



## ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE BASÉE SUR LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT) AUPRÈS D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES PRÉSENTANT DES TRAITS OU UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Martine Coulombe, Frédérick Dionne, Michael Cantinotti

Université du Québec à Trois-Rivières

La santé mentale des étudiants universitaires fait l'objet d'un intérêt grandissant. Bien que les premières manifestations des troubles de santé mentale et notamment du trouble de la personnalité limite (TPL) soient fréquentes chez les jeunes adultes universitaires, il existe très peu d'interventions pour venir en aide à cette clientèle. En raison de son modèle théorique, de son format d'intervention et de ses appuis empiriques, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pourrait constituer une approche prometteuse dans le contexte universitaire. Cette étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe brève basée sur l'ACT menée auprès de 84 étudiants universitaires présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Elle repose sur un devis préexpérimental (pré et post) et utilise des données collectées entre 2013 et 2016 dans un centre d'aide aux étudiants. L'intervention démontre des résultats significatifs autant sur les variables de symptômes du TPL, les croyances fondamentales liées au TPL, l'attitude envers les problèmes et l'impulsivité que sur les variables de processus, comme l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, la suppression des pensées et la pleine conscience. L'ACT s'avère être une approche pertinente et prometteuse dans l'offre de services des centres d'aide aux étudiants universitaires.

*See end of text for English abstract.*

**Mots clés :** trouble de la personnalité limite (TPL), étudiants universitaires, thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), efficacité, programme d'intervention

**Remerciements :** L'auteure principale remercie le Centre d'aide aux étudiants (CAE) de l'Université Laval notamment Henri Hamel, directeur jusqu'en 2014, sa directrice actuelle Louise Careau, ainsi que Chantal Thibodeau, psychologue.

**Financement :** *Bell Cause pour la Cause* a subventionné le CAE de l'Université Laval, entre 2013 et 2016 pour développer et implanter l'intervention faisant l'objet de l'évaluation.

Les premiers diagnostics psychologiques apparaissent dans 75 % des cas avant l'âge de 24 ans (Kessler *et al.*, 2005). Les manifestations du trouble de la personnalité limite (TPL) surviennent majoritairement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ces données soulèvent des préoccupations à l'endroit de la santé psychologique des étudiants des collèges et des universités. Le TPL est défini comme un mode de fonctionnement envahissant, rigide et stable qui génère de la détresse sur le plan psychologique (APA, 2013). Les personnes présentant un TPL ont une propension à ressentir des émotions intenses comme la tristesse, l'anxiété, la colère et le vide intérieur. En réponse à ces affects, elles peuvent adopter des comportements impulsifs comme l'automutilation, l'abus de substances et les gestes suicidaires répétés (David *et al.*, 2017). Une méta-analyse portant sur la prévalence du TPL dans les collèges et les universités montre qu'elle varie entre 0.5 et 32 % (Meaney, Hasking et Reupert, 2016). Une étude longitudinale sur dix ans, conduite par Gunderson *et al.* (2011), rapporte que le diagnostic de TPL est associé à des difficultés de fonctionnement notamment sur le plan scolaire et professionnel malgré une amélioration des symptômes. Ils recommandent d'offrir des interventions supportant une meilleure adaptation sur ces enjeux.

Des programmes de prévention, d'intervention, de gestion de crise et de soutien sont généralement offerts dans les universités pour venir en aide aux personnes aux prises avec de la détresse psychologique ou un trouble de santé mentale (CACUSS/CMHA, 2013; Hanlon, 2012). L'évaluation des interventions et les politiques institutionnelles en santé mentale comportent toutefois certaines limites (De Somma, Jaworska, Heck et MacQueen, 2017; Jaworska, De Somma, Fonseca, Heck et MacQueen, 2016). Intervenant en première ligne, les collèges et les universités doivent composer avec des demandes qui dépassent souvent les ressources

financières et humaines disponibles (Pedrelli, Nyer, Yeung, Zulauf et Wilems, 2015). De plus, le TPL est une condition associée à une utilisation fréquente des services en santé mentale (Cailhol *et al.*, 2015) qui est souvent laissée-pour-compte dans l'offre de services psychologiques étudiants.

À ce jour, la Division 12 de l'American Psychological Association (2019, novembre) suggère quatre approches thérapeutiques appuyées empiriquement pour le traitement du TPL et qui interviennent sur des cibles communes telles que la dérégulation émotionnelle, l'impulsivité comportementale et les difficultés interpersonnelles (Fonagy, Luyten et Bateman, 2017). Parmi celles-ci, on retrouve la Thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993, 2014), la Psychothérapie focalisée sur le transfert (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 1979), la Thérapie des schémas (Young, Klosko et Weishaar, 2003) et la Psychothérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2006). Au-delà de la qualité et de l'efficacité reconnues de ces approches, elles demeurent toutefois difficiles à implanter dans des milieux institutionnels qui requièrent des services de soins simples, ciblés, ponctuels et brefs (David *et al.*, 2017; Paris, 2016, 2017).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et Wilson, 2012) connaît un essor considérable dans le milieu de l'éducation (Pistorello, 2013). Récemment, dans un essai aléatoire mené auprès d'étudiants provenant de trois universités québécoises, Grégoire, Lachance, Bouffard et Dionne (2018) ont montré qu'une intervention basée sur l'ACT a eu des effets supérieurs à une liste d'attente sur l'amélioration du bien-être psychologique, de la flexibilité psychologique et de l'engagement scolaire. L'ACT vise à développer une meilleure flexibilité psychologique chez les étudiants en développant six processus psychologiques : le moment présent et la flexibilité attentionnelle, le soi observateur, l'acceptation des émotions, la défusion cognitive, l'identification de valeurs et les actions engagées (Dionne, Ngô et Blais, 2013; Hayes *et al.*, 2012).

Selon la théorie de l'ACT, l'évitement expérientiel (la tendance à éviter les ressentis émotionnels et cognitifs) est un processus central dans l'explication des troubles de santé mentale comme le TPL. L'évitement expérientiel et la dérégulation émotionnelle seraient d'ailleurs des processus très similaires en plus d'être associés aux manifestations les plus dommageables liées au TPL, telles que l'abus de substance, l'automutilation et les tentatives de suicide (Buckholdt *et al.*, 2015; Linehan, 1993, 2004). En raison de son modèle explicatif du TPL et de son format d'intervention, l'ACT pourrait être une approche pertinente pour le TPL en milieu universitaire.

Une méta-analyse récente montre que l'ACT s'avère plus efficace que les traitements usuels, la liste d'attente ou un groupe contrôle pour des problématiques variées telles que l'anxiété, la dépression, les dépendances et les problèmes somatiques et se compare aux traitements plus

conventionnels offerts en thérapie cognitive comportementale (A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits et Emmelkamp, 2015). Ducasse et Fong (2015) ont recensé des recherches qui rapportent des effets bénéfiques de l'ACT sur des problématiques diverses, dont le trouble de personnalité limite. S'intéressant plus spécifiquement aux femmes avec un diagnostic de TPL présentant des comportements d'automutilation, Gratz, Tull et Levy (2014) ont démontré que des interventions basées sur la régulation émotionnelle peuvent diminuer l'évitement expérientiel ainsi que les comportements d'automutilation. À notre connaissance, deux études à devis expérimental portant spécifiquement sur l'ACT et le TPL ont montré que l'ACT était plus efficace qu'un groupe contrôle offrant le traitement usuel pour réduire l'évitement expérientiel et les symptômes autorapportés du TPL (Morton, Snowdon, Gopold et Guymer, 2012) et que cette efficacité se comparait à d'autres approches thérapeutiques, dont la thérapie comportementale dialectique (Reyes-Ortega *et al.*, 2019).

À ce jour, peu d'études se sont penchées sur l'efficacité de l'ACT en regard de la problématique du TPL. Celles-ci s'appuient en général sur de petits échantillons (en deçà de 65 participants) et sont conduites sur des échantillons cliniques. À notre connaissance, aucune étude n'a été menée auprès d'étudiants universitaires. Cette recherche vise à combler ces lacunes et propose d'évaluer les effets d'une intervention de groupe basée sur l'ACT auprès d'étudiants présentant des traits ou un diagnostic de TPL dans un centre d'aide universitaire. Si l'intervention s'avère bénéfique, elle pourrait représenter une solution avantageuse en termes de rapport coût-efficacité pour intervenir auprès des étudiants aux prises avec un TPL ou un problème de dérégulation émotionnelle.

### **Objectifs de la recherche**

Cette étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe brève basée sur l'ACT auprès d'une clientèle étudiante universitaire présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Plus spécifiquement, elle cherche à : 1) évaluer les effets de l'intervention sur l'amélioration significative de variables cognitives et comportementales présentes dans le TPL, soit l'intensité des symptômes autorapportés, les croyances fondamentales liées au TPL, les attitudes face aux problèmes et l'impulsivité; 2) évaluer les effets de l'intervention sur l'amélioration de variables de processus liées au modèle théorique de l'ACT, soit l'évitement expérientiel, la tendance à la suppression des pensées, la fusion cognitive, et la pleine conscience.

### **Méthode**

#### **PARTICIPANTS**

Les participants ont été recrutés entre l'automne 2013 et l'hiver 2016 par les psychologues du centre d'aide aux étudiants (CAE) de l'Université Laval. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) présenter au moins

trois traits associés au TPL, évalués par un outil de référence développé par les psychologues du CAE et/ou un diagnostic de TPL révélé par l'étudiant; 2) être inscrit à l'université. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) vivre une situation de crise au moment de la référence; 2) avoir eu des idées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide au cours de la dernière année et 3) présenter une situation active d'abus de substance au moment de la référence. Ce projet a obtenu les approbations éthiques de l'Université du Québec à Trois-

Rivières (CER-16-224-07.07) et de l'Université Laval (2016-079/18-03-2016).

Comme l'illustre le Tableau 1, l'échantillon était majoritairement composé de femmes (94 %) inscrites au premier cycle (76 %) et l'âge moyen était de 25,7 ans (É-T : 4,9 ans). Au total, 30 femmes et deux hommes, soit 38 % des participants, ont révélé avoir reçu un diagnostic formel de TPL posé par des professionnels externes au CAE.

**Tableau 1**

*Caractéristiques de l'échantillon*

Sexe	Nombre (%)	Âge (M) (ET)	Cycle d'études			Situation diagnostique (Dx) des étudiants référés au groupe		
			Pré-Univ*	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	Sans Dx **	Avec Dx
Femme	79 (94 %)	23,8 (3,1)		60 (76 %)	14 (18 %)	5 (6 %)	7,13 (1,36)	30 (37,9 %)
Homme	5 (6 %)	25,9 (5,0)	1 (20 %)	4 (80 %)	0	0	6,70 (1,25)	2 (40 %)
Total	84 (100 %)	25,7 (4,9)	1 (1 %)	64 (76 %)	14 (17 %)	5 (6 %)	6,08 (1,35)	32 (38 %)

\*Il s'agit d'étudiants inscrits à l'université qui poursuivent des cours préparatoires à leur admission à un programme.

\*\* Score moyen et écart-type obtenus à la Grille des traits TPL utilisée pour la référence au groupe.

Au total, 101 étudiants répondaient aux critères d'inclusion et respectaient les critères d'exclusion du groupe. Le diagramme de flux des participants montre que 84 d'entre eux ont débuté l'intervention (baisse de 17%) et que 11 (13%) ont abandonné. Les motifs invoqués pour refuser de participer au groupe n'ont pas été documentés. Les participants devaient remplir des questionnaires avant le début et à la fin de l'intervention.

## INTERVENTION

L'intervention de groupe ACT a été développée au CAE de l'Université Laval, grâce à l'obtention d'une subvention *Bell cause pour la cause*. L'intervention a été créée par la première auteure et son contenu a été manualisé dans un guide d'animation et un cahier du participant (Coulombe, Careau, Thibodeau et Bernier, 2013). Au total, six psychologues du CAE, déjà initiés à l'ACT, ont été formés pour offrir l'intervention. Les rencontres, animées en tandem, n'étaient ni filmées ni enregistrées. Un total de neuf groupes répartis sur six trimestres a accueilli entre six et 13 participants chacun. Ceux-ci pouvaient contacter un des deux animateurs entre les rencontres en cas d'urgence. Le programme d'intervention comprenait six rencontres hebdomadaires de deux heures qui portaient sur les thèmes suivants : 1) accueillir ses émotions ; 2) réguler ses émotions ; 3) défusionner ; 4) identifier ses valeurs; 5) réduire l'impulsivité et améliorer la tolérance à la détresse et 6) résoudre les problèmes et développer des actions

engagées. Chaque rencontre prévoyait un temps de méditation et des exercices à pratiquer entre les rencontres.

## INSTRUMENTS DE MESURE

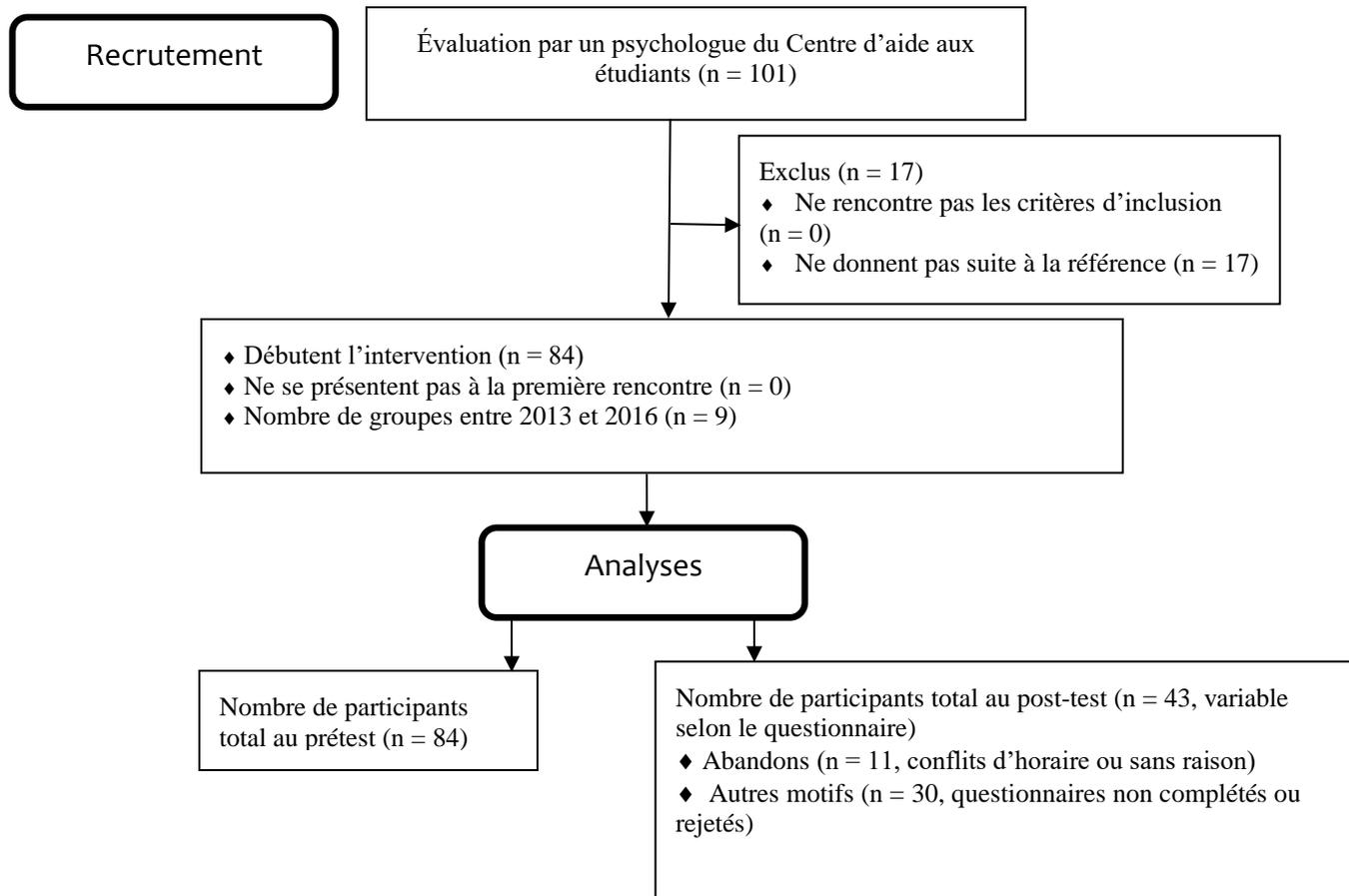
Des instruments de mesure portant sur les variables cognitives et comportementales du TPL ainsi que sur les variables des processus de l'ACT ont été utilisés.

**Grille des traits TPL.** Il s'agit d'un instrument développé au CAE pour la référence au groupe qui a été élaboré à partir des principales manifestations du TPL rapportées dans la littérature. Elle permet d'identifier jusqu'à 23 traits cognitifs et comportementaux associés au TPL. Un exemple d'item est : « Je suis habité par une sensation chronique de vide ». Une échelle de Likert allant de 0 « absence du trait » à 10 « présence intense du trait » est utilisée. L'alpha de Cronbach est de 0,88 (items = 23). Trois traits, atteignant un score plus grand ou égal à 5, étaient requis pour la référence au groupe, et ce, indépendamment du fait qu'il s'agissait d'un trait cognitif ou comportemental.

**Questionnaire des croyances de la personnalité (PBQ; Beck et Beck, 1995 dans Bouvier, 2009, 3<sup>e</sup> édition).** Ce questionnaire évalue les croyances spécifiques liées aux troubles de personnalité. Elles portent sur la vision de soi et des autres en contexte relationnel. La recherche a utilisé la sous-échelle du TPL

**Figure 1**

Diagramme de flux de participants



dont le coefficient interne est de 0,89. Selon Butler, Brown, Beck et Grishman (2002), cette sous-échelle présente une bonne cohérence interne, de même qu'une validité diagnostique, et peut être utilisée à des fins diagnostiques et de thérapie cognitive du TPL. Un exemple d'item est : « Même une personne proche pourrait être déloyale ou infidèle ». Le questionnaire est autoadministré et coté sur une échelle de Likert à cinq niveaux allant de 0 « je ne crois pas du tout », à 4 « je crois totalement ». Plus le score est élevé, plus la croyance est marquée et plus elle influence le comportement. Ce questionnaire est compatible avec la conceptualisation des troubles de la personnalité du DSM-5 (Bhar, Beck et Butler, 2012).

**Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP; Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005).** Cet outil évalue l'attitude face aux problèmes en termes de doute envers les compétences de résolution de problèmes et d'anticipation de menaces au bien-être. Ces attitudes sont associées à des stratégies d'évitement et à de l'impulsivité ou de la négligence et seraient présentes dans de

nombreuses psychopathologies. Le questionnaire est autoadministré et comprend 12 items cotés sur une échelle de Likert en cinq niveaux allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « extrêmement correspondant ». Un exemple d'item est : « J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger ». La cohérence interne est de 0,90 et la fidélité test-retest sur cinq semaines est de 0,87.

**Échelle d'impulsivité (BIS-10; Barrat, 1993).** Il s'agit d'un outil autoadministré qui comporte 34 items cotés sur une échelle de Likert à quatre niveaux allant de 1 « rarement/jamais » à 4 « presque toujours/toujours ». Un exemple d'item est : « Je fais les choses sans y penser ». Les scores se situent entre 34 et 136. Un score élevé est lié à une impulsivité élevée. La traduction française affiche un coefficient de cohérence interne de 0,82 pour le score global (Baylé *et al.*, 2000).

**Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II; Hayes et al., 2006).** Ce questionnaire mesure l'évitement expérientiel et l'incapacité à agir efficacement en présence d'expériences psychologiques difficiles. La version française utilisée comprend 10 items et est

autoadministrée (Monestès, Villate, Mouras, Loas et Bond, 2009). Un exemple d'item est : « J'ai peur de mes émotions ». La cotation s'effectue à partir d'une échelle de Likert à sept niveaux allant de 1 « jamais vrai » à 7 « toujours vrai ». L'Alpha de Cronbach est de 0,83 et l'outil présente une bonne stabilité temporelle,  $r = 0,80$  à trois mois. Plus le score est élevé, plus la flexibilité psychologique est grande.

**Inventaire des tendances à la suppression (WBSI; Wegner et Zanakos, 1994).** Cet inventaire mesure l'évitement expérientiel au niveau des pensées, la tendance à essayer de contrôler les pensées intrusives et à les faire disparaître. Il s'agit d'un outil autoadministré de 15 items cotés sur une échelle de Likert à cinq niveaux allant de 1 « pas d'accord du tout » à 5 « tout à fait d'accord ». Un exemple d'item est : « Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser ». Les scores possibles se situent entre 15 et 75. Un score élevé reflète une tendance à la suppression de pensées plus prononcée. Ce questionnaire présente des alphas de Cronbach de 0,87 et de 0,89. La version française a été validée par Schmidt *et al.* (2009) et s'avère adéquate pour l'utilisation en recherche.

**Questionnaire de fusion cognitive (CFQ-28; Dempster, Bolderston, Gillanders et Bond, 2009).** Ce questionnaire mesure deux facteurs : la fusion et la défusion cognitive. Il présente une cohérence interne de 0,86. Un plus haut score reflète une fusion cognitive plus marquée. C'est un questionnaire autoadministré de 28 items cotés sur une échelle de Likert à sept niveaux allant de 1 « jamais vrai » à 7 « toujours vrai ». Un exemple d'item est : « Je lutte contre mes pensées ». La traduction française était en cours de validation au moment de l'utilisation de l'outil. Elle a été extraite du livre de Monestès et Villate (2011).

**Échelle d'attention et de pleine conscience (MAAS; Mindful Attention Awareness Scale, Brown et Ryan, 2003).** Cet outil mesure la tendance à être attentif et conscient du moment présent et de l'expérience actuelle et il est destiné à des personnes qui ne possèdent pas d'expérience particulière en pleine conscience ou méditation (Monestès et Villate, 2011). Il s'agit d'un outil autoadministré coté sur une échelle de Likert en six niveaux, soit 1 « presque toujours » à 6 « presque jamais ». Un exemple d'item est : « Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger ». Les scores totaux varient entre 15 à 90. Plus le score total est bas, plus la perte de contact avec l'instant présent est importante. L'outil présente un alpha de Cronbach de 0,84. La version française a été validée par Jermann et ses collaborateurs (2009) et peut être utilisée en recherche.

## PLAN D'ANALYSE

L'étude est rétrospective et exploratoire et elle adopte un devis de type préexpérimental (pré et post-test). Elle fait une utilisation secondaire de données recueillies dans

un contexte clinique d'implantation d'une nouvelle intervention au CAE. L'ensemble des analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel SPSS (version 26). La recherche utilise une analyse de variance à mesures répétées (modèle mixte linéaire). Un test sur le ratio de vraisemblance (*Likelihood-ratio test*) a été effectué et une structure de covariance diagonale (c.-à-d., variances hétérogènes et corrélations nulles entre les temps de mesure) s'est avérée la mieux ajustée aux données. L'alpha obtenu pour chacune des variables à l'étude a fait l'objet d'une correction séquentielle selon la méthode Holm-Bonferroni.

## Résultats

Avant de procéder aux analyses paramétriques, une exploration des données a été réalisée et confirme que la distribution ainsi que la variance des données et des résidus sont normales. Les résultats sont regroupés dans deux tableaux et seront présentés sommairement. Le Tableau 2 rassemble les résultats de l'analyse de variance (modèle mixte linéaire), leur seuil de signification ajusté et la taille d'effet pour chacune des variables.

Le Tableau 3 fournit des informations complémentaires qui permettent d'apprécier les résultats obtenus à l'analyse de variance, notamment les moyennes entre les deux temps de mesure ainsi que les intervalles de confiance pour chaque variable.

Les résultats montrent que toutes les variables à l'étude affichent des différences significatives entre le pré et le post-test. En outre, on observe une réduction significative de l'intensité des symptômes du TPL autorapportés,  $F(1, 30,23) = 64,51, p = 0,006$ . Ce résultat présente une grande taille d'effet ( $d = 1,49$ ). On note une tendance similaire sur le plan des croyances liées à la personnalité limite,  $F(1, 44,86) = 9,33, p = 0,004$ , bien que ce résultat comporte une petite taille d'effet ( $d = 0,40$ ). De même, l'attitude négative envers les problèmes s'améliore de façon significative  $F(1, 50,37) = 24,84, p = 0,007$  avec une taille d'effet modérée ( $d = 0,74$ ). Enfin, l'impulsivité diminue significativement à la suite de l'intervention,  $F(1, 42,6) = 4,51, p = 0,05$ . On note une petite taille d'effet ( $d = 0,39$ ).

Les analyses menées sur les variables du processus de l'ACT se sont, elles aussi, toutes révélées significatives. Ainsi, l'évitement expérientiel laisse place à une plus grande acceptation, la différence entre les deux temps de mesure étant significative  $F(1, 50,77) = 26,97, p = 0,008$ . Ce résultat s'accompagne d'une grande taille d'effet ( $d = 0,98$ ). La suppression des pensées s'améliore de façon significative,  $F(1, 43,14) = 9,56, p = 0,003$ . Elle présente toutefois une petite taille d'effet ( $d = 0,43$ ). De même, la défusion diminue significativement  $F(1, 55,15) = 23,81, p = 0,01$  et comporte une grande taille d'effet ( $d = 0,92$ ). La pleine conscience s'améliore significativement  $F(1, 39,53) = 8,73, p = 0,025$  après l'intervention. Cette différence est associée à une petite taille d'effet ( $d = 0,45$ ).

**Tableau 2**

Résultats à l'analyse de variance (modèle linéaire mixte) obtenus entre les deux temps de mesure pour chaque variable dépendante

Variable dépendante	Ddl du numérateur	Ddl du dénominateur	F	Sig.	Sig correction HB*	Taille d'effet**
Grille traits TPL	1	30,23	64,51	0,000	0,006	1,49 (G)
PBQ	1	44,86	9,33	0,004	0,017	0,40 (P)
QAP	1	50,37	24,84	0,000	0,007	0,74 (M)
BIS-10	1	42,60	4,51	0,040	0,05	0,39 (P)
AAQ-II	1	50,77	26,97	0,000	0,008	0,98 (G)
WBSI	1	43,14	9,56	0,003	0,013	0,43 (P)
CFQ-28	1	55,15	23,81	0,000	0,01	0,92 (G)
MAAS	1	39,53	8,73	0,005	0,025	0,45 (P)

\*Sig correction Holm-Boneferoni

\*\* d de Cohen : 0,20 effet de petite taille (P); 0,50 effet de taille moyenne (M); 0,80 et plus effet de grande taille (G).

**Tableau 3**

Moyennes marginales ajustées et intervalles de confiance pour chaque variable

Variable dép.	Intervalles de confiance 95%					
	M marginales ajustées		Borne inférieure	Borne supérieure	Borne inférieure	Borne supérieure
	Temps 1	Temps 2	Temps 1		Temps 2	
Grille traits TPL	6,92	4,15	6,59	7,24	3,37	4,9
PBQ	22,66	18,71	20,03	25,28	15,84	21,59
QAP	37,22	30,61	34,97	39,47	28,03	33,19
BIS-10	80,20	77,47	77,72	82,69	74,32	80,63
AAQ-II	42,49	47,27	41,19	43,79	45,73	48,81
WBSI	56,86	51,69	54,96	58,76	48,47	54,92
CFQ-28	72,18	63,03	70,05	74,31	59,81	66,25
MAAS	48,06	52,40	45,31	50,81	48,79	56,02

## Discussion

Cette étude de nature exploratoire est l'une des premières à suggérer qu'une intervention brève basée sur l'ACT pourrait être considérée comme une option thérapeutique utile pour les étudiants universitaires présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Cette hypothèse est congruente avec les résultats obtenus dans le cadre de recherches cliniques évaluant l'efficacité d'interventions basées sur l'acceptation et la régulation des émotions auprès de femmes avec un diagnostic de TPL (Gratz *et al.*, 2012, 2014; Gratz, Bardeen, Levy et Dixon-Gordon, 2015). Ces recherches ont aussi mis en évidence les effets d'une telle approche sur l'amélioration de la régulation émotionnelle, la diminution de l'évitement expérientiel, de la dépression, de l'anxiété et du stress, fréquents dans la problématique du TPL.

La recherche permet d'observer une diminution de l'intensité des symptômes autorapportés du TPL associée à une grande taille d'effet. Elle rejoint ainsi les conclusions de Morton *et al.* (2012) qui ont comparé deux groupes répartis aléatoirement, l'un recevant un suivi habituel combiné à un groupe ACT (n = 20) et l'autre ne recevant que le traitement habituel (n = 21). Cette étude a montré que la condition expérimentale avait amélioré l'appréciation subjective des symptômes du TPL par les participants. Des essais aléatoires ultérieurs mettant à profit des mesures écologiques permettraient de mieux rendre compte de l'évolution des états subjectifs liés au TPL ainsi qu'une appréciation plus nuancée de cet impact clinique (Miskewicz, *et al.*, 2015). Par ailleurs, les résultats de l'intervention sur des dimensions cognitives (croyances et attitudes) sont intéressants même si leurs tailles d'effet sont respectivement petites et modérées. La réduction du score d'impulsivité rejoint les résultats d'autres recherches qui associent l'entraînement à la pleine conscience à la réduction de l'impulsivité ainsi qu'à l'amélioration de l'humeur négative associée à la rumination, l'agressivité et aux idéations suicidaires (Carmona i Farrés *et al.*, 2019, Dixon, Paliliunas, Belisle et Shaffer, 2018; Geiger, Herr et Peters, 2019). Ce résultat est intéressant puisque les personnes avec un TPL ont une propension à prendre des décisions impulsives allant souvent à l'encontre de leurs propres intérêts de façon à obtenir un soulagement immédiat, au détriment des objectifs à plus long terme (LeGris, Toplak et Links, 2014; Sánchez-Navarro, Weller, López-Navarro, Martínez-Selva et Bechara, 2014).

L'ensemble des variables liées au processus de l'ACT présentent des améliorations au terme de l'intervention. Un résultat intéressant en raison de sa portée clinique est la diminution de l'évitement expérientiel (ou l'amélioration de l'acceptation), un mécanisme explicatif central dans l'ACT. L'évitement expérientiel et la dérégulation émotionnelle sont des variables associées aux manifestations les plus dommageables du TPL (Gratz *et al.*, 2012, 2015; Linehan 1993, 2014). Ce résultat est prometteur puisqu'il rejoint les conclusions d'autres

travaux portant sur l'efficacité de l'ACT auprès de clientèles présentant des problèmes de santé mentale sévères ou réfractaires à la psychothérapie, tels que les troubles de la personnalité (Chakhssi, Janssen, Pol, Van Dreumel et Westerhof, 2015; Clarke, Kingston, James, Bolderson et Remington, 2014). Les résultats portant sur la diminution de la tendance à la suppression des pensées et de la fusion cognitive sont cohérents avec ceux de Beblo *et al.* (2013), qui mettent en perspective l'efficacité des approches centrées sur l'acceptation des émotions pour intervenir sur la tendance à la suppression des pensées négatives observées dans le TPL. Ces résultats, combinés à ceux obtenus avec les variables portant sur les croyances liées au TPL et sur les attitudes face aux problèmes, suggèrent la pertinence d'une intervention ACT pour améliorer la flexibilité de certains processus cognitifs associés au TPL. Les participants à l'intervention de groupe ACT ont notamment amélioré leur niveau de pleine conscience. L'entraînement à la pleine conscience a démontré son utilité auprès des personnes présentant un TPL sur la réduction de leurs symptômes (Elices *et al.*, 2016).

## Limites et contribution

L'étude comporte quelques limites qu'il importe de prendre en considération dans l'appréciation des résultats. Premièrement, le devis préexpérimental, sans groupe contrôle et mesures longitudinales, ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre l'intervention et les bénéfices perçus. Deuxièmement, le faible taux de réponse au posttest constitue un élément qui limite la portée de l'étude. Troisièmement, l'utilisation de mesures autorapportées peut engendrer de la désirabilité sociale chez les participants. Quatrièmement, une force de cette étude est qu'elle a été menée en milieu naturel. Toutefois, l'utilisation de données secondaires n'a pas permis de contrôler certaines variables. Par exemple, les suivis individuels concomitants au groupe chez quelques participants n'ont pas été contrôlés, générant la possibilité de surestimer la réponse thérapeutique propre à la condition du groupe. En outre, les données portant sur les comorbidités ou sur les parcours traumatiques ou de consultations des participants n'étaient pas disponibles et constituaient des facteurs qui auraient pu enrichir la compréhension du phénomène étudié. Cinquièmement, malgré les qualités psychométriques satisfaisantes, l'utilisation de la *Grille des traits TPL* demeure un instrument maison qui n'offre pas de seuils diagnostiques clairs, ce qui augmente le risque de surévaluer la présence de traits chez les participants. En dépit de ces limites, les résultats soutiennent ceux obtenus dans d'autres études et suggèrent que l'ACT pourrait être une approche prometteuse pour intervenir auprès d'étudiants présentant des traits ou un diagnostic de TPL dans un contexte universitaire. Peu d'études se sont intéressées directement à la problématique du TPL chez les étudiants universitaires. Pourtant, les conséquences de ce trouble sur le parcours personnel et scolaire sont importantes.

L'intervention évaluée comporte l'avantage d'être peu coûteuse et facilement intégrable aux centres d'aide aux étudiants des universités. Ces résultats mériteraient d'être validés par des essais aléatoires avec groupe contrôle prévoyant des mesures longitudinales afin d'évaluer si les gains se maintiennent à long terme (trois mois, six mois ou un an). Il serait aussi pertinent de varier la durée de l'intervention jusqu'à l'atteinte d'un seuil asymptomatique des gains mesurables. De nouveaux essais cliniques pourraient aussi contrôler certaines variables telles que la présence ou non de thérapie individuelle concomitante au groupe et comparer la taille d'effet des gains observés en fonction de la sévérité des symptômes au prétest.

University student's mental health is generating a growing body of research. Even though its first manifestations appear between age 18 and 25, little is known about interventions with Borderline Personality Disorder (BPD) in university setting. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention has shown promises for these students. This study assessed the impact of a brief group intervention based on ACT conducted among 84 university students with BPD traits or diagnosis. It was based on a pre-experimental design (pre-post intervention) and uses data collected between 2013 and 2016. Significant results were obtained on self-reported symptoms of BPD, fundamental's BPD beliefs, attitude towards problems, impulsivity, acceptance of negative affects, cognitive fusion, suppression of thoughts and on mindfulness. ACT seems a promising approach for university students with BPD.

*Keywords:* borderline personality disorder (BPD), university students, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), effectiveness, intervention program

## Références

- American Psychiatric Association (APA). (2019, novembre). *Research supported psychological treatment*. Repéré à URL: <http://www.div12.org/psychological-treatments>.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington D.C., American Psychiatric Association. ISBN9780890425541.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J. et Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84 (1), 30-36. URL : doi:10.1159/000365764.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. In W.G. McCown, J. L. Johnson et M.B. Shure (Ed.). *The impulsive client: Theory, research and treatment*, (pp. 39-56). American Psychological Association. URL: <https://doi.org/10.1037/10500-003>.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Baylé, F. J., Bourdel, M. C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J.-M., Adés, J. et Léo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *La Revue canadienne de psychiatrie*, 45 (2), 156-165.
- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszak, A. et Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 210, 505-509, URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.036>.
- Bhar, S. S., Beck, A. T. et Butler, A. C. (2012). Beliefs and personality disorders: An overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (1), 888-100.
- Bouvier, M. (1999). Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. (3<sup>e</sup> édition). Masson, 323 p.
- Brown, K. W. et Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. et Grishman, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (10), 1231-1240.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., Anestis, M. D., Lavender, J. M., Jobe-Shields, L. E., Tull, M. T. et Gratz, K. L. (2015). Emotion regulation difficulties and maladaptive behaviors: Examination of deliberate self-harm, disordered eating and substance misuse in two samples. *Cognitive Therapy Research*, 39, 140-152.
- Cailhol L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, E., Villeneuve, E., Laporte, L. et David, P. (2015). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, INSPQ (Institut National de santé publique du Québec).
- Canadian Association of College and University Student Services (CACUSS) and Canadian Mental Health Association (CMHA). (2013). Post-secondary student mental health: Guide to a systemic approach. Vancouver, BC.
- Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Dominguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R. et Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on borderline personality disorder: Impulsivity versus emotional dysregulation. *Mindfulness*, 10, 1243-1254, URL: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1071-4>.
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S. M., Van Dreumel, M. et Westerhof, G. J. (2015). Acceptance and commitment therapy group treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personality and Mental Health*, 9, 345-356.

- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H. et Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: J. Wiley and Sons.
- Coulombe, M., Careau, L., Thibodeau, C. et Bernier, M. (2013). Sous le coup de l'émotion : les enjeux relationnels des émotions, Guide d'animation (134 p.), Cahier du participant (69 p.). Centre d'aide aux étudiants, Université Laval.
- David, P., Côté, R., Demers, P., Desrosiers, L., Laporte, L., Ratel, S., Renaud-Gagnon, L., Tremblay, M., Villeneuve, E. et Gilbert, M. (2017). Offre de services de groupe pour les troubles de personnalité en contexte de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale - Cadre de référence, Centre National en Santé Mentale, Québec.
- Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D. et Bond, F. L. (2009). *The development of a measure of cognitive fusion: the CFQ*. World-Conference III of the Association for Behavioral and Contextual Science, Enschede, Netherlands.
- De Somma, E., Jaworska, N., Heck, E. et MacQueen, G. M. (2017). Campus mental health policies across Canadian regions: Need for a national comprehensive strategy. *Canadian Psychology / Canadian Psychological Association*, 2017, 58 (2), 161-167.
- Dionne, F., Ngô, T. L. et Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38 (2), 111-130.
- Dixon, M., Paliliunas, D., Belisle, J. et Shaffer, J. L. (2018). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, URL: Doi: 10.1016/j.jcbs.2018.11.003
- Ducasse, D. et Fong, G. (2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'Encéphale - Journal of Clinical Psychiatry and Psychopharmacology*, 41 (1), 1-9.
- Elices, M., Pascual, J. C., Porella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C. et Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7, 584-595.
- Fonagy, P., Luyten, P. et Bateman, A. (2017). Treating borderline personality disorder with psychotherapy: Where do we go from here? *JAMA Psychiatry*, 74 (4), 316-217.
- Geiger, P., Herr, N. R. et Peters, J. R. (2018). Deficits in mindfulness account for the link between borderline personality features and maladaptive humor styles. *Personality and Individual Differences*, 139, 19-23.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le questionnaire d'attitude face aux problèmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15 (4), 141-153.
- Gratz, K. L., Bardeen, R., Levy, R. et Dixon-Gordon, K. L. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 29-35.
- Gratz, K. L., Levy, R. L. et Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 335-380.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. et Levy, R. L. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-months follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Psychological Medicine*, 44, 2099-2112.
- Gregoire, S., Lachance, L., Bouffard, T. et Dionne, F. (2018) The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49 (3), 360-372.
- Gunderson, G., Stout, R.L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C.A., Ansell, E. B., Pinto, A. et Skodol, A. E. (2011) Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68 (8), 827-837, URL: doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hanlon, C. (2012). Addressing mental health issues on University Campus. *University Manager Magazine*, Summer, 51-58.
- Hayes, S. D., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2e éd.). New York, É.-U.: Guilford Press.
- Jaworska N., De Somma, E., Fonseka, B. Heck, E. et MacQueen, G. M. (2016). Mental health services for students at post-secondary institutions: A national survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61 (12), 766-775, URL: doi:10.1177/0706743716640752.
- Jermann, F., Billieux, J., Laroi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A. et Van der Linden, M. (2009). Mindful attention awareness scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21 (4), 506-514, URL : http://dx.doi.org/10.1037/a0017032.
- Kessler, R. C., Berglundt, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime

- prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, June, 62 (6), 593-602, doi: 10.1001/archpsych.62.6.593.
- LeGris, J., Toplak, M. et Links, P. S. (2014). Affective decision making in women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 698-719, URL: [http://dx.doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_140](http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2014_28_140).
- Linehan, M. (1993, 2014). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Meaney, R., Hasking, P. et Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PLoS ONE*, 11 (5), URL: Doi: 10.1371/journal.pone.0155439.
- Miskewicz, K., Fleeson, W., Mayfield A. E., Law, M. K., Mneimne, M. et Furr, R. M. (2015). A contingency-oriented approach to understanding borderline personality disorder: Situational triggers and symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 29 (4), 486-502.
- Monestès, J. L. et Villate, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Paris : Elsevier Masson.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G. et Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59 (4) : 301-308, URL: Doi : 10.1016/j.erap.2009.09.001
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. et Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4), 527-544.
- Paris, J. (2016). Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27 (4), 297-301.
- Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: Making treatment brief, effective and accessible*. New York, Academic Press.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C. et Wilems, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment consideration. *Academic Psychiatry*, 39 (5), 503-511, URL: Doi: 10.1007/s40596-014-0205-9.
- Pistorello, J. (2013). *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention, prevention, and outreach*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles García, R. et Arango, I. (2019). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, [Epub ahead of print], URL: Doi: 10.1111/papt.12240.
- Sánchez-Navarro, J. P., Weller, J. A., López-Navarro, J. M., Martínez-Selva, J. M. et Bechara, A. (2014). Suboptimal decision making in borderline personality disorder: Effect of potential losses. *Spanish Journal of Psychology*, 17 (38), URL: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.39>.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., Brinkmann, K. et Van der Linden, M. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): A review of previous findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, 9 (4), 323-330, URL: <https://doi.org/10.1080/00223890902935738>.
- Wegner, D. M. et Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62 (4), 615-640, URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>.
- Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.