

LE GROUPE « BDBD »

Abdelhalim Douibi, Fabienne Gerber, Marinette Géoui,
Donatien Nsonde, Pat Claus et Giuliana Galli Carminati

Dans notre pratique avec les personnes présentant à la fois une déficience intellectuelle (DI) et des troubles psychiques, nous sommes confrontés à la présence importante de troubles du comportement. L'expérience thérapeutique groupale BDBD concerne des usagers ambulatoires, accueillis à la consultation et en Hôpital de Jour. Dans ce groupe, pour permettre d'extérioriser les émotions, nous utilisons deux supports : « le punching-ball » et « le jeu de massacre ». Nous avons considéré dix clients (trois femmes et sept hommes) qui ont suivi le groupe sur une période d'une durée variant de 3 mois à 2 ans. Afin de vérifier l'efficacité de ce groupe, nous avons considéré le nombre de jours d'hospitalisation versus le nombre de jours total (NJH/NJ) pour la période d'étude. Les résultats montrent que cette approche peut être utile, mais ils doivent être considérés avec prudence. Les implications d'une telle approche sont discutées.

Dans notre pratique avec les personnes présentant à la fois une déficience intellectuelle (DI) et des troubles psychiques, nous sommes confrontés à la présence importante de troubles du comportement qui sont parmi les aspects les plus difficiles à gérer au quotidien.

Depuis 2 ans, le groupe « BDBD » fait partie de la prise en charge de nos clients de l'Unité de Psychiatrie du Développement Mental (UPDM). Le nom de ce groupe vient de Bordeline-Bordeline, qui signifie la concomitance d'un trouble de personnalité et d'un retard mental évalué à la limite inférieure de la norme. Le groupe a été mis en place par un médecin et deux infirmiers(ères). Cette expérience thérapeutique groupale concerne des usagers ambulatoires, accueillis à la consultation et en Hôpital de Jour.

Unité de Psychiatrie du Développement Mental, Département de Psychiatrie Adulte, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2, ch. Du Petit-Bel-Air, CH-1225, Chêne-Bourg.

La déficience intellectuelle (DI) des clients qui sont inclus varie de légère à moyenne. Elle est associée à des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (BL) et les clients présentent des troubles du comportement de type auto et hétéro-agressif.

La CIM-10 caractérise les troubles de personnalité émotionnellement labile (F60.3) par une tendance à agir avec impulsivité et sans considérer les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Ce type de trouble est superposable aux troubles de personnalité type BL (301.83) du DSM-IV. Dans la réalité clinique quotidienne, l'un des problèmes qui « empoisonne » la vie de nos clients avec DI et troubles de la personnalité est les troubles du comportement auto et hétéro-agressif.

Dans le groupe de clients que nous décrivons, ci-après, les comportements auto-agressifs se présentent sous la forme d'automutilations et de comportements dangereux sans un passage à l'acte suicidaire dit classique, bien que l'idéation suicidaire soit très fréquente, mais sans projet précis.

Ils présentent des comportements hétéro-agressifs majoritairement physiques envers un membre de la famille ou de l'équipe socio-éducative, mais aussi des agressions sexuelles.

La prise en soins des troubles de personnalité type BL dans la population sans DI travaille à la structuration ou la restructuration du lien à travers la mise en place de contrat de soins telle que Linehan (1993) la préconise.

La prise en soins d'une population avec DI, bien que légère, et troubles du comportement de type auto et hétéro-agressif présente trois difficultés caractéristiques.

La première des difficultés est liée au fait que la thérapie dialectique utilisée avec des clients BL dont le niveau cognitif est dit « normal » ne peut pas être appliquée telle quelle pour les personnes avec une déficience intellectuelle. Ces dernières n'ont pas les ressources cognitives essentielles à la manipulation des concepts et n'ont pas non plus un niveau de compréhension suffisant pour travailler avec les pensées dichotomiques propres à la pathologie BL.

Selon M. Linehan, les BL ont une incapacité à intégrer les conflits internes car il existe une « oscillation entre thèse et antithèse au lieu d'une synthèse créatrice qui promeut le changement en dépassant les contradictions » (Cottraux, 2001).

De plus, le trouble de la personnalité BL repose sur une définition bio-sociale. Tout d'abord, il existe la notion d'un dysfonctionnement du système émotionnel dans le sens d'une lacune de la régulation émotionnelle et des difficultés d'apprentissage des expériences passées. Ensuite, un environnement invalidant les expériences et disqualifiant les analyses, couplé à une vulnérabilité émotionnelle engendrent une instabilité cognitive, comportementale et interpersonnelle. Ainsi, les programmes thérapeutiques développés par M. Linehan (2000 a et b) comprennent la gestion des contingences et de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique, l'exposition aux émotions et le développement des comportements adaptés au travers d'un cadre thérapeutique strict.

Avec des patients porteurs de DI, nous nous contentons des deux derniers objectifs cités ci-dessus, à savoir l'exposition aux émotions et le développement des comportements adaptés.

Deuxièmement, dans la population avec DI, la mise en place d'un contrat de soins présente de sérieuses difficultés qui s'ajoutent aux difficultés affectives présentes dans la population BL : la compréhension des termes du contrat est moindre, les raisons thérapeutiques du contrat sont peu comprises, les conséquences de la rupture de contrat ne sont pas claires et le lien entre le respect du contrat et le mieux-être est mal compris. Pour contourner ces difficultés, nous passons des « mini-contrats » qui concernent les règles du groupe et qui ne durent que le temps de la séance de groupe.

Troisièmement, il est difficile pour la population avec DI de mettre des mots et un sens à des sensations liées au débordement affectif qui précède un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Pour faire face à ce problème, nous recréons la situation émotionnelle in vivo et demandons de décrire ce que le client ressent. Si ce n'est pas possible, il lui est demandé de nous montrer les comportements hétéro-agressifs qu'il a eus. Pour l'aider, nous utilisons un support solide (punching-ball et jeu de massacre) qui permet à la personne de montrer concrètement un comportement sur lequel, ensuite, nous tentons de mettre des mots.

Notre prise en soins se base sur différentes hypothèses. La mise en situation de la personne qui tape sur le punching-ball permet de reproduire une situation émotionnelle forte dans un cadre établi. Nous supposons que lorsque le corps est en mouvement (coup de poing, de pied), cela permet au client de s'insérer plus concrètement et plus facilement dans une situation de reviviscence émotionnelle. Par la technique d'exposition aux émotions, nous nous attendons à une baisse de la charge émotionnelle. Nous tentons de donner un sens à l'émotion que nous mettons en lien avec les comportements inadaptes. Nous travaillons ensuite « à faire autrement », c'est-à-dire à développer des comportements adaptés. De plus, pour le patient, l'échange avec ses pairs, qui est typique de la situation grou-

pale, évite la fermeture/rébellion contre l'autorité du thérapeute ou, du moins, la réduit.

MÉTHODE

Clients concernés par l'étude

Nous avons considéré dans cette étude dix clients (trois femmes et sept hommes). Ils ont participé au groupe sur une période d'une durée variant de

3 mois à 2 ans. Les diagnostics psychiatriques des clients sont décrits dans le tableau 1. Les critères d'inclusion au groupe BDBD sont les suivants : jeunes clients des deux sexes, présentant une DI légère dont le QI varie de 60 à 70, avec des capacités verbales significatives et présentant des troubles de la personnalité, émotionnellement labile, de type BL ainsi que des troubles de comportement auto et hétéro-agressifs. Il faut noter que la présence des symptômes de la lignée psychotique, non aigus, n'exclut pas les clients.

Tableau 1

Codes diagnostiques selon la CIM-10

CLIENTS	SEXE	AGE	DIAGNOSTICS		
			Dx1	Dx2	Dx3
C01	F	21	F70.1	F21	
C02	M	34	F70.1	F60.31	F84.9
C03	M	25	F70.1	F20.6	
C04	M	21	F70.1	F21	F60.31
C05	M	16	F70.1	F92	
C06	M	25	F70.1	F65.4	
C07	F	25	F70.1	F60.31	G40
C08	F	21	F70.1	F60.31	
C09	F	21	F70.1	F60.31	F34
C10	M	20	F70.1	F07.1 Syndrome postencéphalitique	G40

Note : Dx1: premier diagnostic.

Les clients nous sont référés par l'Hôpital de Jour et par la Consultation de notre Unité (UPDM). Il s'agit de clients ambulatoires, qui peuvent avoir bénéficié, par le passé, de périodes d'hospitalisation en psychiatrie.

Les critères d'exclusion temporaire (ce type d'information est échangé dans le pré-groupe) sont liés à la présence de symptômes florides, d'agitation importante avec possibilité de passage à l'acte violent, d'état somatique aigu.

Les clients ayant un bas niveau verbal ne sont pas inclus dans ce groupe.

Description du groupe « BDBD »

Il s'agit d'un groupe semi-ouvert, avec des interruptions pendant les vacances de Noël (env. 15 jours) et d'été (env. 2 mois) ; le nombre de participants est de sept à huit clients. Le groupe se réunit régulièrement (une fois par semaine durant une heure) dans un lieu fixe (salle de sport de la Clinique psychiatrique).

Les règles du groupe reprennent les règles habituellement établies pour les groupes thérapeutiques classiques verbaux et sont remémorées au groupe à chaque séance :

- Confidentialité : « ce qui se dit dans le groupe reste entre nous et ne sort pas ailleurs »;
- Respect du cadre : ponctualité, régularité (toujours à la même heure, le même jour et le même lieu);
- Contrat de non agression physique : aucun passage à l'acte physique pendant la réunion, contre soi-même et les autres, aucun attouchement, ni contact physique. Les insultes sont tolérées et analysées pour permettre l'expression des sentiments lorsque l'émotion déborde.

En ce qui concerne notre groupe, il est presque impossible d'éviter le contact, car les thérapeutes interviennent dans d'autres groupes et les clients se côtoient à l'Hôpital de Jour en dehors des séances.

Nous avons donc instauré une règle qui ne permet aucune discussion hors du groupe à propos des thèmes abordés et qui limite les entretiens individuels souvent demandés par les clients.

Pour permettre d'extérioriser les émotions, nous utilisons deux supports : « le punching-ball » et « le jeu de massacre ».

Les soignants utilisent eux aussi « le punching-ball » et « le jeu de massacre » en mettant des mots sur leurs émotions. L'attitude des soignants est assez proche de celle d'un conducteur de groupe de parole, car ils doivent trouver « le juste milieu » entre l'authenticité et la distance relationnelle, tout en restant empathique.

Toute forme de passage à l'acte physique est interdite, mais les échanges très ouverts sur le plan verbal sont tolérés et travaillés ensuite : les patients peuvent utiliser des termes « de rue ».

D'autre part, la séance se termine par une relaxation en musique. La relaxation permet d'évacuer le stress et les émotions suscitées pendant la rencontre de groupe, de rejoindre l'extérieur de manière plus paisible et de profiter pleinement du repas convivial pris à la cafétéria.

Après chaque séance, les thérapeutes se retrouvent en post-groupe afin d'échanger à chaud leurs impressions et de prendre note des échanges du groupe, des interventions des clients et de discuter des problèmes rencontrés. Ils font une synthèse de ce qui s'est passé pendant la réunion et consignent les éléments à reprendre lors de la séance suivante. Les thérapeutes notent le tout dans un cahier pour la mémoire du groupe.

RÉSULTATS

Paramètres étudiés

En fait de paramètres de crise, nous avons considéré, premièrement, le rapport entre le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre de jours total (NJH/NJ) sur une période de quatre mois avant le

début du groupe « BDBD » (période pré-groupe). Ensuite, nous avons considéré ce ratio (NJH/NJ) pour la période durant laquelle les clients ont bénéficié du groupe « BDBD », la durée de cette période variant d'un client à l'autre (période groupe). Pour finir, nous avons analysé ce ratio pour la période de quatre mois après la fin du dernier groupe pour chaque client (période post-groupe). Nous avons aussi considéré le lieu de vie dans la période pré-groupe et post-groupe (voir tableau 3) comme étant un paramètre mesurant la stabilité clinique du participant et surtout sa capacité à se maintenir dans un projet d'intégration.

Entre le pré et le post-groupe, pour quatre sujets sur dix, les résultats montrent qu'il y a soit un ratio stable, soit une tendance à la diminution, ce qui indique que le nombre de jours d'hospitalisation diminue. En effet, selon le tableau 2, les ratios des participants C03, C06 et C07 sont nuls et restent stables. C01, voit sont ratio diminué dès l'introduc-

tion du groupe et se maintient à un ratio nul en post-groupe.

Pour C02, C04, C05 et C10, la tendance est différente. Le ratio augmente entre le pré-groupe et le groupe puis redescend au post-groupe. Parmi ces quatre participants, deux (C05, C10) ont une légère élévation du ratio lors de la période de groupe, puis, en post-groupe, se ratio diminue à nouveau pour atteindre 0. Pour C02 et C04, le ratio est élevé pendant le groupe (respectivement 0.47 et 0.51), puis redescend à des valeurs faibles en post-groupe. Cet effet, lié au groupe, ne s'observe en réalité que pour C04 puisque C02 possède un ratio déjà élevé avant le groupe. Ainsi, C04 est le seul participant pour lequel, pendant la phase du groupe, il y a plus de jours d'hospitalisation. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe un lien de cause à effet, puisque ce n'est pas le groupe qui augmente le nombre de jours d'hospitalisation, mais nous ne pouvons pas en exclure la possibilité non plus.

Tableau 2

Ratios jours d'hospitalisation NJH/NJ pendant la période d'étude

CLIENTS	NJH/NJ Pré-groupe	NJH/NJ Groupe	NJH/NJ Post-groupe
C01	0.11	0.00	0.00
C02	0.43	0.47	0.12
C03	0.00	0.00	0.00
C04	0.16	0.51	0.00
C05	0.02	0.04	0.00
C06	0.00	0.00	0.00
C07	0.00	0.00	0.00
C08	0.53	0.39	0.93
C09	0.00	0.01	0.17
C10	0.00	0.01	0.00

Note: NJH/NJ = Nombre de Jours d'Hospitalisation/Nombre de Jours

Tableau 3

Lieu de vie pendant la période d'étude

CLIENTS	Pré-groupe	Post-groupe
C01	F	SE(I)
C02	SE	SE
C03	F	F
C04	SE	SE
C05	F	SE
C06	F	F
C07	F	SE
C08	SE	SE
C09	F	SE
C10	F	SE(I)

Note: F = Famille ; SE = Socio-Educatif ; I = en cours d'Intégration

Le résultat de C08 montre une hausse importante du ratio, donc du nombre de jours d'hospitalisation en post-groupe. Le résultat en post-groupe s'explique par le fait qu'il y a eu de graves problèmes somatiques (fracture des membres inférieurs) amenant à l'impossibilité de poursuivre le traitement en dehors des unités hospitalières, à cause des problèmes psychiatriques concomitants. Si nous considérons les résultats entre le pré-groupe et le groupe, nous observons une baisse du ratio, ce qui traduirait une amélioration de l'état clinique.

Ainsi, nous pouvons dire que pour une majorité des participants, soit neuf sur dix, le nombre de jours d'hospitalisation en post-groupe est resté stable ou a diminué, et que pour un seul patient, nous constatons une hausse du nombre de jours d'hospitalisation qui est expliquée par des problèmes somatiques.

Nous avons aussi analysé les résultats qui concernent les projets d'intégration dans un lieu de vie. Nous pouvons remarquer que durant la période pré-groupe, sept clients sur dix vivaient en famille, avec parfois des situations conflictuelles difficiles (agressivité, agressions, fugues). Durant la période post-groupe, seuls deux clients continuent à vivre en famille (ils n'ont pas entrepris les démarches pour intégrer un lieu de vie de type socio-éducatif).

Sur les huit autres clients, trois vivaient déjà en résidence socio-éducative avant le groupe et ils y demeurent toujours. Les cinq autres sont installés, à présent, dans leur nouveau milieu de vie ou ils sont en cours d'intégration (voir tableau 3).

DISCUSSION

L'objectif principal du groupe «BDBD» est de travailler les troubles du comportement de type auto et hétéro-agressif des participants et de les aider à exprimer leur colère, leur peur et leur tristesse.

En discutant des émotions, nous avons tenté d'établir des liens avec les clients, puis, quand le lien fut établi, nous avons discuté des implications positives ou négatives de leurs comportements inadaptés.

Nous avons aussi cherché, ensemble, des solutions comportementales alternatives qui engendreraient des conséquences moins négatives que l'agressivité. Nous avons introduit, en tant qu'outil thérapeutique, le « micro-contrat » sur une séance en acceptant des comportements « à la limite de l'acceptable », tout en interdisant les passages à l'acte physique, auxquels nous avons substitué des échanges verbaux très ouverts.

Les résultats en post-groupe montrent que cette approche peut être utile. Nous avons constaté globalement que le ratio (nombre de jours d'hospitalisation/nombre de jours) est stable et a même diminué pour certains participants. Ce résultat doit être pondéré puisque, pour certains, nous notons une hausse de ce ratio pendant la période de groupe, qui diminue ensuite lors de l'évaluation post-groupe. Bien que nous constatons la stabilité et la baisse du ratio, nous ne tirons pas de conclusions définitives. Même si le lien de cause à effet ne peut être ni infirmé ni confirmé, nous observons que les participants sont stables cliniquement et qu'ils ne nécessitent pas d'autres traitements que les soins ambulatoires.

Nous restons attentifs face au fait que la prise en charge avec le groupe « BDBD », pendant la période d'observation, ne soit qu'un facteur explicatif parmi tant d'autres. En effet, la prise en charge globale proposée à l'Hôpital de Jour ainsi qu'une liste non-exhaustive d'événements de vie peuvent être d'autres facteurs qui favorisent ou diminuent les risques d'hospitalisation. De plus, les variations quant à la durée de la participation au groupe sont trop grandes entre les clients (moyenne = 278.9 jours, écart-type = 163.2 jours) et le nombre de patients observés est réduit. Pour finir, nous sommes conscients que le fait de constater l'efficacité d'une prise en charge ayant pour seul critère le nombre de jours d'hospitalisation est réductif. C'est pourquoi il nous semblait intéressant de vérifier les projets de vie et d'intégration des participants dans des lieux socio-éducatifs. Il faut noter que les participants ont une stabilité clinique suffisante pour s'insérer dans des projets d'intégration ou pour maintenir leurs acquis.

Pour la suite, nous prévoyons d'introduire des mesures cliniques d'évaluation des troubles du comportement et des troubles associés (anxiété, dépression) afin d'objectiver les éventuels changements dans l'évolution des patients.

CONCLUSION

Nous avons voulu décrire cette expérience thérapeutique, car il n'y a que très peu de prises en soins spécifiquement conçues pour les jeunes clients avec DI légère et moyenne, présentant des troubles de la personnalité, émotionnellement labiles, de type BL et accompagnés par des troubles de comportement auto et hétéro-agressifs.

« BDBD » GROUP

In our practice with clients with intellectual disability (ID) and psychiatric disorders, we have to cope with important behavioral disorders. The groupal therapeutic experience "BDBD" concerns ambulatory clients followed in a consultation and in Day Hospital. To permit to exteriorize the emotions we use 2 tools : the punching ball and the "massacre game". We considered 10 clients (3 women and 7 men) which are included in the BDBD group during a period varying from 3 months to 2 years. To verify the efficacy of this group, we considered the number of hospital days versus the total number of days, during the study period. Results show that this approach could be useful but have to be considered carefully. Implications of this approach will be discussed.

BIBLIOGRAPHIE

- BOHUS, M., HAAF, B., SIMMS, T., LIMBERGER, M.F., SCHMAHL, C., UNCKEL, C., LIEB, K. & LINEHAN, M.M. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*; 42 (5), 487-499.
- COTTRAUX, J. & BLACKBURN, I. (2001) *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- GALLI CARMINATI, G., KUMMER, M.-F. & CANELLAS, L. (2000) Violence chez la personne avec retard mental. *Pages Romandes*, 1, 14-17.
- KLONSKY, E.D., JANE, J.S., TURKHEIMER, E. & OLTMANN, T.F. (2002) Gender role and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 16 (5), 464-476.
- LINEHAN, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford, New-York : Allen Frances, Series Editor, États-Unis.
- LINEHAN, M.M. (2000a) *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Genève : Médecine et Hygiène.
- LINEHAN, M.M. (2000b) *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Genève : Médecine et Hygiène.
- LINEHAN, M.M., DIMEFF, L.A., REYNOLDS, S.K., COMTOIS, K.A., WELCH, S.S., HEAGERTY, P. & KIVLAHAN, D.R. (2002) Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67 (1), 13-26.
- MAC QUILLAN, A. (2004) Thérapie comportementale dialectique : une innovation thérapeutique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9 (3), 1-5.
- MOORE, E., ADAMS, R., ELSWORTH, J. & LEWIS, J. (1997). An anger management group for people with a learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 25, 53-57.
- PAXON, J.E. (1995). Relapse prevention for individuals with developmental disabilities, borderline intellectual functioning, or illiteracy. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (2), 167-172.
- REID, A.H. & BALLINGER, B.R. (1995). Behaviour symptoms among severely and profoundly mentally retarded patients. A 16-18 year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 167 (4), 452-455.
- SCHAYA, M. & GALLI CARMINATI, G. (2000). Expérience pilote de l'évolution d'un groupe verbal auprès de huit patients à l'hôpital de jour. *Revue Francophone de la Déficience intellectuelle*, 11 (2), 137-147.
- SCHAYA, M. & GALLI CARMINATI, G. (2003) Groupe hommes-femmes, évolution des patients, évolution des soignants. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 14 (1), 49-57.
- STIGLER, M. & BISCHOFF, T. (2004) Entre les personnalités Borderline et le spectre de la schizophrénie : un défi diagnostique et thérapeutique. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 124 (1), 27-28.