

# «Good Psychiatric Management» pour le trouble de la personnalité borderline

## Un traitement spécialisé applicable aux soins généralistes

Dr PATRICK CHARBON<sup>a,b,\*</sup>, Pr NADER PERROUD<sup>b,c,\*</sup>, Dr GILLES ALLENBACH<sup>a,d</sup>, Dre AIKATERINA GKOUVERI<sup>a,e</sup>, Dr CHRISTIAN GREINER<sup>a,f</sup>,  
EMMANUELLE JEKER<sup>a,d</sup>, Dr PIERRE-FRÉDÉRIC MOGNETTI<sup>a,g</sup>, Dr MÉLANIE DE NERIS<sup>a,h</sup>, Dr PACO PRADA<sup>f</sup>, Dr LAYLA EL RASSI<sup>a,i</sup>,  
Dre ANITA RATHOD<sup>a,j,k</sup>, UELI KRAMER<sup>a,d</sup> et Dr STÉPHANE KOLLY<sup>a,d</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 1744-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.796.1744

Cet article présente les bases du «Good Psychiatric Management» (GPM) pour le trouble de la personnalité borderline. Il existe pour ce trouble différents traitements psychothérapeutiques fondés sur les preuves. Les exigences importantes que ceux-ci représentent en termes de formation et de motivation ont parfois comme effet de décourager les thérapeutes en formation. Le GPM décrit des soins «suffisamment bons», accessibles et moins difficiles à implanter. Cet article présente le concept d'hypersensibilité interpersonnelle qui décrit la cohérence interne du trouble et fonde les interventions thérapeutiques. Le GPM est basé sur l'application de principes, ce qui lui donne une adaptabilité importante, par exemple pour l'intégration avec d'autres modèles d'intervention ou des soins par paliers.

thus is highly adaptable, as can be seen in integration with other intervention models or implementation of stepped care.

### Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder A Specialized Treatment Applicable in General Care

This article presents basic notions of "Good Psychiatric Management" (GPM) for Borderline Personality Disorder (BPD). There have been several evidence-based psychotherapeutic treatments for BPD for several decades. Nevertheless, high requirements and motivation required sometimes have a discouraging effect for trainees. GPM aims at offering «good enough» and less difficult to implement care. This article presents the notion of Interpersonal Hypersensitivity and its different attachment states (attached, threatened, abandoned, and desperate) describing internal coherence of BPD and founding therapeutic interventions. GPM is principle based,

### INTRODUCTION

L'attitude des professionnels à l'égard du trouble de la personnalité borderline (TPB) a connu d'importants changements depuis les premières descriptions dans les années 1940-1950. La description des critères diagnostiques du trouble dans le DSM-III<sup>1</sup> a permis de tester et de valider l'effet des psychothérapies destinées au TPB. Une des conséquences en a été de cesser de considérer ces patients comme intraitables, voire «résistants» aux différentes thérapies. Différentes thérapies d'inspiration cognitivocomportementale (thérapie comportementale dialectique (TCD) ou Dialectical Behavior Therapy (DBT))<sup>2</sup> ou psychodynamique (thérapie basée sur la mentalisation (TBM) ou Mentalisation Based Therapy (MBT))<sup>3</sup> psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) ou Transference Focused Psychotherapy (TFP))<sup>4</sup> ont ainsi été développées et ont démontré leur efficacité en comparaison avec des thérapies qui n'ont pas été spécifiquement développées pour ce trouble.<sup>5</sup> Pourtant, si la notion de «traitabilité» du TPB a été importante pour lutter contre la stigmatisation qui lui est trop fréquemment associée, elle n'a pas radicalement modifié l'accès aux soins adéquats pour ce groupe de patients, souvent à la recherche d'une prise en charge adaptée. Ceux-ci se retrouvent trop fréquemment face à des professionnels non informés, ce qui peut mener à des prises en charge inefficaces, voire iatrogènes, et contribuer ainsi à la réputation de «mauvais patients» de ce groupe d'usagers. Les différents traitements cités représentent un investissement important, tant pour les patients que pour les thérapeutes, en termes de temps et de motivation. Ces soins nécessitent de nombreuses ressources thérapeutiques et un temps de formation des thérapeutes conséquent, ce qui en limite l'accès à un nombre insuffisant de centres spécialisés. Ainsi, l'offre en soins reste très largement inférieure aux besoins.

La dernière décennie a logiquement été marquée par la nécessité de diffuser les connaissances et les compétences en dehors du champ des spécialistes, ce qui s'accompagne d'un intérêt plus marqué pour ces patients par les jeunes générations de thérapeutes.<sup>6</sup> C'est dans ce contexte qu'émerge la

<sup>a</sup>Formateurs GPM (Gunderson Personality Disorder Institute), <sup>b</sup>Unité du trouble de la régulation émotionnelle, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>c</sup>Département de psychiatrie, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>d</sup>Consultations de Chauderon, Unité «Karl Jaspers», Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>e</sup>Hôpital de Cery, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1008 Prilly, <sup>f</sup>Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>g</sup>Fondation de Nant, route de Nant, 1804 Corsier-sur-Vecvey, <sup>h</sup>Unité d'urgences psychiatriques, Service des urgences, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>i</sup>Unité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département femme, enfant, adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>j</sup>Avenue du Tribunal-Fédéral 2, 1005 Lausanne, <sup>k</sup>Appartenance, rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne  
dr.patrick.charbon@gmail.com | nader.perroud@hcuge.ch | melanie.deneris@hcuge.ch  
anita.rathod@chuv.ch | gilles.allenbach@chuv.ch | christian.greiner@hcuge.ch  
pierreferdic.mognetti@nant.ch | aikaterini.gkouveri@chuv.ch  
emmanuelle.jeker@chuv.ch | paco.prada@hcuge.ch | layla.elrassi@hcuge.ch  
ueli.kramer@chuv.ch | stephane.kolly@chuv.ch

\* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

notion de «traitement généraliste» (*généraliste* dans sa diffusion et son applicabilité mais néanmoins *spécifique* au trouble borderline) qui prend en compte les facteurs communs aux différents modèles thérapeutiques basés sur les preuves (DBT, MBT et TFP) et intègre de manière pragmatique différents emprunts spécifiques à ceux-ci.<sup>7,8</sup> Le Good Psychiatric Management (GPM) développé par Gunderson et Links représente un exemple accompli de traitement généraliste pour le trouble borderline, développé pour être diffusé dans des contextes de soins généralistes en santé mentale. Plutôt que de forcer à l'application de théories, le GPM est fondé sur des principes cliniques simples qui permettent constamment d'évaluer et de guider les interventions thérapeutiques (**tableau 1**). Une formulation accessible, un contenu à la fois médical et psychothérapeutique, une prise en compte des comorbidités et des traitements pharmacologiques font du GPM un traitement remplissant les critères asséurologiques d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré (TPPI) tel qu'on le trouve en Suisse.<sup>9</sup>

## L'HYPERSENSIBILITÉ INTERPERSONNELLE, CLÉ DE LECTURE GPM DU TPB

La notion d'«hypersensibilité interpersonnelle» représente une compréhension de la *cohérence interne* du TPB.<sup>10</sup> Elle rend compte des liens entre la nature interne du vécu (comment je me sens, je régule mes émotions...) en relation avec autrui (lien interpersonnel) et s'appuie sur la notion d'«attachement», en particulier les différents états d'attachement associés chacun à un vécu subjectif, des affects, des modalités relationnelles (et par conséquent les réponses typiques d'autrui) et des symptômes spécifiques à cet état. Le modèle rend compte

<b>TABLEAU 1</b>	<b>Principes généraux du Good Psychiatric Management (GPM)</b>
<b>1. Être actif plutôt que réactif</b>	
L'intervenant n'est pas acteur, mais actif, dans le sens où il anticipe, explore, nomme les émotions problématiques et les difficultés afin de les prévenir	
<b>2. Être un soutien pour le patient</b>	
L'intervenant valide le vécu et les émotions du patient, ce qui ne signifie pas qu'il est toujours d'accord avec ce dernier	
<b>3. Être attentif à la vie dans la réalité</b>	
Le traitement vise à un changement dans la vie du patient. Les leviers thérapeutiques sont constitués des enjeux dans la vie réelle. Les enjeux agressifs avec le thérapeute ou dans la vie réelle doivent être abordés s'ils représentent un obstacle au progrès thérapeutique	
<b>4. La relation thérapeutique est à la fois une relation réelle et professionnelle</b>	
Les enjeux interpersonnels sont constitués d'émotions réelles et l'engagement thérapeutique est un engagement personnel authentique. La relation est en même temps professionnelle, vise à des buts thérapeutiques qui sont discutés et est soumise à des règles claires	
<b>5. Attente de changement</b>	
L'intervention thérapeutique vise à des changements et se fonde sur des buts explicites. En l'absence de changement, il faut questionner la poursuite du traitement	
<b>6. Promotion et mise en avant de la responsabilité</b>	
Le thérapeute et les patients discutent de leurs attentes réciproques et de leur responsabilité mutuelle. Le traitement vise à augmenter l'engagement et la responsabilité du patient	

également des changements rapides d'un état à l'autre, qui sont déclenchés par des situations interpersonnelles. Décrivant les fluctuations rapides d'un état d'attachement à l'autre, le modèle de l'hypersensibilité interpersonnelle révèle une vulnérabilité interne dont les manifestations peuvent présenter des formes très diverses qui, si elles ne sont pas comprises dans le contexte des enjeux interpersonnels, apparaissent disparates et incompréhensibles. Le modèle de l'hypersensibilité interpersonnelle se focalise donc sur la nature interpersonnelle de l'activation des changements d'état et représente ainsi une clé de lecture éclairante, par exemple dans les situations de crise. Cette lecture permet au professionnel d'explorer cliniquement la crise en d'autres termes que la simple présence ou absence de symptômes et, ce faisant, elle facilite le contact avec les enjeux subjectifs vécus par le patient en crise. L'hypersensibilité interpersonnelle est un modèle accessible dans le sens où il peut être enseigné au patient et à ses proches afin de faire usage de cette compréhension pour mobiliser au mieux les ressources dans les moments difficiles, en renforçant la prise de conscience des enjeux interpersonnels et le contrôle des émotions.

## DIFFÉRENTS ÉTATS D'ATTACHEMENT DANS LE MODÈLE DE L'HYPERSENSIBILITÉ INTERPERSONNELLE

Dans l'état *attaché*, la personne se sent contenue par la relation, en confiance, calme bien qu'un peu déprimée et éventuellement irritée par sa dépendance envers l'autre. Une crainte de perdre la relation et de se sentir rejeté amène à une certaine vigilance à l'égard de ce qui pourrait menacer cette bonne relation. Cette vigilance peut à son tour induire des distorsions et faire apparaître des signes ou comportements anodins comme des menaces sur la relation. La personne peut alors subitement passer dans l'état *menacé*, dans lequel s'active le sentiment de perte de la relation d'attachement. La prédominance de réactions affectives négatives, telles la rage, la méfiance, la dévaluation de l'autre, ainsi que des difficultés à exprimer de manière adéquate les besoins envers l'autre se manifestent au point d'empêcher la mobilisation des comportements adaptés visant à rétablir l'attachement. Si, en face, l'interlocuteur reste lui-même activement connecté, la relation peut être maintenue. Mais, souvent, la rage liée à la menace perçue ou réelle sur l'attachement se manifeste par de la colère, des comportements dysfonctionnels (par exemple, des menaces suicidaires) qui mènent les autres à réellement rompre le lien. De crainte, le rejet devient réel. La personne passe alors dans l'état *abandonné*. Ce dernier état est marqué par une exacerbation des comportements inadaptés, une régression cognitive (pensée en «noir et blanc», passages à l'acte impulsifs, dissociation...), des recours à des consommations de produits, etc. Dans l'état *désespéré*, la personne par qui le sujet s'est senti rejeté est si radicalement exclue qu'elle en devient totalement absente de l'esprit du sujet et n'apparaît plus comme une aide ou une ressource permettant de faire face aux affects impossibles à contenir. Au cours d'une intervention GPM, ce modèle est enseigné au patient et à ses proches. Par ailleurs, il permet aussi au professionnel de moduler ses interventions au niveau interpersonnel, plutôt que d'*agir* ses propres états émotionnels (par exemple, de rejeter, en prescrivant une médication plutôt que d'essayer de

**TABLEAU 2** Traitement par palier de patients présentant un trouble de la personnalité borderline

DBT : Dialectical Behavior Therapy (Thérapie comportementale dialectique) ; DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques) ; GPM : Good Psychiatric Management ; MBT : Mentalization-Based Treatment (Thérapies basées sur la mentalisation) ; TFP : Transference Focused Psychotherapy (Psychothérapie focalisée sur le transfert).

Définition	Automutilations/suicidalité	Intervention
<b>Stade préclinique (subsyndromique)</b>		
Certaines difficultés du registre borderline (3 à 5 critères DSM-5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilations présentes</li> <li>• Suicidalité absente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation pour patients et proches</li> <li>• Soutien, résolution de problèmes</li> </ul>
<b>Trouble débutant/léger</b>		
Épisode de trouble borderline (> 5 critères DSM-5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilations présentes</li> <li>• Suicidalité absente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GPM, case management</li> <li>• Participation à un groupe (par exemple, groupe DBT de gestion des émotions)</li> </ul>
<b>Trouble continu/modéré</b>		
Continuité des symptômes (> 5 critères DSM-5), réponse insatisfaisante au traitement de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilations présentes</li> <li>• Actes suicidaires présents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GPM, traitement pharmacologique des comorbidités, participation à un groupe</li> <li>• Psychothérapie spécialisée (DBT, MBT, TFP)</li> </ul>
<b>Trouble sévère</b>		
Alternance de rémissions et de rechutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilations sévères présentes</li> <li>• Actes mettant la vie en danger présents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Management médicalisé GPM</li> <li>• Soins structurés institutionnels (résidentiel, ambulatoire intensif...)</li> <li>• En cas de réponse insatisfaisante à un traitement validé (DBT, MBT, TFP), questionner l'indication, éventuellement changer de traitement</li> </ul>
<b>Chronique</b>		
Réponse insatisfaisante au traitement, pas d'évolution favorable dans le temps malgré le traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentes ou absentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GPM</li> <li>• Thérapie de soutien</li> </ul>

(Adapté de réf.<sup>17</sup>).

comprendre les enjeux psychologiques et interpersonnels) qui ont été induits chez lui par la relation avec le patient.

## GPM ET AUTRES MODÈLES THÉRAPEUTIQUES, TRAITEMENTS PAR PALIERS

Le GPM est concerné par les enjeux de santé publique liés au TPB. Dans ce sens, il ne vise pas à remplacer les modèles de thérapies validés par les preuves existantes mais, au contraire, à les intégrer en tant que traitements spécialisés dans un contexte de soins qui s'étend des soins généralistes (tout comme un médecin généraliste prendrait en charge un patient souffrant d'une insuffisance rénale) à des soins spécialisés, voire hyperspécialisés (comme un centre de dialyse qui ne prendrait en charge qu'une portion des patients souffrant d'une insuffisance rénale nécessitant des soins spécialisés). À ce titre, le GPM permet de s'éloigner d'une forme de « pensée unique » de type « le même traitement pour tous » et d'adapter de manière plus clinique un traitement à un patient donné, ou à un moment donné de sa trajectoire. Le GPM permet également de lier et de faire travailler dans un même état d'esprit, et avec un langage commun, des intervenants généralistes et des intervenants spécialisés, travaillant dans des contextes parfois très différents et appartenant à des écoles théoriques différentes.<sup>9</sup> La notion de « traitement par paliers » correspond explicitement à cette manière de concevoir les soins, en traitant à la fois le plus grand nombre de patients qui attendent des soins adaptés, tout en réservant les ressources les plus spécialisées à un certain nombre qui en ont non seulement besoin et qui en profitent le plus (tableau 2).

## VALIDATION DU GPM

Le GPM pour le TPB, tel que pratiqué dans certains centres en Amérique du Nord et en Europe, et en particulier en Suisse, a généré un certain nombre d'études qui suggèrent une probable efficacité de cette approche à l'instar de l'étude de McMain et coll. sur l'effet du GPM comparé à la DBT.<sup>11,12</sup>

## ÉVOLUTION DU GPM

Le GPM ne se veut pas un modèle en concurrence avec ceux établis auparavant, et dont il s'inspire explicitement, mais complémentaire dans le fait de pouvoir être diffusé plus facilement (la partie théorique de la formation ne nécessite qu'une journée de formation)<sup>13</sup> et suffisamment bon en complément d'une formation psychiatrique généraliste adéquate pour des professionnels de la santé mentale.<sup>14</sup> En raison de la forte comorbidité du trouble borderline, les connaissances sur les troubles associés sont indispensables à l'évaluation clinique, tout comme une connaissance des troubles de la personnalité est nécessaire dans la formation en psychiatrie générale. La structure organisée autour de principes permet au GPM de s'adapter à de nombreux contextes de soins différents.<sup>15</sup> Le modèle GPM évolue en adaptant le modèle de *cohérence interne* à d'autres troubles de la personnalité « proches » du TPB comme les troubles de la personnalité narcissique et obsessionnelle compulsive, ainsi qu'aux comorbidités addictives et traumatiques.

Le GPM-A (Good Psychiatric Management for Adolescents), pour la pathologie borderline chez les adolescents, représente

également un aménagement important du GPM.<sup>16</sup> Les enjeux interpersonnels du TPB sont encore trop souvent sous-estimés dans la population adolescente. Il en résulte une absence d'aide spécifique au besoin de cette population, ce qui est attristant quand on sait à quel point l'adolescence représente un moment clé de la construction de l'identité de l'individu et que des interventions adaptées, c'est-à-dire mesurées, pourraient avoir l'effet le plus favorable. Dans ce contexte, le GPM représente un modèle qui, par sa diffusion facilitée, pourrait favoriser le dépistage et des interventions précoces adaptées à cette période particulière de la vie.

## CONCLUSION

Le GPM est un traitement spécialisé du TPB, dont la formulation médicale recouvre une compréhension interpersonnelle et psychothérapeutique du trouble. Conçu pour pouvoir être diffusé en dehors du cercle des psychothérapeutes strictement spécialisés dans le trouble borderline, il porte en lui l'espoir d'offrir des soins adéquats à une population qui en a besoin, mais qui est souvent stigmatisée et reçoit encore des réponses inadaptées à des demandes d'aide qui sont légitimes mais souvent mal comprises par manque de connaissances des professionnels de la santé mentale.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble fréquent en psychiatrie et en médecine; souvent, il n'est pas suffisamment identifié et le traitement mal orienté, sur les comorbidités ou des symptômes associés, plutôt que sur le trouble lui-même
- Cette situation est en partie due au manque de connaissances sur le TPB chez les professionnels de la santé mentale car ce trouble est trop souvent entendu comme devant être traité par des spécialistes uniquement
- Le modèle du Good Psychiatric Management développé par Gunderson, un des précurseurs dans ce domaine, rend les connaissances sur le trouble ainsi que les bonnes conduites thérapeutiques plus accessibles et faciles à diffuser en dehors du cercle des spécialistes en TPB

1 Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, et al. The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(1):23-30. DOI: 10.1001/arch-psyc.1983.01790010025003.

2 Linehan M. Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite. Genève: Médecine & Hygiène; 2000.

3 Bateman A, Fonagy P. Mentalisation et trouble de la personnalité limite. Guide pratique. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, Carrefour des psychothérapies; 2019.

4 Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg FO. Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2015.

5 \*Desseilles M, Grosjean B, Perroud N. Le manuel du Borderline. Paris: Eyrolles, 2014.

6 Greiner C, Perroud N, Charbon P, et al.

Trouble de la personnalité borderline: état des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale. *Encephale*. 2022;50(13-7006(22)00099-9. DOI: 10.1016/j.encep.2022.02.003.

7 Choi-Kain L. L'émergence des traitements généralistes et des traitements par paliers du trouble de la personnalité borderline. In: Kolly S, Charbon P, Kramer U, editors. Trouble de la personnalité borderline – Pratiques thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS, 2019.

8 \*Kolly S, Charbon P, Kramer U. Trouble de la personnalité borderline – Pratiques thérapeutiques: Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS, 2019.

9 Kramer U, Charbon P, Despland JN, Kolly S. «Good enough» training in clinical practice for BPD? A commentary. *Sw Arch Neurol, Psychiatr Psychoter*. 2017;168(8):241.

10 Choi-Kain L, Finch EF. The corrective experience of getting a life: Case formulation using general psychiatric

management as a framework to facilitate remission and recovery. In: Kramer U, editor. Case formulation for personality disorders. London: Elsevier-Academic Press, 2019. p. 61-75.

11 McMain SF, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1365-74. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039.

12 Kramer U, Kolly S, Charbon P, et al. Brief psychiatric treatment for borderline personality disorder as a first step of care: Adapting general psychiatric management to a 10-session intervention. *Personal Disord*. 2021. DOI: 10.1037/per0000511.

13 Keuroghlian AS, Palmer BA, Choi-Kain LW, et al. The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016;30(4):567-76. DOI: 10.1521/pedi\_2015\_29\_206.

14 Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol*. 2018;21:127-31. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006.

15 \*\*Gunderson JG, Links P. Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing, 2014.

16 \*\*Choi-Kain L, Sharp C. Handbook of Good Psychiatric Management for Adolescents with Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

17 Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):342-56. DOI: 10.1097/HRP.000000000000113.

\* à lire

\*\* à lire absolument