietrafesa D, et al. The efficacy, feasibility and acceptability of a remotely accessible use of CIRCuITS. A computerized cognitive remediation therapy program for schizophrenia: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:3103-13.
- [31] Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. *How We Design Feasibility Studies*. *Am J Prev Med* 2009;36(5):452-7.
- [32] Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2017;65(1):5-13.
- [33] Ilagan GS, Choi-Kain LW. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol* 2021;37:1-6.