Minerva - Analyse - 20/04/2026

La thérapie comportementale dialectique ou un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme traitement des tendances suicidaires dans le trouble de la personnalité limite ?

Référence
Brodsky BS, Galfalvy H, Mann JJ, et al. Dialectical behavior therapy versus serotonin reuptake inhibitor treatment for suicidal behavior in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2025;182:1083-92.
DOI: 10.1176/appi.ajp.20240298

Analyse de
Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quel est l'effet de la thérapie comportementale dialectique, comparée à un traitement pharmacologique par un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, sur les tendances suicidaires chez les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite ?

Contexte

Le trouble de la personnalité limite (TPL ; = trouble de la personnalité borderline) est un trouble mental chronique caractérisé par une tendance constante (chronique) à l'instabilité dans les relations (schéma d'« attraction-répulsion »), l'image de soi et les émotions et par une impulsivité élevée (1). L'un des principaux symptômes est un comportement d'automutilation récurrent ou des tentatives de suicide répétées (1). Le risque de décès par suicide est donc plus élevé chez les personnes atteintes de TPL que dans la population générale. Jusqu'à 75% d'entre elles font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (2), et 3 à 10% des personnes atteintes de TPL décèdent par suicide. La thérapie comportementale dialectique (TCD) est une forme de thérapie cognitivo-comportementale scientifiquement étayée qui a été développée par Marsha M. Linehan pour les personnes atteintes de TPL (3,4). La TCD utilise différents types de compétences, comme la pleine conscience, la gestion de crise, la régulation émotionnelle et l'efficacité interpersonnelle (3,4). Cette approche non pharmacologique est importante car, à ce jour, il existe peu de preuves scientifiques de l'efficacité des médicaments pour traiter les tendances suicidaires chez les personnes atteintes de TPL (5,6). L'étude que nous allons examiner ici (7) plus en détail tente de contribuer à combler cette lacune de la recherche scientifique.

Résumé

Population étudiée

- recrutement par divers canaux : annonces, courriers électroniques, réseaux sociaux, sites web, services d'urgence psychiatrique locaux, services ambulatoires et résidentiels
- dans un premier temps, un entretien téléphonique, puis une visite en face à face avec deux cliniciens afin de déterminer si les participants potentiels répondaient aux critères d'inclusion
- critères d'inclusion :
  - personnes ayant entre 18 et 55 ans
  - diagnostic de trouble de la personnalité borderline *
  - pensées suicidaires au cours de la semaine écoulée

    - au cours des six derniers mois, au moins un épisode d'automutilation, une tentative de suicide ou un comportement en rapport avec le suicide (tentative de suicide interrompue ou arrêtée ou pensées suicidaires ayant conduit à une admission aux urgences et/ou à une admission en psychiatrie), et encore au moins un de ces épisodes pendant l'année écoulée
    - traitement possible en ambulatoire en toute sécurité
    - n'a reçu aucun autre traitement efficace
- critères d'exclusion : trouble bipolaire, troubles psychotiques, déficience intellectuelle, nécessité d'une hospitalisation résidentielle pour soins aigus
- finalement, inclusion de 84 personnes ; âge moyen : 29,3 ans (écart-type : 9,4 ans) ; principalement des femmes (92%) ; 57% étaient des Blancs, 24% étaient des Hispaniques ; 95% avaient des antécédents d'évènements en rapport avec le suicide : 71% avaient déjà tenté de se suicider (65% avaient récemment fait une tentative de suicide), 24% avec une hospitalisation, 2% avec une visite aux urgences, et, dans 4% des cas, il s'agissait d'un micro-surdosage ; 93% avaient des antécédents de comportements d'automutilation (35% avec des comportements d'automutilation récents) ; il y avait une comorbidité significative telle que trouble dépressif majeur (68%), trouble de stress post-traumatique (19%), consommation de substances (18%) et anxiété sociale (17%) ; 40% avaient été victimes de violence physique, et 39% de violence sexuelle.

  * Critères du DSM-V pour le trouble de personnalité limite (TPL) (1)
  Un schéma généralisé d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et l'affect, ainsi qu'une impulsivité marquée, débutant au début de l'âge adulte et présents dans divers contextes, comme en témoignent (au moins) cinq des caractéristiques suivantes :
    1. Efforts pour éviter un abandon (réel ou imaginé)
    2. Relations intenses et instables (idéalisation ↔ dévalorisation)
    3. Image de soi instable / trouble de l'identité
    4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement autodestructeurs (par exemple, dépenses, sexe, toxicomanie, conduite imprudente, crises de boulimie)
    5. Comportements suicidaires récurrents ou automutilation
    6. Instabilité affective (humeur très fluctuante)
    7. Sentiment permanent de vide intérieur
    8. Colère intense ou incontrôlable
    9. Idées paranoïaques transitoires ou symptômes dissociatifs (liés au stress).

Protocole de l'étude
Étude randomisée, contrôlée

- stratification selon le type de comportement d'automutilation et la présence ou non d'une intention suicidaire
- répartition aléatoire entre les traitements, qui ont duré chacun 6 mois et ont été évalués tous les 2 mois :
    - thérapie comportementale dialectique (TCD) (n = 42) : thérapie individuelle hebdomadaire (analyse des comportements problématiques, enseignement des stratégies d'adaptation, etc.), séances de groupe hebdomadaires au cours desquelles les compétences sont entraînées/enseignées (entre autres la régulation émotionnelle, la gestion de crise, l'efficacité interpersonnelle et la pleine conscience), soutien téléphonique en cas de crise entre les séances ; les thérapeutes ont participé à une supervision hebdomadaire
    - inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (n = 42) : fluoxétine débutée à 20 mg/jour, la dose maximale étant de 40 mg/jour ; en outre, au moins deux consultations brèves par semaine avec un psychiatre pour le suivi, la psychoéducation et le soutien
- diminution progressive et période de sevrage de deux semaines sous la supervision d'un psychiatre pour les participants qui prenaient des médicaments avant l'étude

- les participants des deux groupes pouvaient prendre un somnifère (clonazépam ou zolpidem) au besoin
- après l'intervention, les participants ont pu choisir eux-mêmes leur traitement ultérieur ; des séances de suivi ont eu lieu 3 et 6 mois après la fin du traitement.

Mesure des résultats

- principaux critères de jugement : nombre d'évènements en rapport avec le suicide (tentative de suicide interrompue ou arrêtée, ou pensées suicidaires ayant entraîné une admission aux urgences et/ou une hospitalisation en psychiatrie) au cours des six mois de traitement
- critères de jugement secondaires, utilisant des questionnaires validés et des entretiens semi-structurés :
    - tentative de suicide
    - comportements d'automutilation
    - gravité de la dépression et dépression majeure
    - gravité des pensées suicidaires
    - symptômes de TPL
    - impulsivité
    - évolution clinique
    - dysrégulation émotionnelle
- tous les résultats ont été mesurés à 2, 4 et 6 mois pendant le traitement et à 3 et 6 mois après le traitement
- analyse en intention de traiter + analyse per protocol (uniquement les personnes ayant terminé le traitement).

Résultats

- 77 participants (39 du groupe TCD, 38 du groupe médicaments) ont été vus au moins une fois après la randomisation ; la durée médiane du traitement était la même dans les deux groupes (211-212 jours) ; dans le groupe médicaments, 14 personnes ont reçu 20 mg/jour de fluoxétine, augmentée à 40 mg/jour chez 16 personnes, 5 personnes ont reçu de la paroxétine ou du citalopram 20-30 mg/jour, et, pour les 3 autres personnes, on ne sait pas
- résultats des principaux critères d'évaluation : moins d'évènements liés au suicide sont survenus au cours de la phase de traitement de 6 mois dans le groupe TCD que dans le groupe ISRS (4 participants contre 12 avec ≥ 1 évènement, et 1 participant contre 4 avec 2 évènements) (RR de 0,29 ; p = 0,016), et ces évènements sont également survenus moins fréquemment dans le groupe TCD (p = 0,015) ; lors du suivi après la phase de traitement, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été constatée quant aux évènements en rapport avec le suicide
- résultats des critères de jugement secondaires :
    - moins de tentatives de suicide sont survenues au cours de la phase de traitement de 6 mois dans le groupe TCD (4 participants) que dans le groupe ISRS (9 participants) (RR de 0,32 ; p = 0,048), mais sans différence quant au délai ; durant le suivi après la phase de traitement, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été observée quant au nombre de tentatives de suicide
    - le taux de comportements d'automutilation était plus faible pendant la phase de traitement de 6 mois chez les participants du groupe TCD que chez ceux du groupe ISRS (RR de 0,69; p=0,008) ; sans différence significative dans le risque zéro de comportements d'automutilation et dans les comportements d'automutilation pendant le suivi après la phase de traitement
    - aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant les idées suicidaires, la dépression ou les symptômes du trouble de la personnalité limite (diminution dans les deux groupes) ; cependant, on a constaté davantage de dépressions majeures dans le groupe TCD (26%) que dans le groupe ISRS (3%) lors du suivi après la phase de traitement (p = 0,013)

- l'impulsivité a diminué dans le groupe TCD ($p < 0,001$), mais pas dans le groupe ISRS ($p = 0,845$), ce qui a entraîné une différence significative entre les deux groupes ($p = 0,002$) ; une analyse de médiation a montré que les changements en termes d'impulsivité n'expliquaient pas la différence dans les évènements en rapport avec le suicide et dans les comportements d'automutilation
- le groupe ISRS a montré une amélioration clinique plus générale à 2 mois (moyenne 3,28 contre 3,74 ; $p = 0,046$), mais cette différence a disparu par la suite
- la diminution de la dysrégulation émotionnelle a été plus rapide dans le groupe TCD que dans le groupe ISRS ($p = 0,005$) ; une analyse de médiation a montré que les changements dans la dysrégulation émotionnelle n'expliquaient pas la différence dans les évènements en rapport avec le suicide et dans les comportements d'automutilation.

Conclusion des auteurs
Six mois de thérapie comportementale dialectique se sont avérés plus efficaces que six mois de traitement par ISRS pour réduire les évènements suicidaires et les comportements d'automutilation chez les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite.

Financement de l'étude
Des subventions du National Institute of Mental Health (NIMH) en Etats-Unis.

Conflits d'intérêt des auteurs
Un auteur a perçu des redevances pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, CSSRS) et pour l'utilisation de l'application Pathways ; hormis cela, aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
La qualité méthodologique de cette étude randomisée contrôlée est bonne. Les analyses ont été préenregistrées, ce qui limite le risque de publication sélective ou de dragage de données (p-hacking). Les auteurs ont effectué des analyses en intention de traiter et ont également mené des analyses de sensibilité à partir des données « per protocol » (avec les participants qui ont terminé le traitement). Étant donné que les participants randomisés n'ont pas tous reçu l'intervention (39/42 dans le groupe TCD et 38/42 dans le groupe ISRS), une analyse per protocol était pertinente. Les deux analyses ont toutefois donné des résultats cohérents, ce qui confirme la robustesse des résultats. Des instruments d'auto-évaluation validés et des entretiens semi-structurés ont été utilisés, ce qui renforce la fiabilité des mesures. De plus, les méthodes d'analyse statistique étaient bien adaptées à la nature des données. Dans leurs analyses, les auteurs ont tenu compte du fait que les évènements en rapport avec le suicide sont relativement rares. De plus, des ajustements ont été effectués en fonction du temps passé par les participants dans l'étude. Une analyse de survie a été menée pour évaluer non seulement le nombre de tentatives de suicide par patient, mais aussi le moment des évènements (délai avant le comportement suicidaire). Cela permet d'obtenir une image plus nuancée des effets du traitement. De plus, une analyse de médiation a également été effectuée pour déterminer si les changements d'impulsivité et de dysrégulation émotionnelle pouvaient expliquer les effets de la thérapie comportementale dialectique.
Nous formulons toutefois quelques remarques concernant la méthodologie de cette étude. Selon les auteurs, l'étude était suffisamment puissante, mais cette affirmation peut être remise en cause. En effet, aucun calcul a priori de la taille de l'échantillon n'est mentionné. Cela complique l'interprétation des résultats non significatifs, surtout compte tenu du nombre relativement limité de participants ($n = 84$) et du faible nombre d'évènements survenus pendant le suivi. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes que l'étude manquait probablement de puissance statistique suffisante pour certaines analyses, notamment concernant les résultats à long terme. Il existe également un risque de biais de performance dans cette étude, car la mise en aveugle n'était pas possible compte tenu de la nature des interventions.

Un biais de détection ne peut pas non plus être totalement exclu, car, bien que l'évaluation des résultats ait été effectuée en aveugle, certaines mesures reposent également sur l'auto-déclaration.

Évaluation des résultats

Cette étude montre que la thérapie comportementale dialectique (TCD) pendant la phase de traitement entraîne une diminution de la fréquence et du nombre d'évènements suicidaires et de comportements d'automutilation, comparativement au traitement par ISRS. On observe également une réduction de l'impulsivité et de la dysrégulation émotionnelle, tandis que les deux traitements sont comparables en termes de symptômes dépressifs, d'idées suicidaires et de symptômes de trouble de la personnalité limite. Il est frappant de constater que la prévalence de la dépression majeure après six mois était plus faible dans le groupe traité par ISRS. Cela suggère que le traitement pharmacologique pourrait être plus efficace pour les symptômes de l'humeur, tandis que la thérapie comportementale dialectique aurait davantage d'influence sur la régulation comportementale et les compétences émotionnelles, ce qui correspond à la justification et aux objectifs des deux traitements.

La thérapie comportementale dialectique et les ISRS sont des traitements couramment utilisés en Belgique. À cet égard, les résultats de l'étude sont donc applicables dans notre contexte belge. Cependant, une limite importante à la généralisation à la pratique clinique est que l'étude a examiné la thérapie comportementale dialectique et les ISRS en tant que thérapies isolées et non en combinaison avec un autre traitement. En pratique, les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite présentent souvent des symptômes graves et éprouvent d'intenses souffrances, comme l'illustre la forte prévalence de comorbidités dans cet échantillon. Ils suivent donc souvent une psychothérapie et prennent simultanément des médicaments (de divers types). Par ailleurs, la population étudiée est composée majoritairement de femmes (92%), ce qui n'est pas surprenant étant donné que le diagnostic de trouble de la personnalité limite est beaucoup plus fréquent chez les femmes. Cependant, cela limite l'extrapolation des résultats aux hommes en raison des différences connues entre les sexes en matière de comportements suicidaires et de recherche d'aide. De plus, les auteurs ont utilisé une limite d'âge de 18 à 55 ans comme critère d'inclusion, sans aucunement justifier ce choix. Les résultats ne sont donc pas extrapolables aux personnes âgées de plus de 55 ans. Bien que l'adhésion des thérapeutes en thérapie comportementale dialectique ait été correctement surveillée (score d'adhésion moyen de 4,1 sur 5), il reste possible que des différences dans l'intensité du traitement aient joué un rôle. La thérapie comportementale dialectique est une intervention intensive, caractérisée par des contacts très fréquents (séances hebdomadaires, séances de groupe et coaching téléphonique), contrairement au traitement par ISRS. Cette différence dans le nombre de contacts thérapeutiques pourrait expliquer en partie l'effet observé. D'autre part, les effets indésirables n'ont pas été systématiquement signalés. Il s'agit d'une limitation importante, surtout si l'on considère que la thérapie comportementale dialectique peut être une intervention contraignante tant pour les patients que pour les soignants, et que les ISRS peuvent être associés à de multiples effets indésirables, y compris une possible augmentation du risque suicidaire au début du traitement. Il est crucial, pour le choix du traitement, de mieux cerner cet équilibre.

Les résultats à long terme sont difficiles à interpréter car les traitements supplémentaires reçus par les participants n'ont pas été systématiquement enregistrés. Par conséquent, il est difficile de déterminer si la disparition de l'effet après la phase de traitement est due à l'extinction de l'effet de la thérapie comportementale dialectique ou des traitements supplémentaires dans les deux groupes. Il semble y avoir une tendance à une augmentation des évènements en rapport avec le suicide dans le groupe TCD après la phase de traitement. Ce résultat pourrait ne pas être significatif en raison d'un manque de puissance statistique. Quoi qu'il en soit, cela soulève des questions quant à la durée des effets et à l'importance potentielle d'un accompagnement à long terme ou continu de cette population. Enfin, nous notons que les participants des deux groupes ont eu la possibilité de prendre des somnifères, notamment des benzodiazépines (clonazépam) ou du zolpidem. Cependant, les guides de pratique clinique mettent en garde contre l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes suicidaires atteintes de trouble de la personnalité limite étant donné l'association possible avec un risque accru de suicide (8).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Peu de guides de pratique clinique abordent spécifiquement le traitement des idées suicidaires, en particulier chez les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite. Le centre d'expertise flamand pour la prévention du suicide (*Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie*, VLESP) indique que, chez

les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite, la thérapie des schémas, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie mixte, la thérapie basée sur la mentalisation et la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces dans le traitement du comportement suicidaire (9). Il indique également qu'il existe peu de preuves de l'efficacité des médicaments dans ce contexte. Les guides de pratique clinique généraux du VLESP (10) sur la détection et la prise en charge des patients qui ont des idées suicidaires ou un comportement suicidaire recommandent différents points, notamment dans un premier temps l'élaboration d'un « plan de sécurité » (Safety Plan). Son guide de pratique clinique sur les tendances suicidaires à long terme (11) s'appuie sur des recherches approfondies menées auprès de personnes atteintes de trouble de la personnalité limite, pour qui la planification de la sécurité est également recommandée, ainsi que la réalisation d'une bonne évaluation des risques, l'exploration de la fonction et de la signification des tendances suicidaires, l'entretien motivationnel et le renforcement des compétences d'adaptation. Il est particulièrement recommandé de faire preuve de retenue dans la mise en œuvre de mesures de sécurité restrictives.
Pour les troubles de la personnalité, les normes néerlandaises en matière de soins de santé mentale indiquent la psychothérapie comme traitement de première intention (12). Pour les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite, elles mentionnent spécifiquement la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), la thérapie comportementale dialectique, la thérapie des schémas et la thérapie basée sur la mentalisation (*Mentalization-Based Treatment*, MBT). Pour les comportements impulsifs et agressifs, une formation aux compétences (telle que la thérapie comportementale dialectique) est recommandée. Le traitement pharmacologique est préconisé uniquement pour rendre supportables certains symptômes, pour prévenir le risque de suicide, pour résoudre une crise et/ou pour permettre ou soutenir un traitement psychothérapeutique. L'importance d'établir un « plan de sécurité » (Safety Plan) est également soulignée. Les deux guides de pratique clinique insistent sur l'importance de déterminer les interventions les plus appropriées, en concertation avec le patient. Une précédente analyse publiée dans Minerva relevait déjà l'importance de l'autonomie du patient dans le choix du traitement afin de renforcer la motivation et l'efficacité (13).

Conclusion de Minerva

Cette étude randomisée contrôlée, qui a été correctement menée d'un point de vue méthodologique, avec des analyses statistiques approfondies, compare un traitement de six mois par thérapie comportementale dialectique avec les ISRS pour la prise en charge des tendances suicidaires chez des personnes atteintes de trouble de la personnalité limite (principalement des femmes). Les résultats montrent que la thérapie comportementale dialectique est plus efficace que les ISRS en ce qui concerne les évènements en rapport avec le suicide (tentatives de suicide interrompues ou arrêtées ou pensées suicidaires conduisant à une admission aux urgences et/ou à une hospitalisation en psychiatrie), les tentatives de suicide, les comportements d'automutilation, l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle. Cependant, bon nombre de ces effets ne se sont pas maintenus au-delà de 3 et 6 mois après le traitement. Pour l'extrapolation à la pratique clinique, il faut tenir compte du fait qu'il s'agissait d'une population relativement jeune (18-55 ans) et principalement composée de femmes (92%). Il convient également de noter que les personnes atteintes de trouble de la personnalité limite reçoivent souvent des traitements combinés, ce qui n'était pas le cas des patients inclus dans le groupe d'intervention et dans le groupe témoin de cette étude. Enfin, il est difficile d'évaluer précisément le rapport bénéfice-risque du fait que les effets indésirables n'ont pas été signalés de manière systématique.

Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision. 5th ed. American Psychiatric Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. Personal Mental Health 2017;11:157-63. DOI: 10.1002/pmh.1375
3. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
4. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press 1993.

5. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. CNS Drugs 2021;35:1053-67. DOI: 10.1007/s40263-021-00855-4
6. Feurino L, Silk KR. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep 2011;13:69-75. DOI: 10.1007/s11920-010-0168-9
7. Brodsky BS, Galfalvy H, Mann JJ, et al. Dialectical behavior therapy versus serotonin reuptake inhibitor treatment for suicidal behavior in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2025;182:1083-92. DOI: 10.1176/appi.ajp.20240298
8. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, et al. Relapse risk prediction in patients with first-episode bipolar disorder: development, external validation, and pharmacotherapy associations of a machine learning model. Mol Psychiatry 2025;30:5722-30. DOI: 10.1038/s41380-025-03316-2
9. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Fact sheet: zelfmoord bij personen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek. Laatste update: 27/06/2025. Disponible à: https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/fact-sheets/fact-sheet-zelfmoord-bij-personen-met-een-borderline-persoonlijkheidsproblematiek
10. Dumon E, Cornelis E, Aerts S, Portzky G. Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2023. URL : https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijn
11. Dumon E, Stas P, Gijzen M, et al. Langdurige suïcidaliteit: reflecties en adviezen. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2025. Disponible à: SP-reflex.zelfmoord1813.be.
12. Akwa GG. Persoonlijkheidsstoornissen. GGZ Standaarden, beoordeeld op: 17/06/2022. Geautoriseerd op: 4/03/2025. Disponible à: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen
13. Desplenter F, Laekeman G. Le choix du patient déterminant pour l'efficacité du traitement. Editorial. MinervaF 2011;10(9):105.