

et 14.4 ± 2 ans au moment de l'hospitalisation index et de 20 ± 3.4 et 20.2 ± 3.1 en 1993. Le recul moyen de l'étude est de 6 ans. Les paramètres pour lesquels une différence significative est mise en évidence entre les deux populations par le test du chi-carré concernent: la scolarité moins bonne chez les suicidants, leur consommation d'alcool plus importante, de même que leur nombre d'hospitalisation en psychiatrie et de suivi en consultation de santé mentale; la socialisation telle qu'elle a été étudiée est aussi moins bonne chez les suicidants. Par contre, aucune différence significative n'est mise en évidence en ce qui concerne les autres paramètres étudiés (vie familiale, emploi, pension d'invalidité, arrêts maladie et consommation de psychotropes).

Discussion et conclusion: Si certains résultats tendent à dédramatiser l'avenir des adolescents suicidants, d'autres sont par contre alarmants. Ces derniers justifient à eux seuls les efforts actuels pour mieux cerner les stratégies thérapeutiques à court, moyen et long terme qui doivent être mises en place pour ces patients arrivant le plus souvent à l'hôpital dans un contexte d'urgence.

FORGIVENESS: AN COMPARISON BETWEEN PROSOCIAL AND AGGRESSIVE CHILDREN

M.M. Pejović, A. Lakić. *Clinic for Neurology and Psychiatry for children adolescent, Dr Suborja 6, 11000 Belgrade, Yugoslavia*

There has been surprisingly little research on how notions of vengeance and forgiveness develop and regulate behaviour. The proposed research examines how two group of children, prosocial and aggressive, resolve conflict raising issues of forgiveness. Understanding how they decide whether to retaliate, resent or forgive could be important for understanding the rising tide of youth violence and social maladjustment. Forgiveness may be a stable feature of children's socio-moral development, and therefore a solid base for social accepted behaviour.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DE L'ANOREXIE: INTEGRATION DES DIFFERENTS ABORDS PSYCHOTHERAPIQUES

S.A. Rouer-Saporta, S.M. Divac, B. Samuel-Lajeunesse. *C.H.S. Sainte-Anne, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, 100 rue de la Santé, 75014, Paris, France*

La prise en charge des anorexiques restrictives ou boulimiques nécessite la plupart du temps une hospitalisation dans un service psychiatrique spécialisé dans les Troubles du Comportement Alimentaire (T.C.A.) et un abord intégrant différents modèles psychothérapeutiques de façon harmonieuse. Une prise en charge cognitivo-comportementale est fondée sur un contrat thérapeutique, qui constitue la base de cette hospitalisation. Ce contrat a pour but le rétablissement d'un comportement alimentaire adapté et la restauration du statut pondéral. Il se fonde sur les principes des conditionnements vicariant et opérant, utilisant des techniques de désensibilisation, de modeling, d'exposition in-vivo et de prévention de la réponse. L'abord cognitif vise à réduire les erreurs cognitives par l'éducation et à une restructuration cognitive globale inspirée des techniques de Beck.

L'anxiété généralisée est prise en charge par une relaxation de type Jacobson, et l'anxiété sociale, par les thérapies d'affirmation de soi.

Parallèlement, d'autres abord psychothérapeutiques peuvent être proposés, suivant les caractéristiques et les affinités de chaque patient. Il s'agit de psychothérapies d'orientation analytique, en face à face ou avec médiation (arthérapie). Ces médiations sont, à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, la peinture, le modelage, le collage ou la musique.

Les problèmes posés par l'intégration de psychothérapies reposant sur des fondements théoriques extrêmement différents sont ici étudiés.

THE LONG-TERM COURSE OF CHILDHOOD OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

P.H. Thomsen. *Research Center at Psychiatric Hospital for Children and Adolescents, Harald Selmersvej 66, 8240 Risskov, Denmark*

A 6–22 year outcome study of 47 patients with childhood onset OCD is presented.

Phenomenological aspects at baseline did not differ from that seen in children and adults in other parts of the world. Compulsive handwashing and obsessions regarding dirt and contamination were the most frequent symptoms, seen approximately in half of the patients.

At follow-up, the course of OCD was described according to 4 groups of outcome. Approximately one fourth of the patients fell in each group:

1. No OCD in adulthood;
2. Subclinical OCD symptoms in adulthood;
3. An episodic course of OCD in adulthood;
4. Chronic OCD in adulthood.

In practically all cases where psychopathology was present, OCD was the main disorder. The intraindividual continuity of specific obsessive-compulsive symptoms was low.

Frequent comorbid symptoms at follow-up were depression and symptoms of anxiety.

Probands with OCD at follow-up had significantly lower social functioning than probands without OCD.

NR21. Biological and treatment issues in affective disorder — II

Chairmen: T Dinan, S Checkley

EPIDEMIOLOGY OF BIPOLAR DISORDER: NEW DATA

Jules Angst. *Psychiatric University Hospital Zurich, P.O. Box 68, CH-8029 Zurich, Switzerland*

12 modern epidemiological studies have been carried out worldwide, using the Diagnostic Interview Schedule [1]. These studies have identified DSM-III bipolar disorder in 0.5% (mean) of the population, with a range of 0.0 to 1.2%. A further 6 studies however, reported rates of the bipolar spectrum affecting 1.6 to 6.5% of the population. These studies largely used other interviewing methods, and to a varying extent included atypical bipolar disorder, cyclothymia and hypomania in the bipolar spectrum. Methodological difficulties occur due to the frequent absence of insight or feeling ill of hypomanics, due to shortcomings in interview questions, or of the definitions. Data of the Zurich cohort study, indicates the prevalence of DSM-IV hypomania/mania in 5.5%; in addition 2.2% of subjects were suffering from recurrent brief hypomania (RBM). RBM demonstrates good validity, shown by a positive family history for depression and by a high lifetime suicide attempt rate. RBM is strongly associated with major depressive episodes or other forms of depression. About 50% of RBM cases overlap with cyclothymia. The inclusion of RBM as a diagnostic category is suggested. The true