

Article

« Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline »

Louis Morissette et Michel Parisien

Santé mentale au Québec, vol. 22, n° 1, 1997, p. 30-42.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502093ar>

DOI: 10.7202/502093ar

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



Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline

Louis Morissette*

Michel Parisien**

Les patients borderlines sont, de par leur symptomatologie, de grands utilisateurs des services de santé (mentale et physique). Une revue de la documentation scientifique récente montre que les auteurs favorisent un traitement dans la communauté qui soit éclectique, au long cours, et dont l'intensité puisse varier. L'hôpital fait partie des outils disponibles pour le traitement de ces patients et servira, pour la très grande majorité des cas, à contenir les crises, à préciser le diagnostic et à préparer et à renforcer un retour rapide à la communauté. Par exception, une hospitalisation prolongée (plus de 6 mois) sera indiquée, surtout pour les adolescents.

Les patients présentant une organisation de personnalité de type borderline sont de grands utilisateurs des services de santé mentale et physique (Hull, 1996, 638) : visites répétées à l'urgence, hospitalisations en médecine et en psychiatrie (court et long terme), clinique externe, centre de crise, service téléphonique d'urgence, etc. Il n'est pas rare de constater qu'un patient borderline accapare une grande partie du temps de discussion clinique des équipes de soins externes et internes.

La plupart des symptômes qui caractérisent ces patients (critères diagnostiques du DSM-IV) peuvent précipiter une visite à l'urgence et une hospitalisation : efforts frénétiques pour éviter l'abandon, relations interpersonnelles instables, perturbation de l'identité, impulsivité, comportements et gestes suicidaires, automutilations, instabilité affective, sentiment chronique d'un vide intérieur, mauvais contrôle des pulsions agressives, idéation paranoïde transitoire, symptômes dissociatifs sévères.

Leurs relations interpersonnelles sont souvent intenses et houleuses, et on les a décrits comme « chroniquement instables » ou « stables dans leur instabilité » (humeur, relations, image de soi). Gunderson postule que la crainte d'être seul, l'intolérance à supporter la solitude est une caractéristique fondamentale de ces patients et qu'en conséquence, les ap-

* Médecin psychiatre, Institut Philippe Pinel de Montréal.

** Ph.D. en psychologie, Institut Philippe Pinel de Montréal.

proches thérapeutiques doivent s'attaquer à ce problème (1996, 752). Par ailleurs, leur mode relationnel (instabilité, impulsivité) et leurs défenses psychologiques (clivage, projection et identification projective) provoquent souvent ce qu'ils craignent le plus : abandon et solitude, d'où les nombreuses « crises » que doivent gérer les thérapeutes.

La mortalité et la morbidité associées à cette pathologie sont importantes : 10 % des patients borderlines se suicideront, particulièrement entre 20 et 40 ans. Les symptômes s'atténueront avec l'âge : après 40 ans, les affects dysphoriques, les gestes impulsifs, l'instabilité des relations et les épisodes psychotiques brefs diminuent de façon significative (Paris, 1993, S-28, S-31).

La contribution de l'hôpital dans la prise en charge de ces patients doit se déduire de l'expérience de cliniciens chevronnés qui se sont impliqués auprès de ces patients, des résultats de recherche disponibles les concernant et aussi des choix organisationnels du système de soins (virage ambulatoire, réduction des coûts et du personnel, diminution du rôle de l'hôpital).

Dès 1957, Main soulignait les écueils, les difficultés dans le traitement hospitalier de ces patients qui présentent une psychopathologie invalidante et des diagnostics variés. Friedman (1975, 1049; 1969, 299), Goldberg et Rubin (1964, 265) ont rapporté qu'une approche ferme et encadrante était nécessaire pour éviter la régression de certains patients hospitalisés, et même parfois, qu'il valait mieux ne pas entamer un processus psychothérapeutique auprès de certains puisque ces patients percevaient la psychothérapie comme intrusive et mauvaise. Ces patients se portaient mieux quand ils étaient hospitalisés dans des hôpitaux de type asilaire, sans suivi individuel. Pour Dawson (1988), les comportements les plus inacceptables des patients borderlines sont d'origine iatrogénique ; par conséquent, la maxime *primo, non nocere* devait prévaloir dans ces prises en charge, le meilleur traitement étant parfois la non-intervention.

D'autres cliniciens, au contraire, insistent sur la nécessité, pour « aider » le patient borderline, d'une psychothérapie intensive, parfois au cours d'une hospitalisation prolongée qui sert alors de toile de fond pour observer l'évolution des processus transférentiels et contre-transférentiels (Kernberg, 1974, 1973; Adler, 1977, 1973; Hartocollis, 1980; Silver et Cardish, 1987; Silver, 1992; Masterson et Costello, 1980; Rinsley, 1990).

À partir d'une revue des écrits scientifiques (« Medline » et « Psych-Info ») sur le sujet, cet article-ci se propose de donner un aperçu de la contribution de l'hôpital dans le traitement des patients

borderlines et offrira, à partir de la documentation et de l'expérience clinique des auteurs, des suggestions pratiques quant aux indications d'une hospitalisation (brève ou prolongée).

Urgences médicales

Les crises « suicidaires » (propos, menaces, plans, gestes plus ou moins létaux) constituent les symptômes les plus fréquents qui amènent les patients borderlines à l'urgence de l'hôpital (Paris 1993, S-28). Leur impulsivité peut aussi provoquer des blessures lors d'altercations. Leur sentiment chronique de vide intérieur, associé à l'impulsivité, favorise l'intoxication aiguë à diverses substances, ce qui fait ressortir davantage les autres caractéristiques cliniques du syndrome (impulsivité, instabilité, etc.).

Le thérapeute ou soignant ou intervenant externe est parfois confronté à un patient qui dit avoir pris un intoxicant (médicament ou autre) en plus ou moins grande quantité. Que suggérer, que faire ? Sauf indication contraire, il semble plus sage de recommander au patient (ou à son entourage) de faire évaluer sa condition médicale à l'urgence de l'hôpital.

Il est parfois difficile pour ces patients d'obtenir les soins médicaux requis, autant en qualité qu'en quantité, car le personnel médical des urgences est souvent exaspéré par les visites répétées, les gestes automutilatoires, la mauvaise adhésion aux prescriptions thérapeutiques et le mode relationnel peu agréable de ces malades. Ceux-ci deviennent de mauvais « malades », des « emmerdeurs », des « manipulateurs », des « gens qui ne veulent pas s'aider » et qui prennent la place de ceux qui profiteraient des « bons » soins prodigués à l'urgence.

Le contre-transfert négatif des soignants peut être à l'origine d'évaluations médicales superficielles, trop rapides et de traitements moins qu'optimum (plaies réparées sans esthétique, sans anesthésie, moniteurs des fonctions vitales débranchés trop rapidement, lavages d'estomac sans retenue (pour punir...), transfert trop rapide en psychiatrie, avant la stabilisation de l'état médical.

Le premier devoir de l'intervenant en santé mentale est de s'assurer que le patient en crise est, à l'urgence, dans un état physique stable et permettant une évaluation complète et valide de l'état mental. En particulier, l'intoxication à l'alcool, mais surtout aux benzodiazépines, perturbe l'état mental, même après que les signes grossiers d'intoxication aient disparu. La capacité d'emmagasiner de nouvelles informations (mémoire de rétention) est souvent diminuée, même absente, alors

que le patient est éveillé, capable de répondre aux questions et bien orienté. Les signes physiques d'intoxication (démarche et élocution perturbées, nystagmus) peuvent être absents et le cerveau toujours sous l'influence de la substance.

À quoi servent des clarifications, des interprétations, des suggestions si le patient n'en garde aucune mémoire à la fin de l'entrevue ?

De même, en situation de « crise psychologique », la capacité habituelle de jugement, la capacité de réfléchir à diverses options et solutions possibles pour régler la crise, sont altérées. L'individu n'évalue plus sa situation de façon objective, le patient borderline se sent seul, attaqué, abandonné, traqué.

L'hôpital, par l'entremise de la salle d'urgence, peut servir, à court terme, à la stabilisation de l'état physique et psychologique du sujet. La conduite à tenir ensuite relève à la fois des besoins du patient et surtout de la compréhension qu'ont les intervenants de la pathologie du patient et de leur propre orientation théorique et thérapeutique (Friedman, 1975). Pour les thérapeutes d'orientation psychodynamique, la salle d'urgence et son personnel peuvent devenir des objets transitionnels (Winnicott, 1969) si nécessaires pour permettre au patient de se reconforter et supporter les sentiments d'abandon, de solitude et de rage qui l'habitent si souvent (Perlmutter, 1982). Pour les thérapeutes favorisant l'adaptation et la normalité des comportements, la salle d'urgence et son personnel servent à évaluer la situation et à diriger le patient ailleurs, dans la communauté, pour le suivi (ou le début) de traitement.

Si un patient est déjà en traitement externe et qu'il se présente à l'urgence, la crise doit être évaluée en tenant compte de ce suivi, et le thérapeute externe devrait être consulté pour obtenir un meilleur aperçu de la situation.

Si le cadre théorique de compréhension et de traitement du syndrome borderline n'est pas le même pour le thérapeute externe et l'évaluateur à la salle d'urgence (divergence sur les objectifs thérapeutiques), il y a danger d'escalade dans les comportements inappropriés du patient (Friedman, 1975).

Hospitalisation et approche psychodynamique

Hospitalisation brève

Pour les thérapeutes d'orientation psychodynamique ou psychanalytique, l'hospitalisation brève (moins de 30 jours) est nécessaire lors d'un épisode psychotique, pour l'évaluation et le traitement d'un risque

suicidaire et pour la clarification du diagnostic (Kernberg, 1973). Le séjour à l'hôpital peut aussi permettre de mieux évaluer la dynamique familiale, dynamique qu'il faut connaître pour bien comprendre les « acting out » des adolescents et jeunes adultes borderlines.

Hospitalisation prolongée

Kernberg (1973) suggérait une hospitalisation prolongée (plus de 6 mois) pour les patients montrant un faible niveau de motivation pour suivre un traitement externe, démontrant un faible niveau de tolérance à la frustration, une tendance au passage à l'acte et une instabilité marquée dans les relations interpersonnelles. L'hôpital devient alors un milieu de vie dans lequel le patient expérimente de nouvelles relations, où l'on peut observer, au moyen des relations avec les autres patients et des membres du personnel, le monde intérieur du patient et ses principaux mécanismes d'adaptation (de défense).

Par le biais de ses relations actuelles, on aide le patient à percevoir comment il a une vision distordue de la réalité, distorsion liée à des perturbations relationnelles passées (abandon, négligence, abus). L'objectif thérapeutique est un changement dans la « structure de personnalité » du patient, non pas simplement une normalisation du comportement.

Le milieu thérapeutique doit accepter et même encourager la régression du patient, régression qui peut se manifester par des comportements agressifs, automutilatoires ou suicidaires. Pour permettre « l'expression » du monde intérieur du patient, les thérapeutes d'orientation psychodynamique ne recommanderont pas un milieu de vie encadrant aux limites précises; ils accepteront (condition *sine qua non* du traitement) que le patient exprime sa colère et sa déception envers un thérapeute ressenti comme non suffisamment disponible et potentiellement rejetant. Le patient doit pouvoir « agresser » le thérapeute et l'équipe traitante, et constater qu'il n'y aura pas de représailles et que le thérapeute ne sera pas anéanti par la rage et demeure disponible. Éventuellement, le patient pourra « intégrer », « incorporer » des introjects positifs, partiellement satisfaisants, qui lui permettront de mieux supporter la solitude et la crainte de l'abandon (Gunderson, 1996; Adler, 1977). Le thérapeute devient un objet transitionnel (Winnicott, 1969) mais pour ce faire, il doit, comme la poupée ou la couverture de l'enfant, accepter de subir toutes les attaques du patient et demeurer intact, inchangé et disponible.

Dans le cadre d'une hospitalisation prolongée avec orientation psychodynamique, l'hôpital est perçu comme utile en soi et non pas simplement comme un support à un processus de psychothérapie indi-

viduelle. L'hôpital devient un environnement prévisible, fiable, non rejetant et indestructible. L'hospitalisation favorise alors la résolution de la dépression « abandonnique » du patient qui n'a pas suffisamment de bons objets internes pour se reconforter lorsqu'il se retrouve seul ou potentiellement seul.

Masterson (1980) et Rinsley (1990) ont décrit les phases qui devraient caractériser l'hospitalisation à long terme des adolescents borderlines (résistance, travail thérapeutique, résolution des conflits).

Plusieurs auteurs, particulièrement Silver (1993, 1987) et Friedman (1975, 1969), ont décrit les difficultés inhérentes au traitement interne au long cours des patients borderlines (régression des comportements, clivage des équipes, identification projective, contre-transfert, etc.).

Paris (1993a), Rosenbluth (1987), Silver et Rosenbluth (1993), en révisant la documentation et les données de recherche sur l'efficacité des hospitalisations prolongées pour cette clientèle, concluent qu'il n'y a pas d'indice (taux de suicide, adaptation sociale, hospitalisations ultérieures) permettant de croire à l'utilité d'une telle entreprise. Ces auteurs constatent aussi les difficultés et les pièges inhérents à cette forme d'intervention.

Hospitalisation et approche adaptative

Gordon et Beresin (1983), Koenigsberg (1984), Dawson (1988) ont décrit une forme d'intervention dans laquelle le patient, lorsqu'il est hospitalisé, doit toujours demeurer responsable de son comportement, doit s'adapter aux demandes de l'environnement, ne demeurer à l'hôpital que le temps de la « crise » et où l'accent du traitement sera mis sur le fonctionnement et le suivi en externe. En général, ces hospitalisations sont brèves (moins de 30 jours), ne favorisent pas les rencontres individuelles trop fréquentes. Le thérapeute externe est consulté et le patient peut, si ses comportements le permettent, rencontrer son thérapeute. Le monde intérieur inconscient du patient n'est pas exploré, on tente de responsabiliser le patient et de normaliser ses comportements. Les interventions thérapeutiques sont souvent directives, structurées, ne favorisant pas la régression affective.

L'approche adaptative favorise l'utilisation de techniques cognitives, telles que décrites par Linehan (1993) et Young (1994). À notre connaissance, il n'y a pas eu de description détaillée d'un programme alliant techniques cognitives et hospitalisation prolongée (plus de 6 mois).

L'approche adaptative semble plus appropriée pour les unités de psychiatrie localisées dans les hôpitaux généraux, unités qui accueillent des malades présentant un éventail de pathologies. Diversité dans les

pathologies, séjours brefs dictés par les contraintes budgétaires et les choix des décideurs (virage ambulatoire) et non-spécialisation du personnel, tout cela n'aide pas à la mise en place d'une communauté thérapeutique, ingrédient pourtant essentiel à la mise en place d'une approche favorisant le changement dans la structure de la personnalité du patient.

Alternatives à l'hospitalisation

La majorité des auteurs qui ont révisé le sujet (Koenigsberg, 1984; Gunderson, Sabo, 1993; Silver, Rosenbluth, 1993) suggèrent que l'on tente d'éviter la prolongation de l'hospitalisation après la stabilisation de la crise. Il faut éviter de déresponsabiliser le patient et de lui donner l'impression qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour s'adapter, pour offrir un comportement adéquat. Il faut éviter de blesser davantage son estime de lui-même en le déchargeant de ses responsabilités familiales, sociales et occupationnelles.

Les auteurs conseillent d'envisager des alternatives à l'hospitalisation : contrat verbal et écrit; visites plus fréquentes; centre de crise; hôpital de jour, de soir ou de nuit, etc.

Indications d'une hospitalisation brève (moins de 30 jours)

Protection du patient et de son entourage

Devant la possibilité d'un passage à l'acte agressif ou suicidaire, certains auteurs (McGlashan, 1993) favorisent un bas niveau de tolérance, donc une intervention rapide qui vise à protéger le patient. Paris (1993b, 376), Gunderson, Sabo (1993) suggèrent plutôt une évaluation approfondie de la situation clinique en mettant en évidence les stressors externes ou sociaux, et internes ou psychologiques, qui peuvent être à l'origine des affects de rage, de solitude, de persécution. Une fois identifiés, ces stressors peuvent être gérés par le patient, avec le support du thérapeute qui peut suggérer d'autres ressources externes et des méthodes pour métaboliser ces sentiments douloureux. Le thérapeute peut offrir un « time-out » (hospitalisation) de quelques heures mais jamais prolongé. Paris (1993a) conclut qu'il y a peu de preuve démontrant que l'hospitalisation (brève ou prolongée) diminue le taux de suicide chez les patients borderlines. Par contre, peu de cliniciens seront à l'aise de donner congé à un patient activement suicidaire, qui mijote un plan précis, entretient peu de liens dans la communauté et a démontré des signes d'impulsivité dans le passé. De même pour un patient homicide, qui a identifié des victimes et a un plan précis. Se poseront alors

les questions sur la confidentialité et la mise en cure fermée (Brouillette et Paris, 1991 ; Morissette, 1992). Priver l'individu de sa liberté à cause de son état mental peut déresponsabiliser le patient, mais sauver des vies...

Le consensus actuel est de gérer la crise (en utilisant, si nécessaire, le « time-out »), éviter la régression, tenir le patient responsable du futur de sa vie, établir des limites claires et fermes quant à ses comportements et le référer ailleurs s'il ne réussit pas à se prendre en charge (judiciariser les comportements aberrants, par exemple).

Précision des diagnostics

Le patient borderline peut présenter des symptômes autant anxieux que dépressifs, psychotiques, ou dissociatifs. De plus, l'usage et l'abus de substances peuvent compliquer le tableau clinique.

Sans diagnostic précis, les approches thérapeutiques risquent fort d'être sans grand effet et même parfois d'être nuisibles (psychothérapie individuelle, pharmacothérapie, thérapie de groupe, familiale, occupationnelle, etc.).

Une hospitalisation peut servir à préciser le diagnostic en permettant d'évaluer le fonctionnement dans les activités quotidiennes, le style relationnel et l'environnement du patient. Aussi, certains symptômes cibles pourront être identifiés et alors l'approche pharmacothérapeutique sera utilisée de façon plus rationnelle et ordonnée.

Préparation du suivi externe

Rosenbluth (1987, 228) et Gunderson, Sabo (1993, 398) estiment que l'hospitalisation du patient borderline doit toujours servir, entre autres, à planifier son retour et son suivi dans la communauté, où l'essentiel du traitement se déroulera.

Quand elle est provoquée par une impasse thérapeutique (transfert, contre-transfert, etc.) dans le suivi externe, l'hospitalisation devra aider à résoudre l'impasse ou à engager le patient dans une autre voie. Il est primordial que le thérapeute externe soit partie au processus décisionnel, il faut éviter le phénomène du clivage.

Restauration du contact avec la réalité

Les épisodes psychotiques transitoires sont fréquents chez ces patients, associés à différents stressors, parfois à l'abus de substances et souvent caractérisés par des idées de référence ou de persécution.

L'hôpital devient un environnement plus neutre émotionnellement, favorisant une meilleure prise sur le réel et permettant la mise en place d'une thérapie spécifique (antipsychotiques).

Une hospitalisation brève peut répondre à une ou plusieurs des indications ci-haut décrites.

Indications pour une hospitalisation prolongée (de 3 à 24 mois)

Nous avons déjà décrit les critères de Kernberg pour entreprendre un tel traitement.

Gunderson, Sabo (1993, 399) écrivent que la raison la plus fréquente justifiant une hospitalisation prolongée est le manque de support social (violence domestique, famille dysfonctionnelle qui encourage les passages à l'acte de l'adolescent, etc.). Un patient qui ne peut persister dans un suivi externe ou qui ne peut tolérer le transfert massif lors d'un suivi externe et vit des crises (automutilations, gestes suicidaires, agressivité, intoxication) à répétition pourra être un candidat à un traitement hospitalier (ou résidentiel) à long terme, si les solutions alternatives ont été épuisées ou n'existent pas (Silver, Rosenbluth, 1993, 355).

Gunderson (1995, 1441) émet l'opinion que ce sont les adolescents qui peuvent éventuellement profiter le plus d'une hospitalisation prolongée. Rinsley (1990), Masterson (1980) et les présents auteurs sont du même avis.

Il faut éviter qu'une hospitalisation brève (au départ) se prolonge parce qu'on ne réussit pas à donner congé au patient qui passe à l'acte (Silver, Rosenbluth, 1993, 355). L'hospitalisation devient alors réactive, non proactive, et le traitement actif est sacrifié, les thérapeutes ne se concentrant que sur le congé du patient. Si une date est prévue pour le congé du patient, il faut, malgré ses comportements, garder le cap.

On se rappellera que le traitement hospitalier à long terme du patient borderline est une entreprise majeure qui requiert une unité spécialisée et des ressources humaines et financières substantielles, tous des ingrédients qui se raréfient dans nos systèmes de soins. De plus, il n'y a pas de preuve scientifique qui nous permette d'affirmer qu'une telle entreprise serait « rentable » ou « utile » quoique, cliniquement, pour les adolescents, l'expérience clinique semble favorable.

Conclusion

L'intervention thérapeutique auprès du patient borderline est un projet au long cours, parsemé d'embûches et de tempêtes, nécessitant

des approches diversifiées et créatives, non pas une adhésion bornée à une théorie unique sur l'étiologie et le traitement.

Lehman (1986) suggérait que les psychiatres ne fassent que gérer les crises à court terme et laissent aux autres professionnels ou intervenants le soin du suivi à long terme, vu le temps clinique requis par ces patients et le peu de succès de l'intervention thérapeutique spécialisée. Ce dernier argument (patient intraitable, non guérissable) est souvent utilisé pour ne pas s'impliquer auprès des cas difficiles ; historiquement, un tel raisonnement n'aurait pas permis d'atteindre l'état actuel des connaissances sur le traitement de la leucémie ou du sida, ou des différents cancers...

Les patients borderlines souffrent et font souffrir leur entourage. Le débat devrait être de savoir non pas qui devrait leur offrir des soins mais plutôt comment organiser et planifier les soins les plus susceptibles d'améliorer leur condition, tout en assurant à l'ensemble des malades des soins de qualité.

Gunderson (1996, 752) et Paris (1993a, 533) insistent sur la chronicité de cette pathologie et sur la nécessité d'un thérapeute disponible, ni trop distant ni trop impliqué, qui offre du support et favorise l'adaptation sociale tout en aidant le patient à vaincre ses craintes primitives (abandon, être attaqué).

Récemment, Pellerin (septembre 1996) a décrit une approche multimodale du patient borderline mise en place dans la région de Sherbrooke (thérapie de groupe, non individuelle, interventions cognitives, responsabilisation, hospitalisation et médication à l'occasion, etc.). Ce genre de programme mérite d'être évalué à long terme pour en connaître davantage sur les stratégies qui sont efficaces auprès de ces patients.

L'hôpital est un des outils disponibles dans l'arsenal de traitement des troubles mentaux, et pour la majorité des patients borderlines, l'état actuel des connaissances suggère que l'hospitalisation soit brève, contienne les crises, identifie les problèmes et les ressources du patient et favorise la normalisation des comportements pour un retour rapide à la communauté et à un suivi externe. Pour quelques patients, dont les ressources internes (force du moi) et les ressources externes (support social) sont trop faibles, l'hospitalisation à long terme demeure une option, particulièrement pour les adolescents. L'hospitalisation de longue durée pour le traitement de première ligne du patient borderline ne se justifie pas, ni d'un point de vue clinique ni d'après les connaissances actuelles.

RÉFÉRENCES

- ADLER, G. 1973, Hospital treatment of borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-36.
- ADLER, G. 1977, Hospital management of borderline patients and its relation to psychotherapy, in Hartocollis, P., ed., *Borderline Personality Disorders. International Universities Press*, New York, 102-140.
- BROUILLETTE, M.-J., PARIS, J., 1991, The dangerousness criterion for civil commitment: The problem and a possible solution, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 285-289.
- DAWSON, D. F., 1988, Treatment of the Borderline Patient, relationship Management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 370-374.
- FRIEDMAN, H., 1969, Some problems of inpatient management with Borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 126, 299-304.
- FRIEDMAN, H., 1975, Psychotherapy of Borderline Patients: The influence of theory on Technique, *American Journal of Psychiatry*, 132, 1048-1052.
- GOLDBERG, A., RUBIN, B., 1964, Recovery of patients during periods of supposed neglect, *British Journal of Medical Psychology*, 37, 265-272.
- GORDON, C., BERESIN, E., 1983, Conflicting treatment models for the inpatient management of Borderline Patients, *American Journal of Psychiatry*, 140, 979-983.
- GUNDERSON, J., 1996, The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: insecure attachments and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- GUNDERSON, J., PHILIPPS, K. A., 1995, Personality Disorders, in Kaplan, H., Saddock, B., eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1425-1461.
- GUNDERSON, J., SABO, A., 1993, Treatment of Borderline Personality Disorder: A critical review, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 385-406.
- HARTOCOLLIS, P., 1980, Long-term hospital treatment for adult patients with borderline and narcissistic disorders, *Bulletin of the menninger Clinic*, 44, 212-226.
- HULL, J., YEOMANS, F., 1996, Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality Disorder, *Psychiatric Services*, 47, 638-641.
- KERNBERG, O. F., 1973, Discussion of hospital treatment of borderline patients by Adler, G., *American Journal of Psychiatry*, 130, 35-36.
- KERNBERG, O. F., 1974, Toward an integrative theory of hospital treatment in, Kernberg, O. F. ed., *Object-relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson, New York, 246-274.

- KOENIGSBERG, H., 1984, Indications for hospitalization in the treatment of Borderline patients, *Psychiatric Quarterly*, 56, 247-258.
- LEHMAN, H., 1986, The Futur of Psychiatry: Progress-Mutation - or self-destruct?, *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 362-367.
- LINEHAN, M., 1993, *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- MAIN, T. F., 1957, The Ailment, *British Journal of Medical Psychology*, 30, 129-145.
- MASTERSON, J. F., COSTELLO, J. L., 1980, *From Borderline Adolescent to Functioning Adult, the Test of Time*, Brunner/Mazel, New York.
- MCGLASHAN, T., 1993, Implications of Outcome Research for the treatment of Borderline Personality Disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 235-261.
- MORISSETTE, L., 1992, Preventive detention of the mentally ill, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 223-224.
- PARIS, J., 1993a, The Treatment of Borderline Personality Disorder in light of the research on its long term Outcome, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 528-534.
- PARIS, J., 1993b, Management of Acute and chronic Suicidality in Patients with Borderline Personality Disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 373-384.
- PELLERIN, C., 1996, Traitement des borderline : approche multimodale, *Actualité médicale*, 18 septembre, 22-23.
- PERLMUTTER, R., 1982, The Borderline Patient in the Emergency Department: an approach to evaluation and management *Psychiatric Quarterly*, 54, 190-197.
- RINSLEY, D., 1990, The severely disturbed adolescent: Indications for hospital and residential treatment, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 3-12.
- ROSENBLUTH, M., 1987, The inpatient treatment of the Borderline Personality Disorder: a critical review and discussion of aftercare implications, *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 228-237.
- SILVER, A. L., 1992, Treating the hospitalized borderline patient: Reworking trauma of toddlerhood, *Journal of American Academic Psychoanalysis*, 20, 114-129.
- SILVER, D., CARDISH, R., 1987, Intensive Treatment of Characterologically difficult patients. A General Hospital Perspective, *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 219-245.
- SILVER, D., ROSENBLUTH, M., 1993, Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 349-372.

WINNICOTT, D., 1969, The use of an object, *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711-716.

YOUNG, J., 1994, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*, Professional Resource Press Inc., Sarasota.

ABSTRACT

The hospital's contribution to the treatment of borderline patients

Borderline patients, because of their symptomatology are frequent users of health care services (mental and physical). A recent review of the literature shows that the authors of this article favor a treatment within the community that should be eclectic, on a long-term basis and with varied intensity. The hospital is part of the therapeutic tools available for the treatment of these patients and should serve to contain crisis, specify diagnosis and to prepare and reinforce a rapid return in their community. Exceptionally, a prolonged hospitalization (> 6 months) would be indicated especially for adolescents.