

Article

« Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite »

Joel Paris

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 117-129.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032316ar>

DOI: 10.7202/032316ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite

Joel Paris*

Les patients qui souffrent de troubles liés à la personnalité limite (PL) représentent un défi clinique principalement en raison de leur tendance chronique au suicide. La recherche menée sur les résultats à long terme montre qu'environ 10 % des patients présentant des troubles de la PL finiront par réussir leur suicide, mais qu'il reste difficile de prédire lesquels sont le plus à risque. Il n'existe encore aucune preuve qu'on puisse prévenir le suicide grâce à un traitement. Des recommandations cliniques suggèrent que la prévention du suicide ne devrait pas être la préoccupation centrale de la thérapie pour ces patients.

La personnalité-limite: un défi clinique

Nous examinons ici la prévalence du suicide chez les patients diagnostiqués comme présentant des troubles de la personnalité limite, les facteurs prédictifs possibles ainsi que l'efficacité des traitements. Les études empiriques font l'objet d'une révision et leurs implications cliniques sont évaluées. Nous cherchons de façon particulière à savoir si les traitements psychiatriques actuels amènent véritablement les patients limites à ne pas compléter leur suicide.

La personnalité limite est un diagnostic psychiatrique caractérisé par l'impulsivité, l'instabilité affective et les relations instables (American Psychiatric Association, 1987). Ses symptômes les plus communs sont les gestes et les menaces suicidaires (Zanarini et al., 1989a). Les patients présentant des troubles de la personnalité limite constituent jusqu'à 25 % des patients psychiatriques internes ou admis à l'urgence. On les rencontre également souvent dans les cliniques externes (Gunderson, 1984).

La personnalité limite, comme les autres troubles de la personnalité, pose un problème de fiabilité et un problème de validité (Paris,

* Dr Paris travaille à l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

1994). Même si les diagnostics cliniques ont tendance à être peu fiables, on a démontré que lorsque le diagnostic est établi par des observateurs expérimentés qui utilisent des entrevues semi-structurées, le coefficient d'objectivité et le système du test-retest présentent tous les deux une fiabilité élevée (Zanarini et al., 1989b). Par contre, la validité de la PL porte davantage à controverse. La PL ne répond pas aux critères assez exigeants qu'utilisent Robins et Guze (1970) pour déterminer un trouble mental valide. Elle se compare toutefois assez bien à la plupart des autres diagnostics psychiatriques; son évolution clinique de même que sa réponse au traitement sont caractéristiques (Paris, 1994).

La personnalité limite peut être diagnostiquée chez environ 1 à 2% de la population lors d'études communautaires (Swartz et al., 1990; Ross et al., 1991). Des preuves indirectes suggèrent que la prévalence de la PL pourrait être en augmentation (Millon, 1993; Paris, 1992). Elle est très commune chez les jeunes femmes. Des preuves ont démontré que la PL «s'épuise» avec le temps et fait place au rétablissement vers le milieu de l'âge adulte (Paris, 1988). Le risque est toutefois élevé que ces patients réussissent leur suicide (Paris, 1993).

Aucune méthode établie de traitement de la personnalité limite ne s'est avérée efficace. La valeur de la pharmacothérapie est tout au plus marginale (Soloff, 1993). Il n'a pas été démontré que l'hospitalisation était valable, et elle pourrait même être contre-productive (Dawson, 1988). Enfin, la psychothérapie est souvent sans succès auprès de cette catégorie de patients (Kroll, 1988; Paris, sous presse).

Le patient qui a une personnalité limite représente donc un défi important pour les cliniciens. De plus, il se peut qu'un grand nombre de suicides attribuables à la PL n'ait reçu aucune attention clinique. Cette possibilité est prouvée par des études portant sur le suicide chez les jeunes, qui a augmenté au cours des dernières décennies et qui se concentre chez les jeunes hommes (Sudak et al., 1984). Selon quatre études portant sur les diagnostics psychiatriques de suicide chez des jeunes, dont la plupart étaient mâles (Lesage et al., sous presse; Runeson et Beskow, 1991; Rich et al., 1992; Martunnen et al., 1992), environ le tiers de ces jeunes répondaient aux critères de la PL. Mais comme les hommes sont moins susceptibles que les femmes de recourir à des soins psychiatriques (Robins et Regier, 1991), les études sur les taux de suicide dans les populations cliniques sous-estiment peut-être le risque global associé à la PL.

Le suicide complété chez les personnalités limites : les preuves apportées par la recherche pronostique

Depuis quinze ans maintenant, divers groupes de recherche ont suivi des cohortes de patients présentant des troubles de la personnalité limite. McGlashan (1985, 1986, 1987) a étudié un groupe du Chestnut Lodge, un hôpital privé situé à proximité de Washington, D.C. Plakun et al. (1986) ont travaillé sur des données concernant des patients du Austen Riggs Center, un autre hôpital psychiatrique privé dans le Massachusetts. Stone (1990) a examiné une cohorte d'une unité établie à l'Université Columbia de New York, qui sert pour le traitement à long terme des patients internes présentant des troubles de la PL. Paris et al. (1987, 1988, 1989) ont suivi des patients qui étaient traités dans un hôpital général situé en milieu urbain, l'Hôpital général juif de Montréal. Une cinquième étude, en cours et non publiée (Silver et Cardish 1991), a permis de suivre des patients hospitalisés au Mount Sinai, un hôpital général de Toronto.

Dans toutes ces études, la méthodologie consistait à établir un diagnostic de base de la personnalité limite à partir de l'examen des courbes et ensuite à entrer en communication avec les sujets pour le suivi. Pour leurs études, McGlashan et Stone ont réussi à localiser plus de 80 % des sujets alors que Paris et al. et Plakun en ont localisé moins du tiers. Il y avait des différences importantes entre les échantillons originaux, les études étatsuniennes ayant toutes été faites à partir d'hôpitaux privés ou résidentiels dont les patients provenaient tous de milieux socio-économiques aisés, tandis que la cohorte de Montréal provenait d'un hôpital général de milieu urbain. Malgré toutes ces différences, les résultats concordaient de façon remarquable.

Dans la majorité des cas de toutes les études, la personnalité limite diminuait vers 40 ans. Dans l'étude faite à Montréal, la plupart des patients n'avaient plus de symptômes aigus, et 75 % d'entre eux ne répondaient plus aux critères diagnostiques de la PL établis par Gunderson et Kroll (1978). Les résultats globaux moyens pour les patients survivants, tel que mesuré par la Health Sickness Rating Scale (Luborsky, 1963) ou par l'Échelle d'évaluation globale (Endicott et al., 1976), étaient pratiquement identiques pour toutes les cohortes, baissaient au milieu de la soixantaine, ce qui indique que la plupart des patients fonctionnaient normalement.

Il y a toutefois un taux élevé de suicides réussis chez les gens qui ont une personnalité limite. Stone et Paris ont trouvé un taux de 8

à 9 %, chacun ayant par la suite observé d'autres cas de suicide depuis la publication de leurs résultats. Le taux le plus bas (3 %) rapporté par McGlashan est fort probablement peu représentatif des cas de PL. En effet les patients du Chesnut Lodge avaient abouti là parce que les hôpitaux généraux étaient incapables de les traiter. Ils étaient un peu plus vieux que les autres échantillons, et les patients susceptibles de se suicider l'avaient sans doute fait avant d'être internés aux fins de traitement (McGlashan, communication personnelle, 1991). Deux études récentes provenant de Norvège confirment le taux de suicide élevé chez les patients présentant des troubles de la PL, l'une le situant à 8 % (Kjelsberg et al., 1991) et l'autre à 10 % (Aarkrog, 1993). Silver et Cardish (1991) de Toronto confirment également cela après avoir suivi pendant 10 ans une cohorte de patients dont 10 % ont réussi leur suicide.

Nous pouvons donc conclure que près d'un patient sur dix diagnostiqués comme présentant des troubles de la personnalité limite réussira éventuellement son suicide. Ce taux ressemble à celui qu'on trouve chez les schizophrènes (Wilkinson, 1982) et chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur (Guze et Robins, 1970). La plupart des suicides surviennent au cours des cinq premières années de suivi et ont tendance à survenir lorsque les patients ne sont plus en traitement actif (Paris, 1993).

Les facteurs prédictifs de suicide chez les personnalités limites

Est-il possible de prédire quels patients présentant des troubles de la personnalité limite risquent le plus de se suicider? Les suicides réussis sont rares et sont difficiles à prédire, même sur de grands échantillons de patients psychiatriques (Pokorny, 1992). Les facteurs prédictifs possibles de la PL pourraient être démographiques, tels l'éducation et les mesures du niveau de fonctionnement avant traitement, cliniques, tels les symptômes ou les critères de diagnostic, ou liés au développement, tels les traumatismes survenus pendant l'enfance.

On a bien lancé quelques conclusions sur ces facteurs prédictifs mais elles manquent de consistance. Stone (1990) a montré que les patients présentant des troubles de la personnalité limite qui faisaient un usage comorbide de substances toxiques étaient plus susceptibles de se suicider. Cela a du sens puisque l'usage abusif de substances toxiques encourt en lui-même un risque de suicide élevé (Flavin et al., 1990). Paris et al. (1989) ont montré que les tentatives de suicide antérieures prédisaient le suicide ultérieur, ce que confirment deux

études scandinaves (Kjelsberg et al., 1985; Kullgren, 1988). Cette relation entre les tentatives antérieures et le suicide ultérieur constitue une conclusion générale de la recherche sur le suicide (Maris et al., 1992). Puisque le parasuicide chez les patients présentant des troubles de la PL est parfois considéré comme « manipulateur », il est important de saisir sa valeur pronostique. On doit toutefois distinguer les tentatives de suicide par surdose, des autres symptômes tels que l'automutilation ou l'entaille des poignets, qui n'ont pas de rapport avec le suicide réussi, comme l'a démontré Kroll (1993).

Dans l'étude faite à Montréal, même si l'éducation n'était pas liée au résultat global, les patients plus instruits étaient beaucoup plus susceptibles de compléter leur suicide (Paris et al., 1988). Drake et Gates (1984) concluaient la même chose au sujet des schizophrènes, la classe sociale élevée et le niveau d'attentes élevées étant chez ces derniers associés au suicide. Dans certains cas, le suicide pouvait même résulter du contraste entre des attentes élevées face à la vie et une maladie mentale chronique. On ne retrouve toutefois pas cette relation entre la classe sociale et le suicide chez les patients présentant des troubles de la PL dans un rapport provenant de la Norvège (Kjelsberg et al., 1991).

Certaines découvertes ont établi un lien entre l'histoire personnelle des patients présentant des troubles de la personnalité limite et le fait de compléter un suicide. Par exemple Kjelsberg et al. (1991) ont montré que les patients présentant des troubles de la PL qui avaient vécu une séparation ou perdu quelqu'un tôt dans leur vie étaient plus susceptibles de compléter leur suicide. On a également rapporté cette conclusion dans une récente étude d'autopsie psychologique effectuée sur de jeunes hommes présentant des troubles de la PL et ayant réussi leur suicide (Lesage et al., 1993). Dans l'étude faite à Montréal, cependant, les patients qui avaient réussi leur suicide avaient eu une enfance moins traumatisante, ce qui reflète sans doute la corrélation entre le suicide et un niveau d'instruction plus élevé (Paris et al., 1988).

On aurait besoin d'études prospectives pour définir plus précisément les facteurs prédictifs de suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite. Il y a eu peu de suivi prospectif de ces patients. Deux de ces projets ont été réalisés à Boston; Perry (1985) a suivi une cohorte pendant sept ans et Zanarini (1993) a récemment entrepris une nouvelle étude de suivi prospectif. À Hamilton en Ontario, Links et al. (1990a) ont suivi une cohorte pendant sept

ans. Mais il y a eu trop peu de suicides dans ces études pour permettre d'effectuer une recherche empirique sur les facteurs prédictifs.

Le traitement modifie-t-il le risque de suicide chez les personnalités limitées ?

Les patients présentant des troubles de la PL sont souvent des suicidaires chroniques. Par contre, il n'existe pas de traitement contre la dépression qui sous-tend leur tendance suicidaire (Gunderson et Philips, 1991), contrairement aux personnes souffrant de troubles de l'humeur. Les antidépresseurs tricycliques n'améliorent pas l'état des patients diagnostiqués à PL, même lorsque ces derniers souffrent d'une dépression comorbide grave (Soloff, 1993). On a récemment prouvé que des inhibiteurs spécifiques de recaptage de la sérotonine réduisaient les comportements impulsifs tels que l'automutilation (Markowitz, 1993). On a démontré que le lithium (Links et al., 1990b), la carbamazépine (Gardner et Cowdry, 1986) et les neuroleptiques à faible dose (Soloff, 1993) avaient des effets semblables. Cependant, les symptômes qui répondent le mieux à la pharmacothérapie sont les comportements automutilatoires tels l'entaille des poignets, qui ne sont pas prédictifs du suicide chez les patients présentant des troubles de la PL. Il n'est donc pas encore prouvé qu'un traitement pharmacologique réduise le taux de suicide chez les patients présentant des troubles de la PL.

Bien que l'on hospitalise fréquemment des patients présentant des troubles de la personnalité limite en raison de leur tendance suicidaire, rien ne prouve que l'hospitalisation réduit en bout de piste le taux des suicides réussis. Les preuves cliniques suggèrent que de nombreux patients présentant des troubles de la PL amorcent une régression maligne lorsqu'ils sont internés, ce qui les rend plus suicidaires et non le contraire (Dawson, 1988; Dawson et McMillan, 1993). Et comme la tendance suicidaire est chronique chez les patients présentant des troubles de la PL, le fait de les protéger durant leurs crises aiguës pourrait n'avoir aucune valeur à long terme (Paris, 1993).

Aussi, tant qu'on n'aura pas trouvé de traitement efficace contre ce genre de troubles, rien ne permet de croire qu'on puisse prévenir le suicide, même avec les approches qui exigent beaucoup de personnel, comme les psychothérapies. On a souvent recommandé la psychanalyse pour les patients présentant des troubles de la personnalité limite, mais aucune preuve empirique n'en a encore démontré l'efficacité. Pire, on a montré que la plupart des patients présentant des

troubles de la PL laissent tomber lorsqu'on leur offre une psychothérapie dynamique ouverte (Skodol et al., 1983; Gunderson et al., 1989). Dans les études de suivi révisées ci-dessus, la cohorte de Stone a suivi une psychothérapie intensive et prolongée; pourtant, elle avait le même taux final de suicides que la cohorte de Montréal qui avait été l'objet uniquement de brèves admissions et d'interventions de crise. Même en tenant compte des différences de base entre les échantillons, on ne peut aisément évaluer de telles comparaisons. Aussi le fardeau de la preuve demeure-t-il dans le camp de ceux qui croient que la psychothérapie peut prévenir le suicide chez les patients présentant des troubles de la PL.

Il reste possible que certaines formes de psychothérapie soient efficaces pour certaines personnalités limites et qu'elles ne soient utiles que pour un sous-groupe de ces patients. Les patients «traitables» pourraient être ceux qui présentent d'autres indicateurs de traitabilité indépendants de leur diagnostic. Ainsi, la force de l'ego s'est révélée en général avoir certaine valeur prédictive quant à la réponse à la psychothérapie dans le cas des personnes souffrant de troubles de la personnalité (Kernberg et al., 1972). Les études à grande échelle ne permettent peut-être pas de révéler ce facteur si les patients traitables sont dans le même échantillon que les non traitables.

Pour la plupart des patients présentant des troubles de la PL, le traitement qu'on offre habituellement est le traitement d'appoint (Rockland, 1992). On pourrait justifier de garder les patients présentant des troubles de la personnalité limite en thérapie jusqu'à ce qu'ils se rétablissent de façon naturelle et ne soient plus suicidaires. Mais comme il se peut que les patients qui réussissent leur suicide soient ceux-là mêmes qui laissent tomber le traitement, nous ne savons pas si le traitement d'appoint prévient réellement le suicide réussi.

Le seul traitement psychologique qui se soit avéré efficace auprès des patients présentant des troubles de la PL est la thérapie behavioriste cognitive. Linehan et al. (1991) ont montré par des essais cliniques que lorsque l'on donne aux patients une thérapie behavioriste dialectique (TBD), les comportements parasuicidaires diminuent de manière significative. On ne sait pas si la TBD a un effet préventif sur le suicide réussi.

Par ailleurs, 90 % de ces patients ne se suicident pas, en dépit du fait qu'ils ont proféré des menaces de suicide tôt durant leur maladie. Il existe diverses explications possibles: 1) l'impulsivité, qui com-

prend le désir de se suicider, décroît avec l'âge; 2) les patients trouvent de meilleures façons de composer avec leurs problèmes grâce à l'expérience de la vie; 3) les patients apprennent avec le temps à éviter les situations qui les rendent suicidaires, telles les relations intimes.

Recommandations pour gérer la tendance suicidaire chez les personnalités limitées

Malgré le manque de preuves empiriques solides de l'efficacité d'un traitement de la personnalité limitée, la plupart des thérapeutes qui s'intéressent à ces patients ont connu des succès cliniques. Il faudrait effectuer des recherches pour identifier un groupe traitable, afin que les cliniciens utilisent leur savoir dans de meilleures conditions d'efficacité. D'ici là, les patients présentant des troubles de la PL vont continuer de représenter un problème pour les thérapeutes. La recherche actuelle offre-t-elle des lignes directrices pratiques pour le clinicien qui est «sur la ligne de front»?

La première ligne directrice est de rappeler l'importance de diagnostiquer tôt la PL. Ces patients risquent de passer inaperçus parce que les cliniciens se concentrent sur les symptômes de l'axe I et en particulier sur la dépression. Souvent ils n'examinent la pathologie de l'axe II qu'une fois que le traitement symptomatique a échoué.

La deuxième ligne directrice est que si l'on ne peut identifier à coup sûr un groupe de patients à risque élevé, et si l'on n'a pas les moyens de traiter de manière spécifique la tendance suicidaire, alors ça n'a pas de sens de laisser le risque de suicide déterminer le traitement. La concentration démesurée sur le suicide risque même de faire dérailler le traitement.

On ne sait tout simplement pas s'il est possible de prévenir le suicide réussi chez ces patients. Car pour chaque fois où on a le sentiment qu'une réponse a sauvé une vie, il existe un nombre "x" de contre-exemples où l'inaction a laissé le patient vivant, même s'il en éprouvait du ressentiment. Le milieu hospitalier a actuellement tendance à renforcer l'idéation suicidaire du patient en concentrant la gestion sur le risque de suicide. La thérapie externe peut être contre-productive de la même façon pour le patient à personnalité limitée. La concentration excessive sur le risque de suicide peut empirer l'état du patient et «brûler» le clinicien traitant. Linehan (1993) suggère d'autoriser les patients à appeler leur thérapeute lorsqu'ils se sentent

suicidaires (un renforcement positif de la communication de la détresse et de la recherche de solution au problème), mais de leur interdire tout contact pendant un certain temps avec le thérapeute après une tentative de suicide (un renforcement négatif de l'expression impulsive).

Mentionnons finalement que parmi les auteurs qui ont écrit sur le phénomène de la tendance suicidaire chronique, certains font valoir que les patients ont peut-être besoin d'être suicidaires pour parvenir à tolérer leurs affects négatifs (Schwartz et al., 1974; Fine et Sansone, 1990). Ce paradoxe s'explique par le fait que l'option du suicide peut être considérée par le patient comme la seule façon d'avoir quelque contrôle sur sa vie. Lui enlever cette possibilité pourrait faire empirer son état.

On pourrait énoncer comme principe d'ensemble que la thérapie pour les patients présentant des troubles de la personnalité limite ne consiste pas nécessairement à prévenir le suicide. On ferait mieux de s'activer à résoudre les problèmes qui amènent le patient à songer au suicide. Les patients présentant des troubles de la PL qui suivent une psychothérapie peuvent se sentir suicidaires pendant des mois, voire des années. On doit s'attaquer aux causes de cette tendance suicidaire qui résident dans leur impulsivité, dans leur handicap affectif et dans leurs relations interpersonnelles perturbées. Car le but ultime du traitement est d'aider les patients souffrant de PL à trouver de meilleures approches que le suicide pour régler ces problèmes.

RÉFÉRENCES

- ARKROG, T., 1993, *Borderline Adolescents 20 Years Later*, présenté devant la International Society for the Study of Personality Disorder, Cambridge, MA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition révisée, American Psychiatric Press, Washington, D.C.,.
- DAWSON, D., 1988, Treatment of the borderline patient: relationship management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 370-374.
- DAWSON, D., MACMILLAN, H.L., 1993, *Relationship Management of the Borderline Patient: from Understanding to Treatment*, Brunnel/Mazel, New York.
- DRAKE, R.E., GATES, C., 1984, Suicide among schizophrenics: who is at risk? *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 172, 613-617.

- ENDICOTT, J., SPTIZER, R.L., FLEISS, J.L., COHEN, J., 1976, The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disorder, *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-772.
- FINE, M.A., SANSONE, R.A., 1990, Dilemmas in the management of suicidal behaviour in individuals with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 44, 160-171.
- FLAVIN, D.K., FRANKLIN, J.E., FRANCES, R.J., 1990, Substance abuse and suicidal behaviour in Blumenthal., S.J., Kupfer, D.J., éd., *Suicide Over the Life Cycle*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 177-204.
- GARDNER, D.L., COWDRY, R.W., 1986, Positive effects of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 143, 519-522.
- GUNDERSON, J.G., 1984, *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington.
- GUNDERSON, J.G., KOLLB, J.E., 1978, Discriminating features of borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- GUNDERSON, J.G., FRANK, A.F., RONNINGSTAM, E.F., WAHTER, S., LYNCH, V.J., WOLF, P.J., 1989, Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177, 38-42.
- GUNDERSON, J.G., PHILLIPS, K.A., 1991, A current review of the interface between borderline personality disorder and depression, *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.
- GUZE, J.B., ROBINS, E., 1970, Suicide and primary affective disorders, *British Journal of Psychiatry*, 117, 437-438.
- KERNBERG, O.F., 1987, *Severe Personality Disorders*, Basic, New York.
- KERNBERG, O.F., COYNE, L., APPLEBAUM, A., HORWITZ, L., VOTH, H., 1972, Final report of the Menninger Psychotherapy Research Project, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- KJELSBERG, E., EIKESETH, P.H., DAHL, A.A., 1991, Suicide in borderline patients — predictive factors, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 283-287.
- KROLL, J., 1988, *The Challenge of the Borderline Patient*, Norton, New York.
- KROLL, J., 1993, *PTSD/Borderlines in Therapy*, Norton, New York.
- KULGREN, G., 1988, Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 176, 40-44.
- LESAGE, A.D., BOYER, R., GRUNBERG, F., MORISSETTE, R., VANIER, C., Suicide and mental disorders: a case control study of young males, *American Journal of Psychiatry* (sous presse).

- LESAGE, A.D., BOYER, R., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1993, *Childhood Separations, Axis II, and Suicide*, Présenté devant la American Psychiatric Association, San Francisco.
- LINEHAN, M.M., ARMSTRONG, H.E., SUAREZ, A., ALLMOND, D., HEARD, H.L., 1991, Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, M.M., 1993, *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York.
- LINKS, P.S., MITTON, J.E., STEINER, M., 1990a, Predicting outcome for borderline personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 31, 490-498.
- LINKS, P.S., STEINER, M., BOIAGO, I., IRWIN, D., 1990b, Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings, *Journal of Personality Disorders*, 4, 173-181.
- LUBORSKY, L., 1963, Clinicians judgment of mental health, *Archives of General Psychiatry*, 9, 407-417.
- MARIS, R., 1981, *Pathways to Suicide*, John Hopkins Press, Baltimore.
- MARKOWITZ, P., 1993, *SSRI Treatment of Borderline Personality*, présenté devant la International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.
- MARTUNNEB, M., ARO, H., HENRIKSON, M., LONNQVIST, J., 1991, Mental disorders in adolescent suicide, *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.
- MCGLASHAN, T.H., 1985, The prediction of outcome in borderline personality disorder in McGlashan, T.H., ed., *The Borderline: Current Empirical Research*, American Psychiatric Press, Washington, 235-260.
- MCGLASHAN, T.H., 1986, The Chestnut Lodge follow-up study III: long-term outcome of borderline personalities, *Archives of General Psychiatry*, 43, 2-30.
- MILLON, T., 1993, Borderline personality disorder: a psychosocial epidemic, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, 197-210.
- PARIS, J., 1988, Follow-up studies of borderline personality: a critical review, *Journal of Personality Disorders*, 2, 189-197.
- PARIS, J., 1992, Social factors in borderline personality disorder: a review and a hypothesis, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 510-515.
- PARIS, J., 1993, The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, S28-S34.
- PARIS, J., 1993, Management of acute and chronic suicidality in patients with borderline personality disorder in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, 373-384.

- PARIS, J., *Borderline Personality Disorder: A multidimensional Approach*, American Psychiatric Press, Washington, (sous presse).
- PARIS, J., BROWN, R., NOWLIS, D., 1987, Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.
- PARIS, J., NOWLIS, D., BROWN, R., 1988, Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 29, 147-156.
- PARIS, J., NOWLIS, D., BROWN, R., 1989, Predictors of suicide in borderline personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 8-9.
- PERRY, J.C., 1985, Depression in borderline personality disorder: lifetime prevalence and longitudinal course of symptoms, *American Journal of Psychiatry*, 142, 15-21.
- PLAKUN, E.M., BURKHARDT, P.E., MULLER, J.P., 1986, 14 year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 27, 448-455.
- POKORNY, A.D., 1992, Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study, *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-257.
- RICH, C.L., RUNESON, B.S., 1992, Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 335-339.
- ROBINS, E., GUZE, S.B., 1970, Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 126, 107-111.
- ROBINS, L.N., REGIER, D.A., éd., 1991, *Psychiatric Disorders in America*, Free Press, New York.
- ROCKLAND, L.H., 1992, *Supportive Therapy for Borderline Patients: A Dynamic Approach*, Guilford, New York.
- ROSS, C., 1991, Epidemiology of multiple personality and dissociation, *Psychiatry Clinic of North America*, 14, 503-518.
- SCHWARTZ, D.A., FLINN, D.F., SLAWSON, P.F., 1974, Treatment of the suicidal character, *American Journal of Psychiatry*, 22, 194-207.
- SILVER, D., CARDISH, R., 1991, *BPD Outcome Studies: Psychotherapy Implications*, présenté devant l'American Psychiatric Association, New Orleans, LA.
- SOLOFF, P.H., 1993, Psychopharmacological intervention in borderline personality disorder in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, 319-348.
- STONE, M.H., 1990, *The Fate of Borderline Patients*, Guilford, New York.
- SUDAK, H.S., FORD, A.B., RUSHFORTH, N.B., éd., 1984, *Suicide in the Young*, John Wright, Boston.

- SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., WINFIELD, I., 1990, Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community, *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- WALDINGER, R.J., 1987, Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview, *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.
- WILLKINSON, D.G., 1982, The suicide rate in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 140, 138-141.
- ZANARINI, M.C., GUNDERSON, J.G., FRANKENBURG, F.R., 1989a, Axis I phenomenology of borderline personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 30, 149-156.
- ZANARINI, M.C., GUNDERSON, J.G., FRANKENBURG, F.R., 1989b, The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from Axis II disorders, *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- ZANARINI, M.C., 1993, *Two to six year follow-ups of borderline outpatients and Axis II controls*, présenté devant la International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

ABSTRACT

Suicide in borderline personality disorder

Patients with borderline personality disorder present a clinical challenge, largely because of their chronic suicidality. Long-term outcome research shows that about 10 per cent of borderline patients will eventually complete suicide, but that is difficult to predict which patients are at highest risk. There is no evidence at present that treatment prevents suicide. Clinical recommendations are made, suggesting that suicide prevention should not be the major priority of therapy of these patients.