

# Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison

SUE EVERSHERD<sup>1</sup>, ALLISON TENNANT<sup>1</sup>, DEBBIE BOOMER<sup>1</sup>, ANNE REES<sup>2</sup>, MICHAEL BARKHAM<sup>2</sup> and ALISON WATSON<sup>3</sup>, <sup>1</sup>Rampton Hospital, Retford, UK; <sup>2</sup> Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds, UK; <sup>3</sup> Centre for Applied Psychology, Leicester University, UK

## **Résultats de la thérapie comportementale dialectique (TCD) ciblant la colère et la violence, avec des patients médico-légaux masculins : une comparaison pragmatique et non simultanée**

SUE EVERSHERD, ALLISON TENNANT, DEBBIE BOOMER, ANNE REES, MICHAEL BARKHAM and ALISON WATSON

### **RÉSUMÉ**

**Objectif** : Examiner l'efficacité d'un traitement de dix-huit mois basé sur la thérapie comportementale dialectique (TCD) ciblant la colère et la violence, sur un groupe d'hommes patients médico-légaux.

**Méthode** : Huit patients masculins en médecine légale dans un hôpital de haute sécurité qui répondaient aux critères du trouble de la personnalité borderline mesuré par l'inventaire d'évaluation de la personnalité borderline, ont suivi un traitement de 18 mois. Ils ont passé trois tests psychométriques avant, à mi-parcours et après le traitement, ainsi qu'à six mois de suivi. Un groupe témoin (TAU) de neuf patients, évalués comme présentant des troubles de la personnalité similaire, a reçu le traitement habituel disponible à l'hôpital, à l'exclusion de la TCD. Ils ont effectué les mêmes tests aux mêmes intervalles de temps correspondant au pré-test, au mi-test et au post-test du groupe DBT. Dans les deux groupes, tous les comportements liés à la colère et à la violence ont été suivis pendant trois périodes de six mois, avant, pendant et après le traitement.

**Résultats** : Dans l'ensemble, les patients du groupe DBT ont réalisé des gains plus importants que les patients du groupe TAU en ce qui concerne la réduction de la gravité des incidents liés à la violence et

dans les mesures d'auto-évaluation de l'hostilité, de la colère cognitive, de la disposition à la colère, de l'expression extérieure de la colère et de l'expérience de la colère.

**Conclusion :** Les résultats suggèrent que la TCD peut avoir un impact positif et durable sur les comportements violents et les composantes de la colère chez les patients masculins en médecine légale par rapport à un traitement standard. La puissance de l'étude actuelle pour détecter des différences entre les groupes a été réduite par de petits ns, de grands intervalles de confiance et un groupe de comparaison non simultané. Des stratégies rentables sont proposées pour faire avancer la recherche sur la TCD auprès de cette population.

Criminal Behaviour and Mental Health, 13, 198-213 2003 © Whurr Publishers Ltd

## Introduction

Ces dernières années, l'intérêt pour les délinquants et les patients médico-légaux souffrant de troubles de la personnalité s'est accru, comme en témoigne le nombre d'articles de journaux (Bateman et Fonagy, 2000 ; Haigh, 2000 ; Kraus et Reynolds, 2001 ; Montgomery et al., 2000). Des documents de discussion récents sur la gestion des "troubles graves et dangereux de la personnalité" (Home Office/DoH, 1999) révèlent une inquiétude quant à la possibilité de traiter cette population. Plusieurs études indiquent que les troubles de la personnalité prédisent des résultats médiocres pour la plupart des interventions psychologiques (Reich et Green, 1991 ; Diguer et al., 1993 ; Hoglend, 1993 ; Reich et Vasile, 1993). Cependant, de plus en plus de preuves suggèrent que les patients souffrant de troubles de la personnalité peuvent répondre à la thérapie en termes d'altération fonctionnelle et de changement de la personnalité (Linehan et al., 1991, 1994 ; Shea, 1993 ; Monsen et al, 1995 ; Gabbard, 1997 ; Dolan, 1998 ; Sanislow et McGlashan, 1998 ; Wilberg et al., 1999 ; Bateman et Fonagy, 2000 ; Ryle et Golykina, 2000).

En milieu judiciaire, les patients souffrant de troubles de la personnalité sont souvent considérés comme plus difficiles à traiter, avec des taux d'abandon plus élevés, nécessitant des dosages plus importants et obtenant de moins bons résultats (Lipsey, 1995 ; Dolan, 1998 ; Goldstein et al, 1998 ; Blackburn, 2000). L'analyse de la littérature dans ce domaine est compliquée par la confusion entre les termes "psychopathe" et "trouble de la personnalité" (Blackburn, 1998). Plusieurs études indiquent que les psychopathes, tels que définis par la checklist de Hare (Hare, 1991), ne réagissent pas bien aux interventions psychologiques et peuvent même se détériorer (Harris et al., 1994 ; Rice, 1997). D'autres rapports démontrent qu'il est possible de traiter avec succès les délinquants souffrant de troubles de la personnalité (Blackburn, 1994 ; Dolan, 1998 ; Pollock et Belshaw, 1998).

Dans une revue de neuf études examinant les effets du traitement sur les troubles de la personnalité, Shea (1993) a noté que la thérapie comportementale dialectique (TCD) fournissait les preuves les plus solides de changement (Linehan et al., 1991, 1993, 1994). Les travaux de Linehan ont suivi 44 femmes parasuicidaires souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (TPL), assignées au hasard à un programme de thérapie comportementale dialectique (TCD) ou au traitement habituel, dans un cadre communautaire. Sur une période d'un an, les patientes ayant suivi une TCD ont commis moins d'actes parasuicidaires, moins graves, et sont restées plus longtemps en thérapie, ont eu moins de jours d'hospitalisation, moins de colère et avaient des scores plus élevés sur l'échelle d'évaluation globale (Endicott et al., 1976) que le groupe ayant suivi le traitement habituel. Ces améliorations se sont maintenues au cours d'une année de suivi.

La TCD a été adaptée à différents groupes de clients et à différents contextes : adolescents ; patients hospitalisés, patients britanniques, femmes souffrant de toxicomanie ou des troubles alimentaires, et

des délinquants (Barley et al., 1993 ; Springer et al., 1996 ; Miller et al, 1997 ; McCann et al, 2000 ; Swales et al, 2000 ; Low et al, 2001 ; Telch et al, 2001 ; Linehan et al. 2002 ; Trupin et al., 2002). Les résultats de la TCD dans le traitement des patients souffrant de troubles de la personnalité

borderline (BPD) sont encourageants.

Scheel (2000) émet des réserves quant à l'efficacité des adaptations de la TCD ; cependant, Barley et al. (1993) ont produit des données probantes à l'appui de l'efficacité de la TCD en milieu hospitalier, mais leur échantillon de sujets était très petit et ils n'avaient pas de groupe témoin. Une évaluation plus rigoureuse d'un programme en milieu hospitalier par Springer et al. (1996) a produit des résultats moins optimistes. Cette étude a révélé qu'un pourcentage plus élevé de leur groupe TCD s'engageait dans des comportements de passage à l'acte (y compris des menaces ou des actes d'automutilation) par rapport à un groupe témoin. Non seulement l'étude ne soutient pas l'adaptation de la TCD aux patients hospitalisés, mais elle suggère également qu'elle pourrait être associée à des résultats négatifs. Scheel (2000) a noté que ce groupe DBT a commencé l'étude avec des niveaux de dépression plus élevés et, en moyenne, n'a participé qu'à six séances de thérapie. De plus, le programme ne comprenait que l'aspect compétences de la TCD, omettant la thérapie individuelle de la TCD. Scheel a néanmoins souligné que lorsque la TCD est adaptée à différents contextes cliniques et à différents clients, on ne peut pas présumer de son efficacité.

Au Royaume-Uni, le trouble de la personnalité limite (TPL) est l'un des troubles de la personnalité les plus couramment diagnostiqués chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques violents et les détenus des hôpitaux de haute sécurité et des unités spéciales de l'administration pénitentiaire (Coid, 1992). L'intérêt pour la TCD dans ces domaines s'est rapidement accru (Deu, 2000 ; Low et al., 2001 ; Secker, 2000) mais, à ce jour, il n'y a pas de résultats publiés pour cette population.

Avant d'envisager un essai contrôlé randomisé (ECR), avec tous les efforts et les coûts qui y sont associés, il est tout d'abord nécessaire de déterminer si la TCD est largement équivalente au traitement standard habituel. La preuve de son efficacité permettrait alors de déterminer si la TCD est spécifiquement efficace pour cette population de patients.

En conséquence, l'objectif de cette étude était d'examiner les progrès d'un petit groupe de patients masculins en médecine légale dans un hôpital de haute sécurité qui ont suivi une version adaptée de la TCD pendant une période de 18 mois. L'efficacité de la thérapie a été évaluée en surveillant les comportements liés à la violence sur trois périodes de six mois (avant, à mi-parcours et après le traitement) et en utilisant trois tests psychométriques administrés avant, à mi-parcours et à la fin du traitement, et six mois après la fin du traitement. Tous les patients souffraient d'un TPL ou d'un trouble de la personnalité mixte avec des caractéristiques borderline, tel qu'évalué par un inventaire d'auto-évaluation de la personnalité.

## **Méthode**

### *Conception*

Il s'agissait d'un essai pragmatique comprenant deux groupes non simultanés de patients médico-légaux masculins sélectionnés dans une population de patients souffrant de troubles de la personnalité détenus dans un hôpital de haute sécurité. Huit patients, issus du service des troubles de la personnalité, ont été assignés à un groupe d'hommes.

Huit patients, issus du groupe ayant des troubles de la personnalité, ont été assignés à un groupe de TCD et ont suivi 18 mois de thérapie comportementale dialectique ainsi que d'autres thérapies disponibles à l'hôpital. Après 12 mois, neuf patients provenant d'autres services de l'hôpital ont été

assignés à un groupe de témoin de comparaison. Comme il s'agissait de patients de l'hôpital, ils avaient le droit d'accéder à un traitement ; ils ont donc suivi le "traitement habituel" (TAU). Les 17 patients ont été sélectionnés à l'aide d'un inventaire de personnalité autodéclaré, indiquant les caractéristiques du TPL.

Les changements comportementaux ont été évalués sur trois périodes de six mois : avant le traitement, 7 à 12 mois après le début du traitement, et enfin, après la fin du traitement, en utilisant les dossiers infirmiers, comprenant des notes prises par le personnel du service 24 heures sur 24, sept jours sur sept, au sujet du comportement du patient. Toutes les entrées concernant le comportement lié à la colère et à la violence ont été collationnées pour chaque patient. Les comportements pertinents comprenaient : les disputes, les violences verbales et physiques, les menaces, les dommages matériels et l'intimidation. La gravité des comportements a été déterminée à l'aide des évaluations d'un juge indépendant et les scores de fréquence pour chaque patient ont été calculés en comptant les comportements pertinents.

Les deux groupes ont passé trois tests psychométriques à trois intervalles de temps : un mois avant le traitement, après neuf mois (milieu du traitement), après 18 mois (post-traitement), et le groupe DBT a également passé les tests lors d'un suivi de six mois.

#### *Les participants*

Le groupe DBT était composé de huit patients de sexe masculin, sélectionnés parmi une population de 38 personnes au sein du service de traitement des troubles de la personnalité d'un hôpital de haute sécurité. Tous ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de la personnalité et aucun ne présentait de symptômes de maladie mentale. Tous les patients du service ont fait l'objet d'un dépistage du TPL à l'aide de l'Inventaire d'évaluation de la personnalité (Personality Assessment Inventory, PAI : Morey, 1991). Il s'agit d'un inventaire d'auto-évaluation de la personnalité adulte, contenant 344 items répartis sur 22 échelles qui ne se recoupent pas. Les sujets répondent sur une échelle en quatre points et les scores sont transformés en scores T ( $m = 50$ ,  $SD = 10$ ). Onze patients ont été inclus dans l'étude après avoir obtenu un score T supérieur à 65 pour les "caractéristiques limites" (1.5 SD au-dessus de la moyenne communautaire). Deux d'entre eux ont refusé de participer et un autre a abandonné après sept semaines.

Le groupe TAU était composé de neuf hommes sélectionnés dans six services d'une autre partie de l'hôpital. Dans ces services, 71 hommes ont été diagnostiqués comme souffrant de troubles de la personnalité. Cinq d'entre eux ont refusé de participer, mais les 66 patients restants ont été soumis à un dépistage des caractéristiques de la TPL à l'aide du PAI et 25 d'entre eux répondaient aux critères d'inclusion. Seize hommes ont refusé de participer à l'étude ou l'ont abandonnée en cours de route.

Le tableau 1 compare les deux groupes en fonction de diverses variables. Dans les deux groupes le traitement psychologique individuel consistait principalement en une TCC axée sur la délinquance, la colère, la gestion de l'humeur, la toxicomanie, le stress post-traumatique ou la modification de l'excitation sexuelle. Les traitements de groupe comprenaient principalement des programmes de courte durée (3 à 6 mois) ciblant la réflexion, l'affirmation de soi, les capacités d'adaptation, la gestion de la délinquance ou de la colère. Les groupes plus longs impliquent un travail sur l'infraction.

D'un point de vue statistique, les deux groupes n'étaient pas différents en ce qui concerne l'âge, l'infraction de référence, le nombre d'infractions antérieures, d'hospitalisations antérieures, de thérapies antérieures, de thérapie de groupe concomitante ou les niveaux de médication antérieure. Cependant, le groupe TCD avait été hospitalisé plus longtemps ( $t = 2,14$ ,  $p = 0,049$ ) ; et le groupe TAU avait des classifications MHA plus variables ( $\chi^2 = 7,75$ ,  $p = 0,021$ ).

Une MANOVA a été utilisée pour vérifier les différences de base sur les 13 dimensions du PAI. Un effet multivarié significatif a été observé. Un effet multivarié significatif s'est maintenu ; Le tableau 2 montre les dimensions contribuant à l'effet global. En ce qui concerne les classifications des caractéristiques et de l'agressivité, les deux groupes étaient similaires.

### *Mesures*

Calcul de la fréquence et de la gravité des comportements observés

Pour déterminer la gravité des comportements liés à la violence, un juge indépendant (étudiant en psychologie) a noté les comportements à l'aveugle sur une échelle de 1 à 5 points (0 - non pertinent, 1 - acceptable ; 2 - mineur ; 3 - intermédiaire ; 4 - grave). Pour évaluer la validité des évaluations, un échantillon aléatoire de 18 exemples de trois patients a été évalué en aveugle par le juge indépendant et trois membres du personnel de l'hôpital (deux psychologues associés et une infirmière de service). Le coefficient de concordance de Kendall a indiqué que la perception de la gravité par le juge indépendant était cohérente avec celle des trois autres évaluateurs ( $W = 0.67, p < 0.01$ ). Par la suite, le juge indépendant a évalué tous les comportements des deux groupes.

En totalisant la fréquence des notes 1, 2, 3 et 4 et en la divisant par le nombre d'incidents, on obtient un score de gravité. Le score de fréquence a été déterminé en comptant le nombre de comportements évalués à 1 ou plus. Chaque patient s'est vu attribuer un score de fréquence et de gravité pour chacune des périodes de traitement. Malheureusement, les notes de l'un des membres du groupe TAU n'étaient pas disponibles, de sorte que la comparaison a été limitée à huit hommes dans chaque groupe.

Une batterie de tests psychométriques a permis de mesurer les changements dans les deux groupes. Ce document se concentre sur les trois mesures spécifiques à la colère et à l'hostilité. Les changements sur d'autres d'autres mesures seront rapportés ailleurs.

### *Inventaire de l'hostilité de Buss-Durkee, version néerlandaise (BDHI-D)*

L'hostilité ouverte et cachée a été mesurée par l'inventaire d'hostilité de Buss-Durkee, l'instrument d'auto-évaluation le plus fréquemment utilisé pour mesurer l'agressivité et la tendance à l'agressivité. La version néerlandaise (BDHI-D : Lange et al., 1995) a été utilisée car elle était testée à l'hôpital à l'époque. Des scores élevés (score maximum manifeste = 16 ; score maximum caché = 19) indiquent des niveaux élevés d'hostilité physique et verbale, d'agressivité refoulée et de psychopathologie.

Tableau 1 : Comparaison des informations de base pour chaque groupe

Patients	Age	Years admitted	MHA classification	Previous hospital admission	Index offence	Previous offences	Sentence	Prior (a) group therapy	Prior (a) 1-1 therapy	Concurrent (b) group therapy	Concurrent (b) 1-1 therapy	Prior (a) medication	Concurrent (b) medication	
DBT 1	25	1	PD	0	S	2	8y	0	0	3mth	0	0	0	
DBT 2	40	9	PD	2	S	4	7y	18mth	15mth	0	0	28mth	20mth	
DBT 3	45	24	PD	0	V	0	Life	15mth	24mth	0	0	19mth	0	
DBT 4	45	9	PD	8	S	11	11y	0	24mth	3mth	0	18mth	24mth	
DBT 5	21	2	PD	9	S and V	1	HO	3mth	12mth	0	0	0	0	
DBT 6	27	2	PD	2	V	4	HO	0	12mth	3mth	0	16mth	24mth	
DBT 7	42	10	MI/PD	1	V	0	HO	9mth	12mth	0	0	0	0	
DBT 8	41	23	PD	1	S	1	HO	6mth	0	3mth	0	15mth	24mth	
DBT mean	35.75	10.00		2.86		2.88		6.38	12.38	1.50	0.00	12.00	11.50	
DBT SD	9.75	9.07		3.56		3.64		7.07	9.13	1.60	0.00	10.67	12.36	
TAU 1	52	5	MI	0	S and V	3	Life	0	24mth	12mth	0	35mth	24mth	
TAU 2	31	4	PD	3	V	18	5y	0	9mth	0	6mth	18mth	24mth	
TAU 3	38	2	MI/PD	0	V	3	Life	0	6mth	0	9mth	0	24mth	
TAU 4	32	1	MI/PD	1	V	11	Life	24mth	6mth	0	6mth	0	22mth	
TAU 5	27	2	MI/PD	0	V	5	6y	12mth	12mth	6mth	0	6mth	0	24mth
TAU 6	33	3	MI	1	V	7	14y	0	0	0	12mth	18mth	24mth	
TAU 7	33	5	MI	4	A	7	HO	0	0	0	3mth	35mth	24mth	
TAU 8	29	4	MI	9	V	4	HO	0	0	0	6mth	17mth	24mth	
TAU 9	30	5	PD	0	V	1	HO	0	6mth	0	4mth	21mth	24mth	
TAU mean	33.89	3.44		2.0		6.56		4.00	7.00	2.00	5.78	16.00	24.00	
TAU SD	7.46	1.51		3.0		5.20		8.49	7.65	4.24	3.42	13.80	0.00	

Notes: (a) Number of months on medication/in therapy during the 36 months prior to the experimental period; (b) number of months on medication / in therapy during the 24 months of the experimental period. PD: personality disorder; MI: mental illness; S: sex offence; V: violent offence; A: acquisitive offence; HO: hospital order.

Scale/symptom	DBT group mean (SD)	TAU group mean (SD)	F value	p-value
Somatic	19.13 (14.34)	29.44 (10.97)	2.82	.114
Anxiety	32.00 (13.97)	37.78 (12.29)	< 2	-
Anxiety-related disorder	32.63 (12.93)	34.78 (7.98)	< 2	-
Depression	26.00 (10.25)	37.56 (9.49)	5.83	.029
Mania	28.00 (10.09)	22.11 (9.20)	< 2	-
Paranoia	27.75 (11.65)	34.78 (6.26)	2.48	.136
Schizophrenia	23.13 (8.24)	31.44 (6.13)	5.67	.031
Borderline	42.25 (11.09)	45.89 (6.55)	< 2	-
Antisocial	26.50 (9.12)	39.22 (9.04)	8.32	.011
Alcohol	10.63 (7.89)	21.44 (8.73)	7.11	.018
Drugs	5.38 (4.50)	23.11 (7.13)	36.42	.000
Aggression	29.50 (10.38)	31.44 (12.05)	< 2	-
Suicide	12.63 (7.09)	16.11 (10.45)	< 2	-

*L'Inventaire de l'expression de la colère selon le trait d'état (STAXI)*

Le State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI : Spielberger, 1996) est un test de 44 items comprenant six échelles mesurant : l'intensité de la colère actuelle et la disposition à éprouver de la colère (score maximum = 40, minimum = 10) ; l'expression de la colère, la suppression de la colère et le contrôle de la colère (score maximum = 32, minimum = 8). Les 24 items de toutes les échelles peuvent être combinés pour former un indice de l'expérience de la colère (score maximum = 96, minimum = 0). L'une des principales raisons de élaboration du STAXI était d'évaluer les composantes de la colère dans le cadre d'évaluations de la personnalité normale et anormale.

*Échelle de colère Novaco (NAS)*

L'échelle de colère de Novaco (NAS : Novaco, 1980) comprend trois échelles évaluant les domaines cognitifs, comportementaux et d'excitation de la colère (score maximal= 64, minimum = 16) et une échelle de provocation permettant d'examiner les situations qui mettent le sujet en colère (score maximum = 100, minimum = 25).

#### *Thérapeutes de la TCD*

Le programme de TCD comprenait un groupe hebdomadaire de compétences et des séances hebdomadaires individuelles de TCD. Quatre psychologues et une infirmière étaient les thérapeutes pour les séances individuelles. Un psychologue et une infirmière, ainsi que deux infirmières de service (coachs), ont dirigé le groupe de compétences. Deux psychologues et l'infirmière avaient participé à un cours de formation à la TCD de deux semaines. Les deux autres psychologues n'avaient pas suivi de formation mais ont essayé de travailler selon les directives de la TCD. Chaque thérapeute avait plus de 15 ans d'expérience dans l'utilisation des méthodes de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec des patients médico-légaux. Aucun n'avait suivi de formation sur l'adhésion à la TCD. Les deux coachs de compétences avaient plus de cinq ans d'expérience en milieu clinique médico-légal et avaient suivi une formation d'introduction à la TCD de deux jours.

La supervision a eu lieu tous les quinze jours au sein d'un groupe de consultation, fonctionnant selon les principes de la TCD (Linehan, 1993a) pour aider les thérapeutes à adhérer aux stratégies et aux principes de la TCD. Le groupe s'est concerté sur le traitement, a revu et pratiqué les compétences de la TCD et a guidé la conceptualisation des cas.

#### *Traitement par la TCD*

La TCD a été élaborée par Linehan (1993a, 1993b) à partir d'un modèle de TPL qui affirme que les patients manquent d'aptitudes à la pleine conscience, aux relations interpersonnelles, de la régulation des émotions et de la tolérance à la détresse, et que des facteurs personnels et environnementaux empêchent l'utilisation de compétences adaptatives et renforcent les compétences inadaptées. La thérapie associe une formation hebdomadaire en groupe à une psychothérapie comportementale individuelle. La thérapie combine une formation hebdomadaire en groupe et une psychothérapie comportementale individuelle où le comportement du patient est au centre des préoccupations. Le traitement est structuré et hiérarchisé de manière à cibler le comportement le plus problématique. Dans l'ensemble, la TCD associe des stratégies de validation et d'acceptation à une TCC axée sur le changement (y compris la résolution de problèmes, la gestion des contingences, la modification cognitive, les procédures d'exposition et l'acquisition de compétences).

La TCD standard a été adaptée de trois façons pour tenir compte des besoins des patients. Premièrement, les hommes avaient tendance à adopter un comportement violent et parasuicidaire. Ainsi, les comportements violents, les idées, les pulsions et les émotions ont été ajoutés aux comportements parasuicidaires et à ceux qui interfèrent avec la thérapie comme cibles de traitement au premier stade de la thérapie.

Le système de consultation téléphonique a été abandonné au profit de la formation de coachs de compétences en salle, dans l'espoir que cela permette aux patients de bénéficier d'un coaching aux compétences en période de crise, sans miner le rôle du personnel infirmier du service.

Enfin, le matériel des groupes de compétences a été modifié afin d'accroître leur pertinence pour les patients hospitalisés de sexe masculin. Par exemple, les listes d'auto-apaisement originales contenaient des éléments non réalisables dans un environnement de haute sécurité ("aller se promener") et des éléments que les hommes considéraient comme "trop féminins"

("faire un soin du visage"). Des éléments plus appropriés ont été substitués ("regarder un match de football à la télévision").

Aucune compétence supplémentaire n'a été enseignée et la thérapie individuelle s'est déroulée selon les principes standard de la TCD (Linehan, 1993a) tout en se concentrant sur les cibles de traitement adaptées. Pour accroître l'adhésion à la TCD, les thérapeutes ont utilisé des fiches de synthèse de la TCD après chaque séance. pour attirer l'attention sur les principes clés de la TCD. Les sessions de groupes de compétences ont été résumées pour être comparées au manuel de compétences.

Le traitement a duré 18 mois.

### *Traitement habituel*

Les deux groupes avaient accès à d'autres traitements au sein de l'hôpital (voir tableau 1). Dans le groupe TCD, ce traitement supplémentaire ne comprenait qu'un groupe de délinquants sexuels. Dans le groupe TAU, un homme a participé au groupe sur les délinquants sexuels et un autre à un groupe sur la toxicomanie. Les autres ont suivi une TCC individuelle axée sur la délinquance, la gestion de la colère et de l'anxiété, la toxicomanie, l'automutilation, l'estime de soi et la motivation.

### *L'analyse*

Le logiciel SPSS MANOVA à mesures répétées a été utilisé pour comparer les moyennes des groupes sur les trois occasions de test et pour tester les différences significatives dans le modèle de changement au sein des groupes. Les ANOVA ont testé l'homogénéité de la covariance à l'aide du test de sphère de Mauchly. Pour sept des 12 échelles analysées, cette hypothèse n'a pas été respectée, c'est pourquoi le test F a été modifié pour le rendre plus conservateur et réduire les degrés de liberté en utilisant le test de Greenhouse-Geisser (Greenhouse et Geisser, 1959). Toutes les valeurs F supérieures à 1 et les valeurs p inférieures à 0,15 sont rapportées, de sorte que tous les aspects d'intérêt clinique ou pratique sont pris en compte, bien que seules les valeurs p inférieures à 0,10 soient considérées comme significatives.

Les données présentées doivent être interprétées avec prudence : les petits nombres de groupes introduit un risque substantiel d'erreurs de type II. Avec des échantillons de seulement huit et neuf dans les groupes, certaines variations peuvent être masquées par les tests statistiques de signification. Pour indiquer l'ampleur du changement, nous indiquons les tailles d'effet (TE) du changement à l'intérieur du groupe (c'est-à-dire avant et après).

## **Résultats**

### *Comparaisons à l'admission*

Au moment de l'évaluation initiale, les deux groupes ne présentaient pas de différences significatives sur les échelles du BDHI-D, du STAXI ou du NAS (toutes les valeurs  $t < 1,5$ ).

### *Résultats comparatifs au cours du traitement*

Fréquence et gravité observées des comportements violents



Le tableau 3 présente les données descriptives des trois périodes d'évaluation (avant, à mi-parcours et après le traitement) pour les groupes TCD et TAU, ainsi que les résultats sur la fréquence et la gravité des comportements violents. Les résultats significatifs sont mis en évidence en gras. La fréquence des comportements violents dans les deux groupes a diminué avec le temps, mais aucune différence significative n'a été mise en évidence. En ce qui concerne la gravité des comportements violents, l'ANOVA a révélé un effet d'interaction ( $F = 8,05, p < 0,00$ ), le groupe DBT adoptant des comportements moins graves que le groupe TAU au départ ( $F = 6,45, p = 0,024$ ), à la phase d'évaluation à mi-parcours ( $F = 10,21, p = 0,024$ ) et à la phase d'évaluation ( $F = 10,21, p = 0,0006$ ) et après le traitement ( $F = 43,99, p = 0,000$ ).

#### *Mesures psychométriques d'auto-évaluation de la colère et de l'hostilité*

Le tableau 4 présente les moyennes et les écarts-types des échelles BDHI-D, STAXI et NAS à quatre reprises pour le groupe DBT et à trois reprises pour le groupe TAU. Il présente également les tailles d'effet avant et après le traitement, ainsi qu'avant le suivi, pour les 12 sous-échelles. Les résultats globaux, tels que reflétés par l'ampleur de l'effet au sein du groupe (changement avant-après) ont montré que le groupe TCD est resté stable ou s'est amélioré pour toutes les mesures. Les valeurs de l'effet varient de -0,05 (augmentation minime de l'état de colère) à -0,80 (forte augmentation du contrôle de la colère). En revanche, le groupe TAU a montré une tendance constante à la détérioration, allant de 0,19 (légère détérioration du contrôle de la colère) à -1,13 (forte augmentation de l'état de colère).

Measure	Group	Group means and standard deviations						Levels of Significance from ANOVA	
		Pre		Mid		Post		Interaction	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F	p
Violence frequency	DBT	22.5	12.74	13.00	8.59	5.38	2.72	1.67	0.21
Violence frequency	TAU	20.63	11.05	14.88	6.56	10.88	4.80		
Violence seriousness	DBT	2.82	0.58	2.21	0.40	1.33	0.26	8.05	0.00
Violence seriousness	TAU	3.45	0.43	2.99	0.57	2.68	0.51		

Comme le montre le tableau 4, des effets d'interaction significatifs ont été observés sur six des 12 échelles utilisées pour mesurer l'évolution de l'hostilité et de la colère, avec un avantage au groupe TCD sur chaque dimension : hostilité cachée et manifeste (BDHI) ; trait de colère, la colère exprimée et l'expérience de la colère (STAXI) ; et la composante cognitive de la colère (NAS).

#### **Analyse de l'étude**

Cette étude visait à tester l'efficacité d'une TCD adaptée dans un contexte médico-légal masculin. L'objectif était de maximiser le rendement d'un milieu de pratique dans le cadre d'un essai quasi-contrôlé, et d'évaluer ainsi le potentiel de poursuite d'un essai contrôlé randomisé à grande échelle.

Dans l'ensemble, lorsque les changements entre le pré et le post-traitement ont été pris en compte, les patients recevant un traitement TCD ont montré des gains plus importants que les autres sur un certain nombre de mesures.

Scale	Comm norms M (SD)	Gp	Pre		Mid		Post		ES Pre-post	Follow-up		ES Pre-Fu	Repeated measures ANOVA interaction	
			M	SD	M	SD	M	SD		M	SD		F	p
BDHI covert	5.45 (3.65)	DBT	11.00	5.90	8.88	6.01	11.13	6.64	-0.02	7.50	5.40	0.59	5.22	.020
		TAU	11.22	4.55	13.33	4.66	13.78	3.49	-0.56	-	-	-	5.18	.021
BDHI overt	7.07 (3.24)	DBT	9.63	3.46	7.25	2.49	8.00	3.12	0.47	7.25	2.66	0.69	5.18	.021
		TAU	10.89	3.86	10.67	3.77	11.78	3.46	-0.23	-	-	-	-	-
STAXI state	11.29 (3.17)	DBT	11.88	2.59	10.38	0.74	12.00	3.51	-0.05	10.25	0.46	0.63	1.61	>.15
		TAU	13.78	4.24	15.11	7.69	18.56	9.21	-1.13	-	-	-	-	-
STAXI trait	18.65 (4.81)	DBT	18.63	5.88	15.00	1.51	17.00	4.28	0.28	16.13	3.64	0.43	3.81	.048
		TAU	19.33	7.65	21.44	9.26	22.11	9.16	-3.36	-	-	-	-	-
STAXI ang out	14.41 (3.33)	DBT	15.75	5.50	14.75	5.95	14.75	3.37	0.18	14.50	3.96	0.23	3.97	.043
		TAU	17.56	4.25	18.33	5.68	20.11	5.30	-0.60	-	-	-	-	-
STAXI ang in	15.36 (3.92)	DBT	16.13	3.98	14.00	3.89	16.13	5.28	0.00	13.88	3.68	0.57	2.53	.115
		TAU	17.44	3.91	20.78	6.61	21.89	6.03	-1.14	-	-	-	-	-
STAXI ang con	26.2 (4.26)	DBT	18.38	4.37	21.89	4.26	22.13	3.09	-0.86	23.13	4.64	-1.09	2.49	.119
		TAU	21.22	4.79	20.67	5.05	20.33	5.27	0.19	-	-	-	-	-
STAXI ang exp	19.35 (7.36)	DBT	28.50	11.89	22.88	10.37	24.75	7.61	0.32	21.38	10.24	0.60	3.55	.057
		TAU	29.44	8.35	34.44	15.33	37.33	14.93	-0.95	-	-	-	-	-
NAS Cognitive	26.46 (4.01)	DBT	32.00	4.87	28.38	4.60	30.38	4.00	0.33	28.13	3.14	0.79	6.64	.009
		TAU	32.44	5.08	34.11	4.37	34.00	4.36	-0.31	-	-	-	-	-
NAS arousal	25.43 (4.67)	DBT	28.38	5.00	26.00	5.04	26.25	5.57	0.43	26.50	4.75	0.38	2.00	>.15
		TAU	31.00	7.00	32.44	6.43	33.22	6.10	-0.32	-	-	-	-	-
NAS behavioural	22.57 (4.23)	DBT	28.38	5.68	25.63	4.24	25.00	4.41	0.39	23.50	4.07	0.60	1.92	>.15
		TAU	31.78	10.90	33.44	7.68	33.33	7.95	-0.14	-	-	-	-	-
NAS provocation	53.08 (11.06)	DBT	55.63	12.11	49.88	10.97	53.63	11.72	0.17	53.13	10.63	0.17	1.03	>.15
		TAU	64.11	17.24	65.33	18.08	64.78	16.78	-0.04	-	-	-	-	-

Notes: ES = effect size; Comm norms = Community norms; BDHI = Buss Durkee Hostility Inventory; STAXI = State Trait Anger Expression Inventory; NAS = Novaco Anger Scale. Covert = covert hostility; overt = overt hostility; state = intensity of current angry feelings; trait = disposition to experience anger; ang-in = frequency of suppressed anger; ang-out = frequency of outward anger expression; ang-con = control of anger; ang-exp = index of frequency anger experience; cognitive = cognitive domain; arousal = arousal domain; behavioural = behavioural domain; provocation = anger intensity with regard to a variety of provoking situations.

Les patients qui ont suivi une TCD ont été plus à même de réduire les aspects dispositionnels de l'hostilité et de la colère et ont été significativement meilleurs dans la gestion de l'expression manifeste de la colère. et de l'hostilité, bien que les différences dans le domaine comportemental du NAS n'étaient pas significatives.

Sur d'autres échelles, les différences n'ont pas donné de résultats significatifs, en partie, peut-être, parce que le nombre de participants dans chaque groupe était faible, bien qu'il ne soit pas exagérément faible par rapport à la littérature existante sur la TCD. L'étude était cohérente avec la partie inférieure des études (n = 10 ; Linehan et al., 1993 ; Koons et al., 1998), mais la conséquence de la faible puissance est l'importance des intervalles de confiance qui l'accompagnent. Ceux-ci reflètent les petits nombres et la grande variance à l'intérieur du groupe, ce qui empêche de trouver des différences entre les groupes. De plus, pour certaines sous-échelles, les moyennes du groupe TCD avant le traitement étaient très proches des normes de la communauté, ce qui réduit le potentiel de changement important.

La tendance des scores moyens pour le groupe TCD était similaire pour de nombreuses sous-échelles, de sorte que les moyennes au milieu du traitement indiquaient une amélioration, mais les moyennes après le traitement se sont détériorées. Au moment du suivi, les moyennes s'étaient de nouveau améliorées. Ainsi, la comparaison des scores avant et après le traitement n'a peut-être pas démontré les résultats de la TCD de façon optimale. Cette tendance est évidente dans d'autres études sur la TCD (Low et al., 2001) et est souvent démontrée dans les études sur les résultats des thérapies (Shapiro et coll., 1990), ce qui reflète peut-être l'anxiété des patients à l'idée de perdre le soutien thérapeutique. Cette difficulté est susceptible d'être accrue dans ce groupe de patients, car la peur de l'abandon est un problème central dans le TPL (DSM-IV, 1994). La tendance indique que les avantages de la TCD durent au-delà de la fin du et comme il s'agit d'une constatation courante dans les recherches sur les résultats de la psychothérapie, on pourrait affirmer que sa présence même est une indication d'un traitement efficace.

L'épreuve de vérité pour une intervention ciblant la violence est de savoir si elle réduit les comportements violents. La fréquence des comportements violents n'a pas montré de changement significatif. Cependant, la gravité des comportements violents a diminué plus dans le groupe TCD (53% de réduction vs 22% de réduction), suggérant que la TCD a permis de réduire plus efficacement la gravité des actes que le traitement habituel. Ces gains ont été maintenus et la réduction a augmenté au fur et à mesure que le programme se poursuivait, pour une durée d'au moins six mois.

D'un point de vue anecdotique, le programme adapté de TCD a donné plusieurs résultats intéressants, ce qui indique son potentiel dans le traitement de ce groupe de clients. Le taux d'attrition très faible : un seul patient a quitté le programme, ce qui est inhabituel par rapport aux taux d'attrition observés dans d'autres études (Lipsey, 1995). En outre, lorsque le programme a pris fin, cinq patients ayant suivi la TCD ont mis en place un groupe d'entraide continuant à mettre en pratique leurs compétences et à remplir leur journal, ce qui va à l'encontre des attentes d'un faible engagement dans la thérapie (Warren et Dolan, 1996). Le point de vue du personnel confirme également l'utilité du programme. Ils rapportent que les patients ayant suivi la TCD fonctionnaient mieux dans d'autres traitements, et que les relations thérapeutiques se sont améliorées de manière significative, contrairement aux attentes (Gunderson, 1984).

L'étude présente un certain nombre de limites. Les deux groupes n'étaient pas équivalents au moment de l'admission, ils n'étaient pas simulés et le groupe de comparaison n'a pas bénéficié d'un niveau comparable de contact thérapeutique. Ces variables auraient pu expliquer les différences plutôt que la TCD elle-même. De plus, les thérapeutes de la TCD n'avaient pas reçu de formation sur l'observance et il est impossible de déterminer dans quelle mesure le traitement dispensé était réellement une TCD. La réponse standard est de demander une réplique. Cependant, les dépenses considérables liées à la réalisation d'un essai suggèrent la nécessité d'une approche alternative. L'une de ces approches consiste à construire une base de données probantes dérivée d'un réseau de recherche sur les pratiques (PRN), comme l'explique le UK DBT PRN (Rees et al., 2002), dans lequel les praticiens de la TCD adoptent un ensemble de mesures "de base" (un "centre") complété par des mesures supplémentaires ("rayons"). L'adoption d'un tel paradigme permettrait d'accumuler d'importants ensembles de données, dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la santé, ce qui permettrait de disposer d'une base de données probantes d'une manière efficace en termes de coûts.

*Avons-nous la preuve que l'intérêt pour la TCD en milieu médico-légal est justifié ?*

La recherche sur les résultats des troubles de la personnalité dans l'arène médico-légale a été au mieux confuse, au pire pessimiste, en promouvant l'idée que les patients ne s'améliorent pas (ou se détériorent) avec les thérapies standard pour les comportements à haut risque tels que la violence (Ogloff et al., 1990 ; Harris et al., 1994 ; Dolan, 1998 ; Goldstein et al., 1998 ; Blackburn, 2000). Cette étude suggère que la TCD est généralisable aux patients médico-légaux masculins souffrant de troubles de la personnalité. Le principal objectif clinique fixé pour ce groupe d'hommes hospitalisés était de réduire la colère et la violence. Les résultats indiquent que la TCD est plus efficace pour réduire la gravité des incidents liés à la violence et la colère et l'hostilité déclarées par les patients médico-légaux de sexe masculin que le traitement habituel au sein de l'hôpital.

En guise de note de bas de page à cette étude, on peut se demander si les patients médico-légaux souffrant de troubles de la personnalité peuvent être traités de la même manière que les patients non médico-légaux. Les hommes du groupe TCD ont été traités de la même manière que les autres patients. Les hommes du groupe TCD ont continué à participer à leur groupe d'entraide autonome et à remplir des fiches de journal, ce qui contredit l'idée qu'ils ne peuvent pas participer à la thérapie.

Malgré les limites de l'étude, les résultats suggèrent que la TCD, telle qu'elle est pratiquée par une équipe de psychologues et d'infirmières, peut être au moins aussi efficace que le traitement standard pour les patients de sexe masculin en médecine légale.

### **Remerciements**

Les auteurs affiliés au CRTP ont été financés par le Leeds Community and Mental Health Teaching NHS Trust. L'assistance du Dr J. Davies, Rampton Hospital, dans la préparation et le rapport de cette étude est grandement appréciée.

### **Bibliographie**

- Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL, Linehan MM (1991) Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48: 1060–1064.
- Barley WD, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth AS, Griva M, Hickerson SC, Lawson E, Bailey BJ (1993) Development of an inpatient cognitive-behavioural treatment programme for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 7: 232–240.
- Bateman AW, Fonagy P (2000) Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 177: 138–143.
- Blackburn R (1993) Clinical programmes with psychopaths. In Hollin CR, Howells K, eds. *Clinical Approaches to Mentally Disordered Offenders* Chichester: Wiley, pp. 179–208.
- Blackburn R (1988) On moral judgements and personality disorders: the myth of the psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry* 153: 505–512.
- Blackburn R (2000) Treatment or incapacitation? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. *Legal and Criminological Psychology* 5: 1–21.
- Coid JW (1992) DSM III diagnosis in criminal psychopaths: a way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2: 78–94.
- Deu N (2000) Overview of Dialectical Behaviour Therapy and its application to women in a secure forensic setting. Paper presented at Psychological Solutions to Personality Disorder Conference, Leeds, March 2000.
- Diguer L, Barber JP, Luborsky L (1993) Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry* 150: 1246–1248.
- Dolan B (1998) Therapeutic community treatment for severe personality disorders. In Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD, eds. *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behaviour* New York: Guilford Press, pp. 407–430.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33: 766–771.
- Gabbard GO (1997) Borderline personality disorder and rational managed care policy. *Psychoanalytic Inquiry Supplement* 17–28.
- Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Lewis BF, Bigelow C, Mundt KA (1998) Antisocial behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. *Drug and Alcohol*

Dependence 49: 202–216.

Haigh R (2000) Psychosocial treatment programmes for personality disorders: service developments and research. *British Journal of Psychiatry* 177: 281.

Hare RD (1991) *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.

Harris G, Rice M, Courmier C (1994) Psychopaths: is a therapeutic community therapeutic? *International Journal of Therapeutic Communities* 15: 283–299.

Home Office/Department of Health (1999) *Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder: Proposals for Policy Development*. London: Department of Health.

Koons CR, Robins CJ, Bishop GK, Morse JQ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzales AM, Butterfield MI, Bastian LA (1998) Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: a randomized controlled trial. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Kraus G, Reynolds DJ (2001) The A-B-Cs of the Cluster Bs: identifying, understanding, and treating Cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review* 21: 345–373.

Lange A, Denghani B, de Beurs E (1995) Validation of the Dutch BDHI. *Behaviour, Research and Therapy* 33: 229–233.

Linehan MM (1993a) *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan MM (1993b) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48: 1060–1064.

Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993) Naturalistic follow-up of a behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50:971–974.

Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE (1994) Interpersonal outcome of cognitive-behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 151: 1771–1776.

Linehan MM, Schmidt H (1995) The dialectics of effective treatment of borderline personality disorder. In O'Donahue WO, Krasher L, eds. *Theories in Behaviour Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 553–584.

Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kirlahan DR (2002) Dialectical Behavior Therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting the criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 67 (1): 13–26.

Lipsey MW (1995) What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In McGuire J, ed. *What Works: Reducing Offending: Guidelines from Research and Practice*. Chichester: Wiley, pp. 63–78.

- Low G, Jones D, Duggan C, Power M, Macleod A (2001) The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29: 85–92.
- Marshall WC, Barbaree HE, Fernandez YM (1995) Some aspects of social competence in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7: 113–127.
- McCann RA, Ball EM, Ivanoff AM (2000) Dialectical Behaviour Therapy with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. *Cognitive Behavioural Practice* 7: 447–456.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wekzler S, Leigh E (1997) Dialectical Behaviour Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioural Health* 3: 78–86.
- Monsen J, Odland T, Faugli A, Daae E, Eilertsein DE (1995) Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology* 36: 256–268.
- Montgomery C, Lloyd K, Holmes J (2000) The burden of personality disorder: a district-based survey. *International Journal of Social Psychiatry* 46: 164–169.
- Morey L (1991) *Personality Assessment Inventory: Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Novaco RW (1980) *The Novaco Anger Scale*. Irvine, CA: Department of Psychology, University of California.
- Ogloff JRP, Wong S, Greenwood A (1990) Treating criminal psychopaths in a therapeutic community programme. *Behavioural Sciences and the Law* 8: 181–190.
- Parry G (1999) Psychotherapy services in the English National Health Service. In Nancy E, Magruder KM, eds. *Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers*. New York: Oxford University Press, pp. 317–326.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 51: 6.
- Pollock R, Belshaw T (1998) Cognitive analytic therapy for offenders. *Journal of Forensic Psychiatry* 9: 629–642.
- Rees A, Barkham M, Swales M (2002) *A Survey of DBT Practice in the UK*. PTRC Memo 436. Leeds: Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds.
- Reich J, Green A (1991) Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 74–82.
- Reich JH, Vasile RG (1993) Effect of personality disorder on the treatment outcome of Axis 1 conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181: 475–484.
- Roth A, Fonagy P (1996) Translating research into practice: methodological considerations. In Roth A, Fonagy P, eds. *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: Guilford Press, pp. 13–36.
- Ryle A, Golyunkina K (2000) Effectiveness of time limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology* 73: 197–210.

- Sanislow CA, McGlashan TH (1998) Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 43: 237–250.
- Scheel KR (2000) The empirical basis of Dialectical Behaviour Therapy: summary, Critique and Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 7: 1.
- Secker C (2000) Development and research findings from a DBT project with women in a High Security Hospital. Paper presented at Dialectical Behaviour Therapy UK Practice Research Network Conference, Leeds, December.
- Shea MT (1993) Psychosocial treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, Suppl*: 167–180.
- Spielberger CD (1996) *State-Trait Anger Expression Inventory: Staxi Professional Manual*. Professional Assessment Resources.
- Springer T, Lohr NE, Burchel HA, Silk KR (1996) A preliminary report of short-term cognitive-behavioural group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5: 57–71.
- Swales M, Heard HL, Williams MG (2000) Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for borderline personality disorder: overview and adaptation. *Journal of Mental Health* 9(1): 7–23.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM (2001) Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary uncontrolled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (6): 1061–1065.
- Trupin EW, Stewart DG, Beach B, Boesky L (2002) Effectiveness of a Dialectical Behavior Therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health* 7(3): 121–27.
- Wilberg T, Urnes O, Friis S, Irion T, Pederson G, Karterud S (1999) One year follow up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services* 50: 1326–1330.

Address correspondence to: Sue Evershed, Psychology Department, Rampton Hospital, Retford, Nottinghamshire DN22 0PD, UK. Fax: 01777 247316; email: [Sue.Evershed@rampton-hosp.trent.nhs.uk](mailto:Sue.Evershed@rampton-hosp.trent.nhs.uk)