



# TROUBLE DE LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE – L'EXPÉRIENCE SUISSE

Retour sur l'expérience de fellowship  
Andréanne Filion Quenneville  
Réunion scientifique 25 mai 2021

# CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Aucun conflit d'intérêts à déclarer



# OBJECTIFS

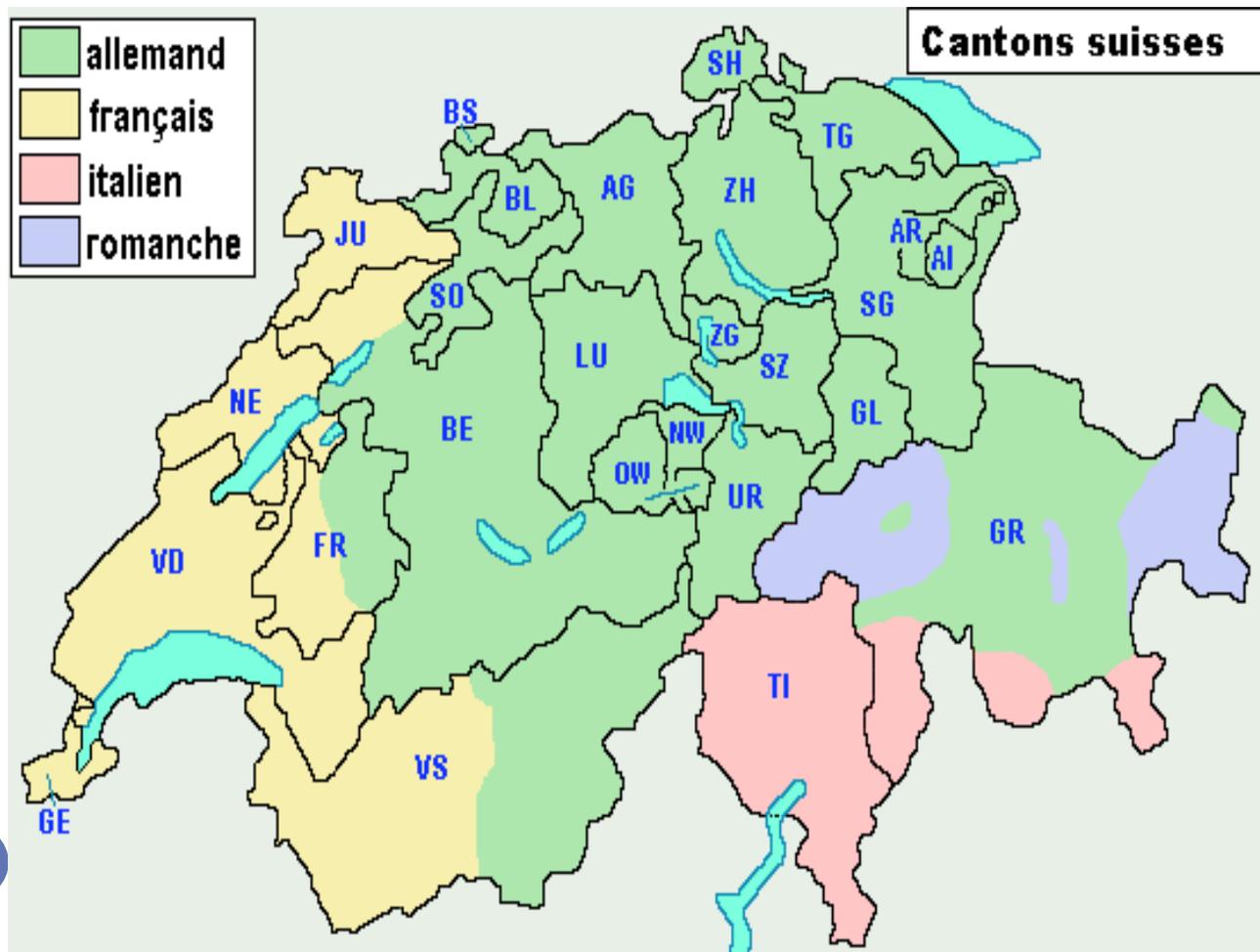
- Survol de l'organisation du système de santé suisse
- Présentation de l'Unité du trouble de la régulation émotionnelle des HUG
- Approches thérapeutiques pour les troubles de la régulation émotionnelle et ingrédients clés
- Période de questions



# ORGANISATION DU SYSTÈME SANTÉ SUISSE

- Déclaré par le Euro Health Consumer Index 2018 comme le meilleur système de santé en Europe
- Système mixte privé-public
- Responsabilité de la Confédération suisse et des autorités cantonales
- Assurance maladie obligatoire (LAMal)





AG = Argovie	GE = Genève	OW = Obwald	UR = Uri
AI = Appenzell Rhodes-Int.	GL = Glaris	SG = Saint-Gall	VD = Vaud
AR = Appenzell Rhodes-Ext.	GR = Grisons	SH = Schaffhouse	VS = Valais
BE = Berne	JU = Jura	SO = Soleure	ZG = Zoug
BL = Bâle-Campagne	LU = Lucerne	SZ = Schwytz	ZH = Zurich
BS = Bâle-Ville	NE = Neuchâtel	TG = Thurgovie	
FR = Fribourg	NW = Nidwald	TI = Tessin	

# CANTON DE GENÈVE

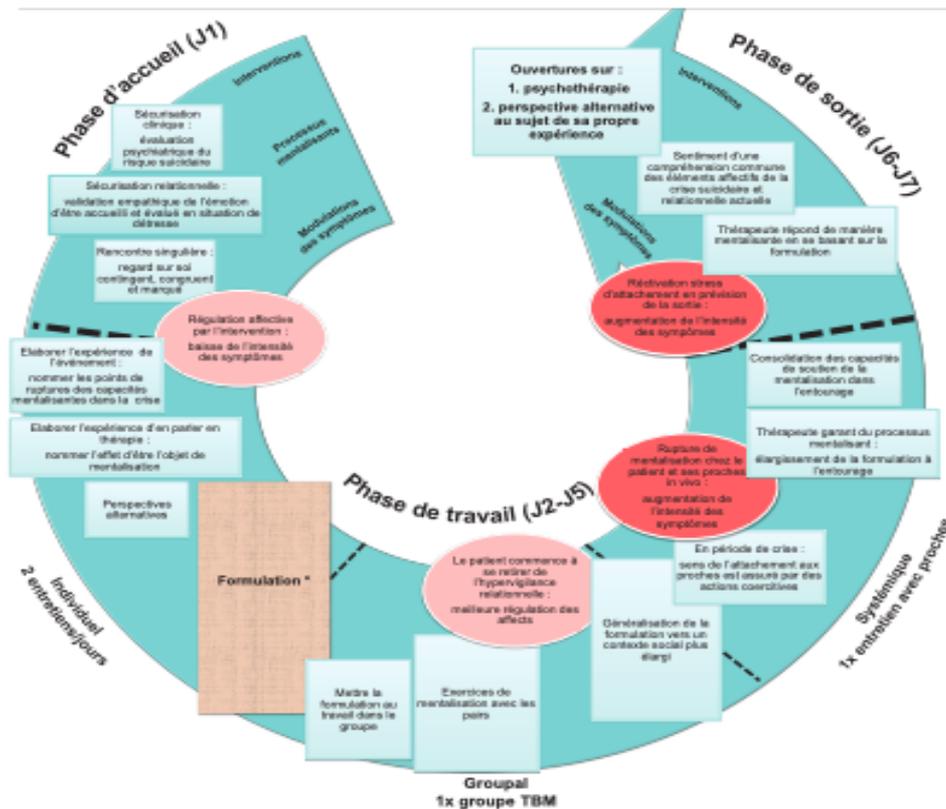
## HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

- Cliniques spécialisées : Humeur, TRE, Toxicologie
- Urgence et soins courte durée 2JC
- Hôpital psychiatrique Belle-idée



# UNITÉ 2JC

- Unité d'investigation et de traitements brefs, située dans les unités médicales des HUG



## Phase accueil J1:

- Évaluation de risque suicidaire
- Alliance thérapeutique

## Phase de travail J2-5:

- 2 entretiens individuels (infirmiers et psychiatre) par jour
- Élaboration d'une formulation
- Rencontre systémique
- Groupes (mentalisation et pleine conscience)

## Phase de sortie J6-7:

- Compréhension commune des liens entre la crise et les relations
- Ouverture à la psychothérapie et aux perspectives alternatives

# TRE (TROUBLE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE)

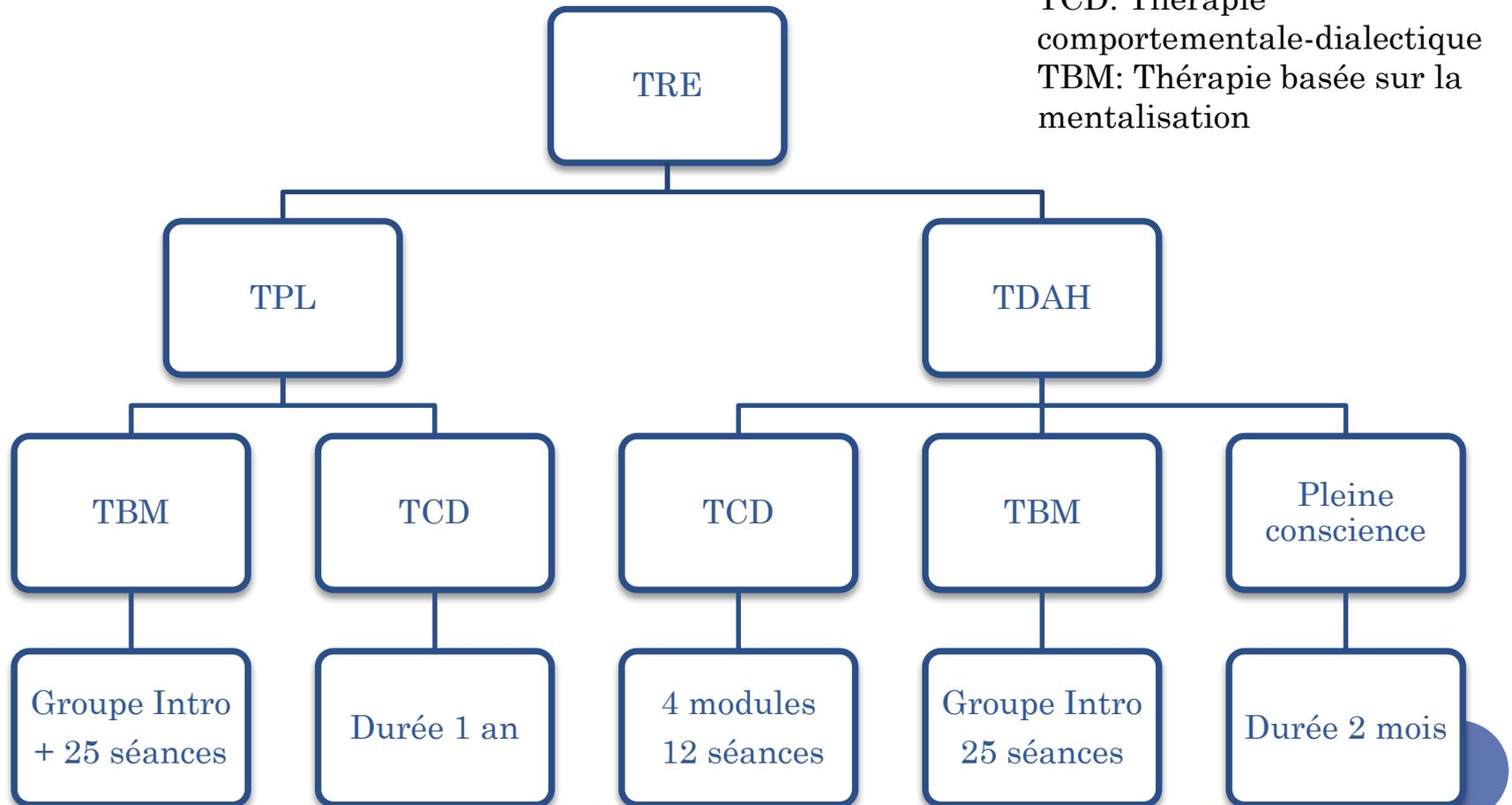
## L'ÉQUIPE

- Dr Nader Perroud, chef de clinique
- 1 médecin adjoint de clinique, 1 interne
- 4 infirmières
- 3 psychologues
- 2 chercheurs

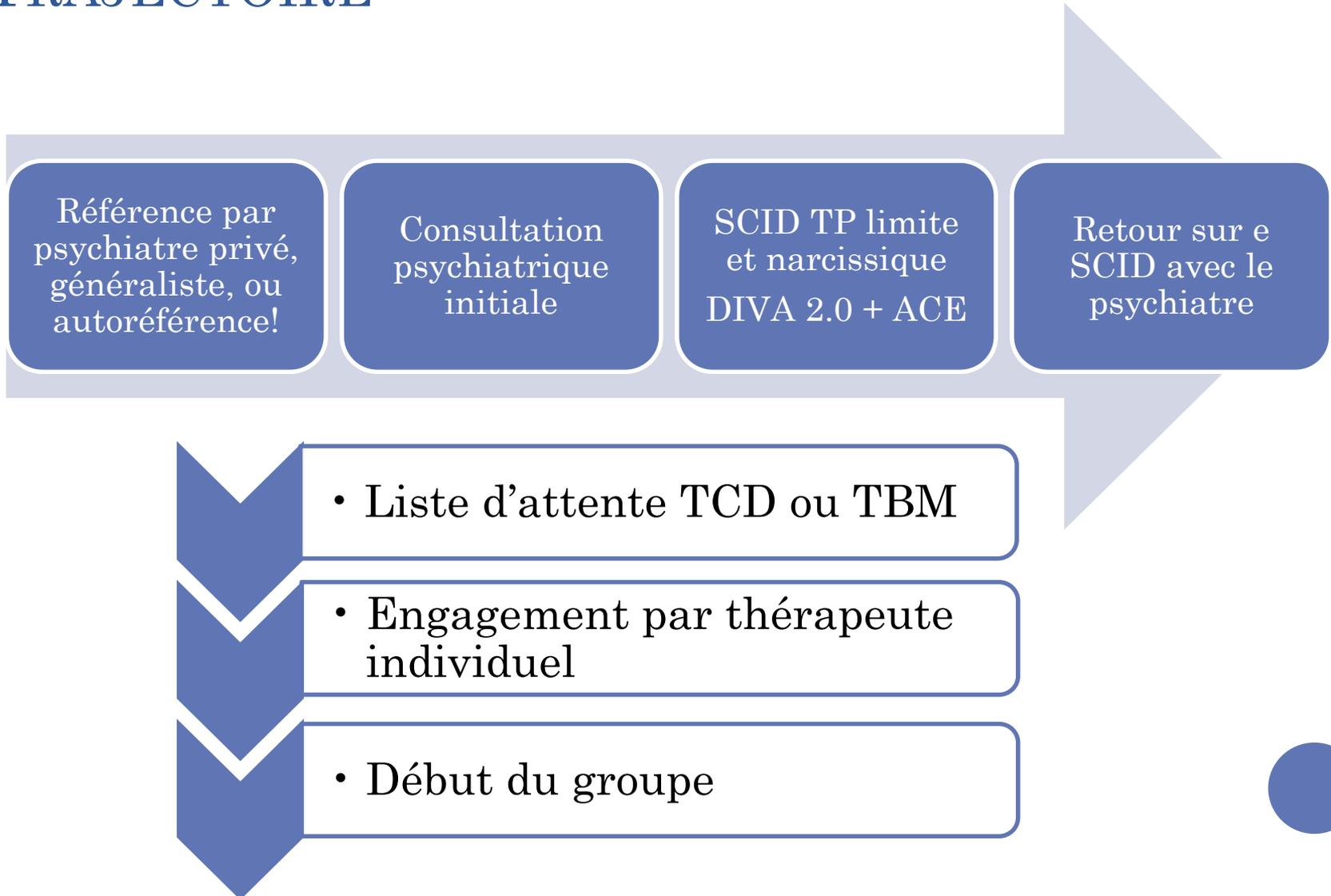


# TRE (TROUBLE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE)

TCD: Thérapie  
comportementale-dialectique  
TBM: Thérapie basée sur la  
mentalisation



# TRAJECTOIRE

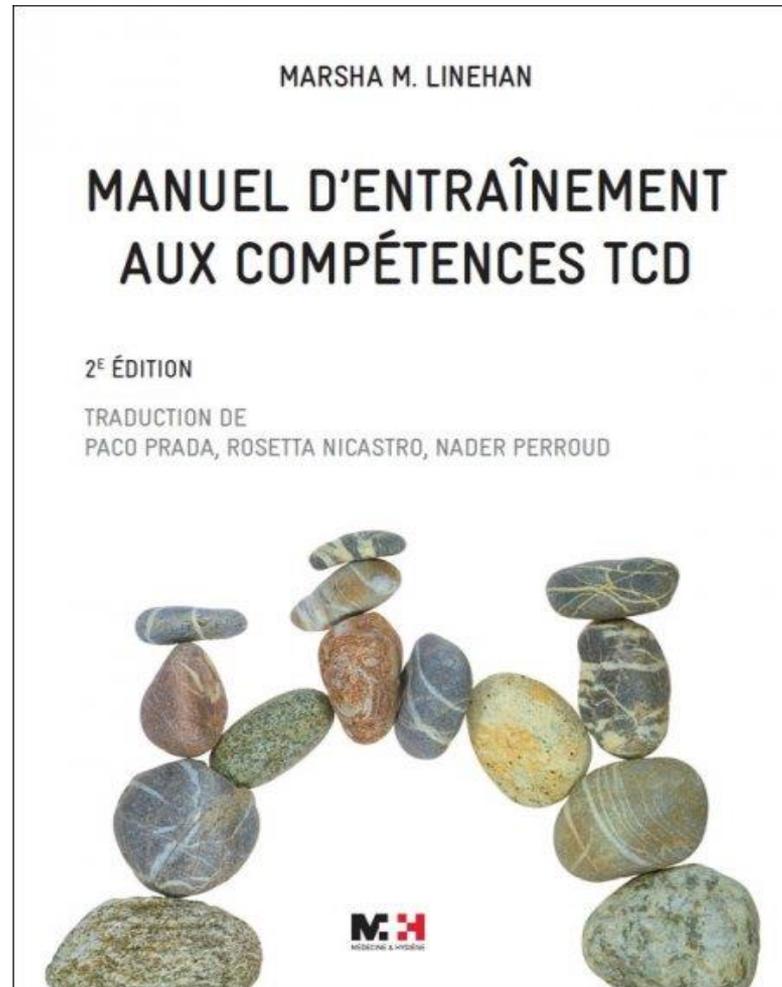


# PROGRAMME

- 2h de thérapie de groupe
  - 2 groupes DBT
  - 1 groupe DBT +
  - 2 groupes TBM
  - 2 groupes TDAH
  - 1 groupe Pleine conscience
- 1h de thérapie individuelle
- Soutien téléphonique de 8h45 à 18h
- Supervision d'équipe hebdomadaire de 1h30



# THÉRAPIE COMPORTEMENTALE- DIALECTIQUE (TCD)



# FONDEMENTS DE LA TCD

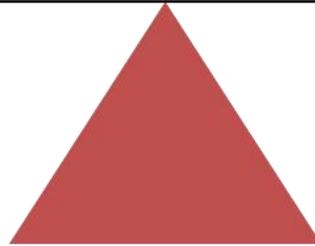
## DIALECTIQUE

---

### CHANGEMENT

Résolution de  
problèmes

**TCC**



### ACCEPTATION

Validation

**ZEN**

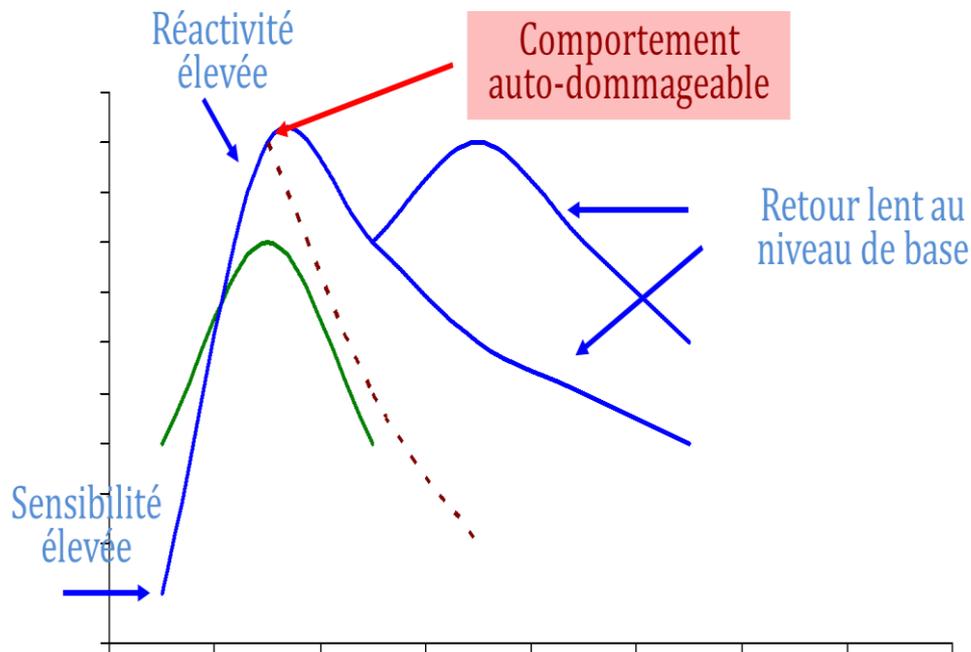


# TCD: THÉORIE BASÉE SUR LA DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Théorie biosociale du TPL

Vulnérabilité émotionnelle

Environnement invalidant



- Rejet de la communication de l'expérience
- Punition de l'expression émotionnelle
- Renforcement intermittent de l'escalade
- Sursimplification des buts et de la résolution de problème



# COMPOSANTES DE LA TCD

- 1) Rencontres individuelles
- 2) Groupe de compétences
- 3) Soutien téléphonique
- 4) Supervision d'équipe



## EXERCICE MME M.

- Patiente de 30 ans que vous suivez en thérapie comportementale-dialectique depuis 3 semaines.
- Elle a manqué son dernier rendez-vous. Elle arrive en panique à votre bureau, pleure abondamment et dit que rien ne va. Vous comprenez finalement qu'elle s'est disputée la veille avec son conjoint, qui a quitté le domicile suite à la dispute. Après son départ, Mme s'est mise à boire et s'est automutilée quelques heures plus tard, dit avoir fait un blackout. Elle explique que le conflit était à propos de difficultés financières, qu'ils risquent d'être évincés du logement car ils n'ont pas payé le loyer depuis 2 mois.
- Madame se sent dépassée et seule, vous mentionne qu'elle doute que vous puissiez l'aider et que vous allez probablement la laisser tomber comme tous les autres....



# PAR OÙ COMMENCER?

- a) Dispute avec le conjoint
- b) Absence au RV précédent
- c) Risque de perte de logement
- d) Automutilation
- e) Abus d'alcool
- f) Doutes face à la thérapie



# PRIORISATION DES CIBLES

1) Comportements suicidaires  
ou mettant la vie en danger



2) Comportements interférant  
avec la thérapie



3) Comportements interférant  
avec la qualité de vie

# FORMULATION DE CAS

- Anamnèse (incluant histoire développementale)
- Objectifs de vie du patient
- Cibles du traitement (comportements à modifier)
- Théorie Bio-sociale
  - Vulnérabilité émotionnelle
  - Environnement invalidant
- Stade de traitement
- Cibles principales:
  - Comportements suicidaires et menaçant la vie
  - Comportements interférant avec la thérapie
  - Comportements interférant avec la qualité de vie
- Cibles secondaires



# CARTE JOURNALIÈRE

## CARTE D'OBSERVATION

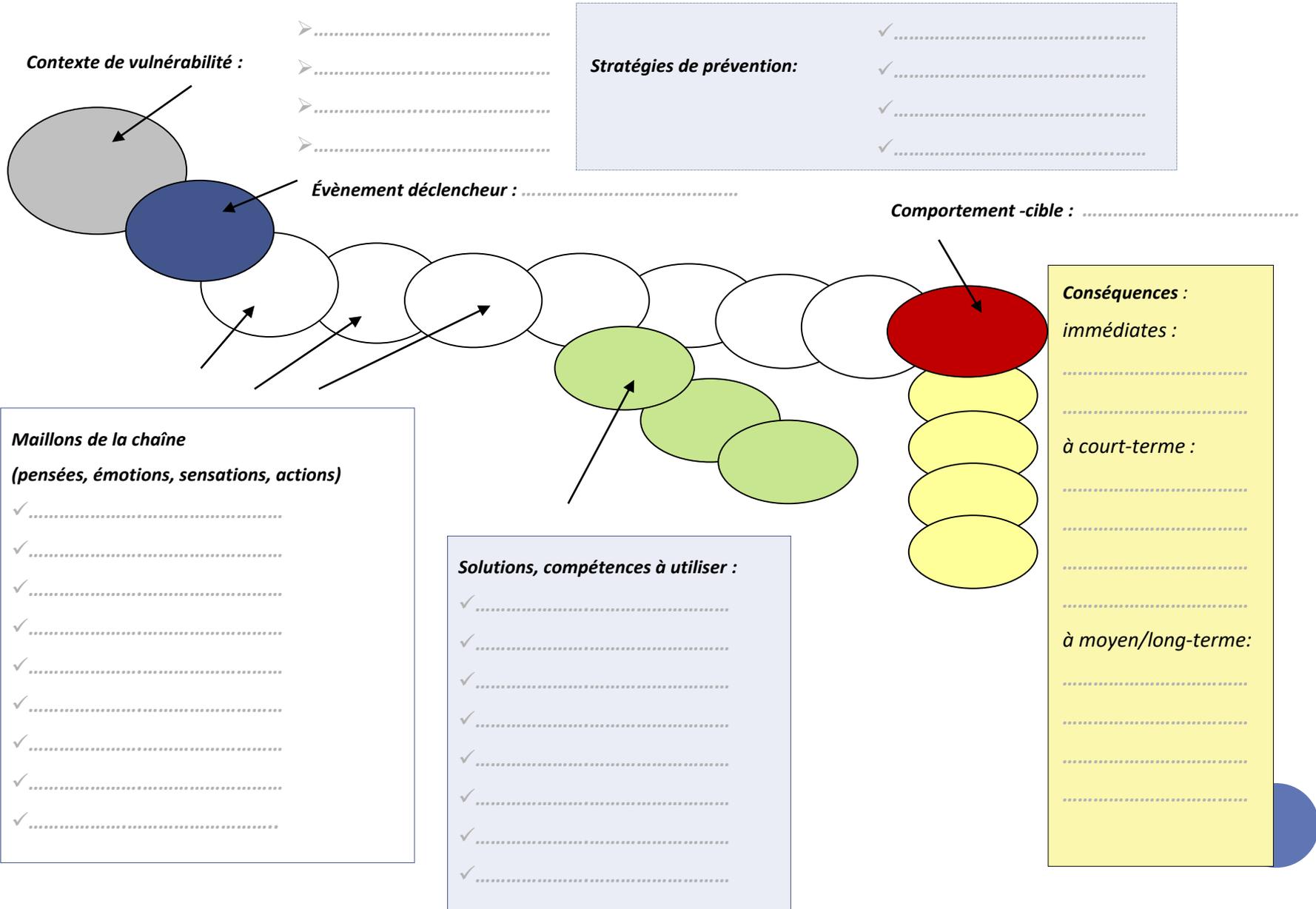
Nom : ..... Prénom : .....

Semaine du .....au .....

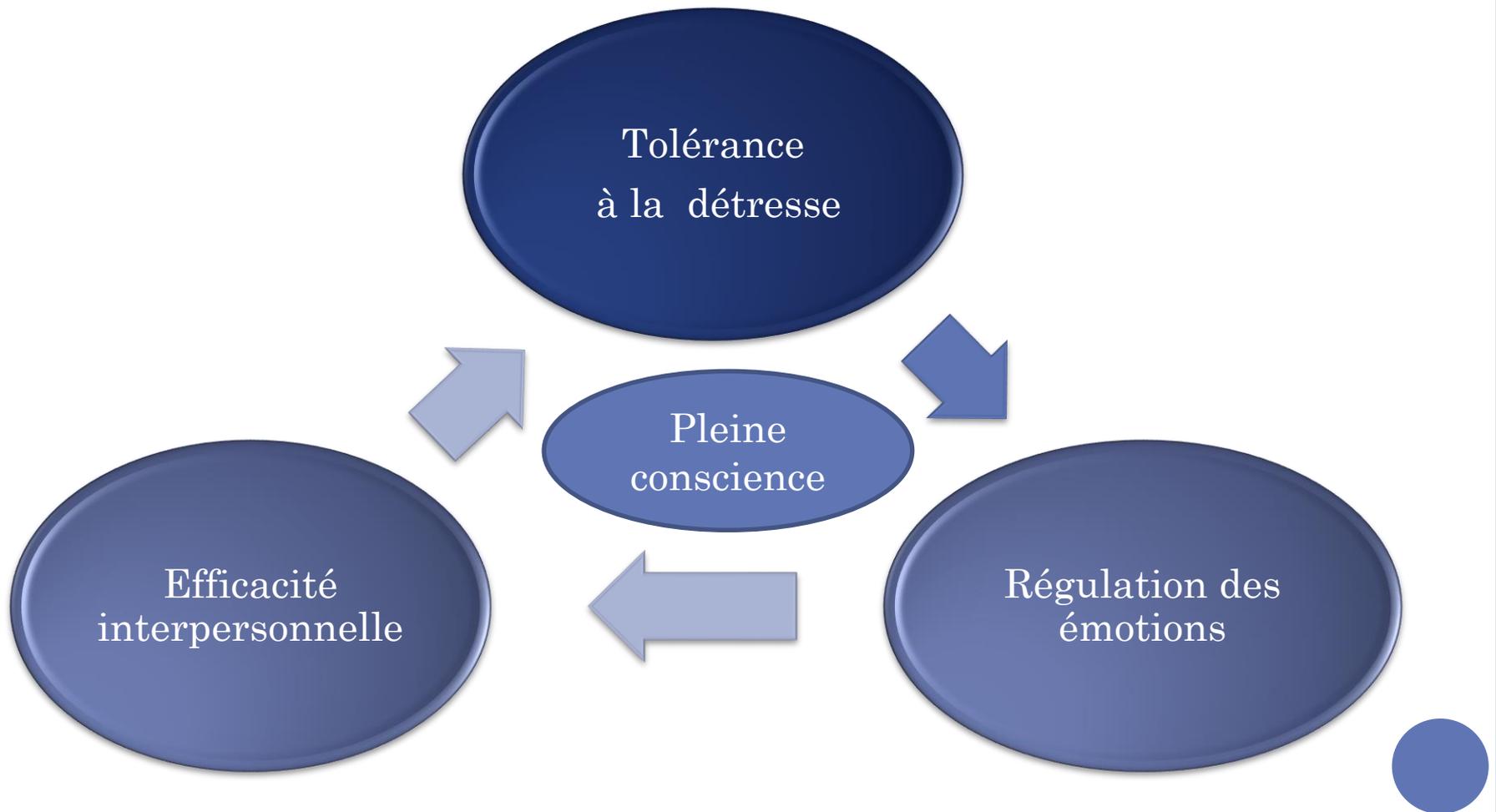
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
tension (0-10)							
comportements auto-dommageables							
consommation							
désir d'action							
tristesse (0-5)							
honte (0-5)							
culpabilité (0-5)							
colère (0-5)							
jolie (0-5)							
peur (0-5)							
sentiment de vide							
sentiment de détresse							
sentiment d'abandon							
sentiment d'amour							
événement(s) spécifique(s) de cette journée							
activité(s) nourrissante(s)							
comportements efficaces / compétences utilisées							



# ANALYSE COMPORTEMENTALE EN CHAÎNE



# GROUPE DE COMPÉTENCES



# SOUTIEN TÉLÉPHONIQUE

- Centré sur le problème
- Permet la généralisation des compétences dans différents environnements
- Cesse si le comportement dommageable a déjà eu lieu



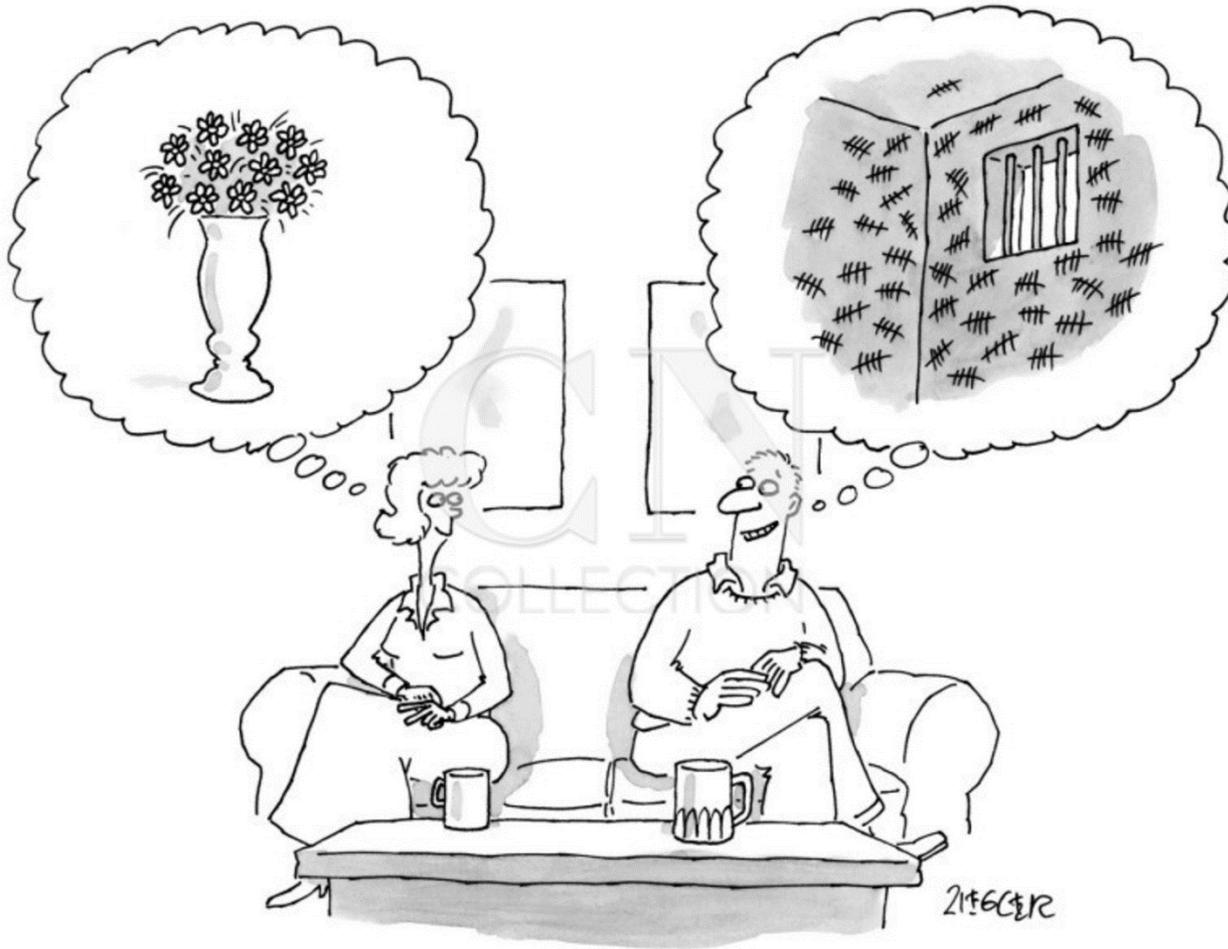
# SUPERVISION D'ÉQUIPE

Essentielle!

Nom	Sentiment d'épuisement	Sentiment d'inefficacité	Temps désiré	Sujet

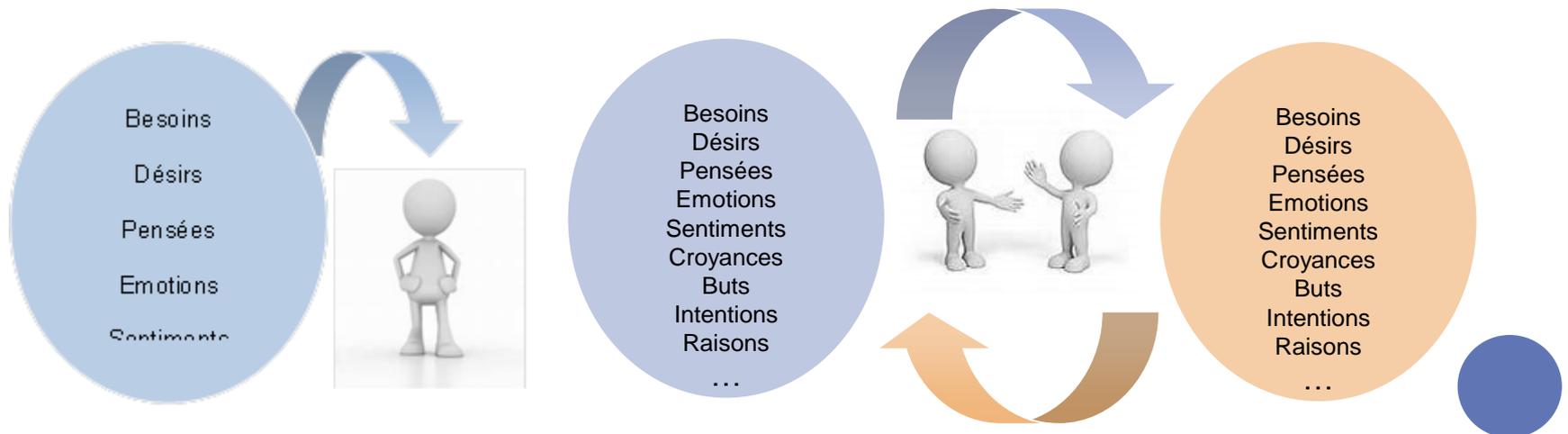


# MENTALISATION



# MENTALISATION

- Activité mentale où l'on porte attention à ce qui se passe dans notre esprit et dans celui des autres pour mieux comprendre comment les états mentaux influencent les comportements humains.



# INGRÉDIENTS THÉRAPEUTIQUES

- Thérapie basée sur la thérapie de l'attachement
  - But = rétablir la confiance épistémique
- Exploration des affects en contexte relationnel
- Recherche des bris de mentalisation dans « l'ici-maintenant » en individuel et en groupe
- Patterns relationnels exposés en groupe



# MENTALISATION

## La posture « mentalisante »

- Le respect de l'opacité de l'esprit : pour soi comme pour l'autre
- La présence du doute
- Une attitude de non savoir
- La curiosité
- L'exploration



# FORMULATION TBM



- Anamnèse narrée par le patient
  - Démographie, historique de traitement, diagnostics et traitements actuels
- Objectifs de vie du patient
- Objectifs de traitement par rapport aux:
  - Relations
  - Régulation émotionnelle
  - Comportements
- Implication dans le thérapie (ce qui facilite et empêche)



# FORMULATION TBM



## ○ Plan de crise

- Qu'est-ce qui peut précipiter un moment de crise?
- Comportements autodestructeurs et contexte relationnel
- Moyens à disposition pendant la crise



# FORMULATION TBM



- Relations

- Précoces et type d'attachement

- Difficultés relationnelles identifiées par le patient

- Modalités relationnelles avec thérapeute et groupe

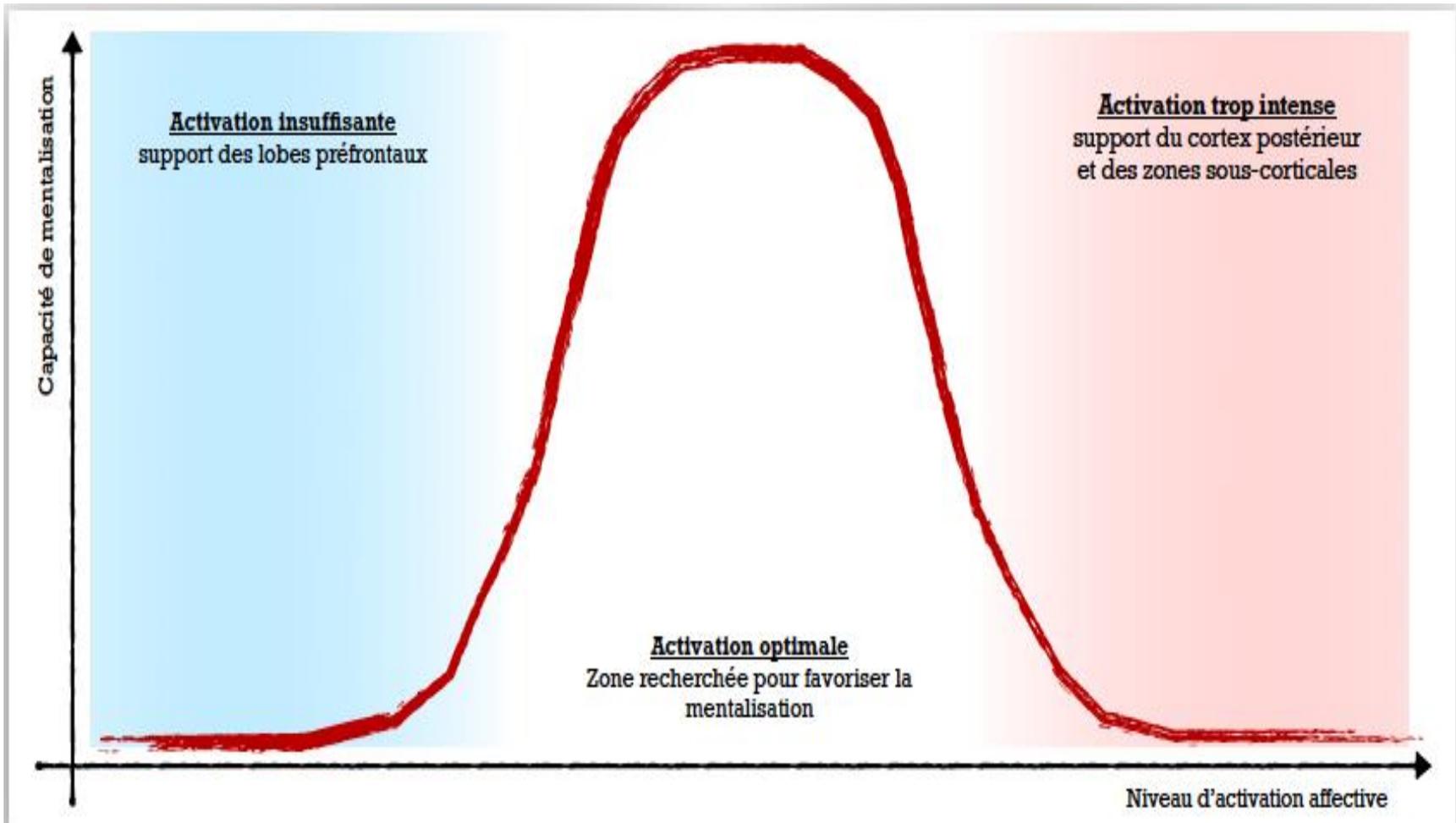
- Mentalisation

- Capacités de mentalisation identifiées chez le patient

- Modes de non mentalisation chez le patient et chez le thérapeute



# ACTIVATION ÉMOTIONNELLE ET MENTALISATION



# PROCESSUS MENTALISANT

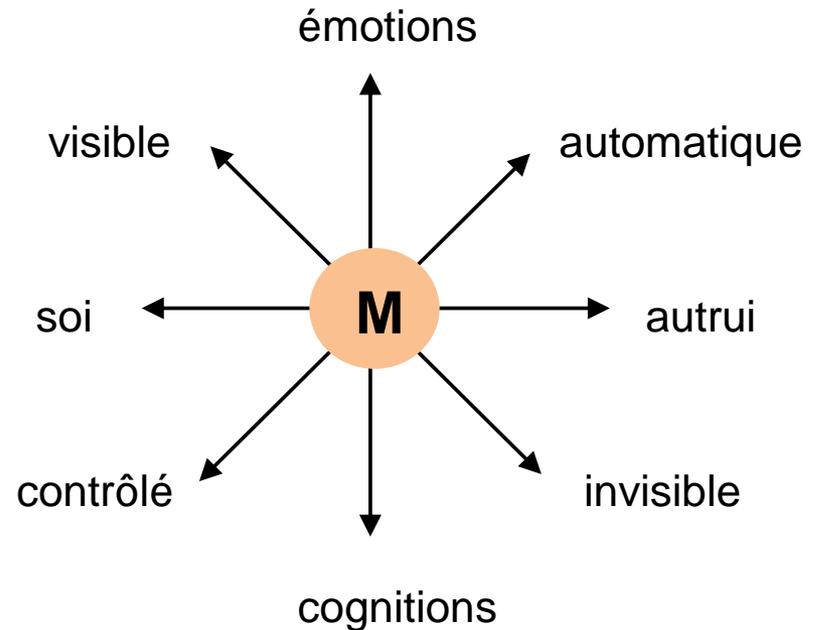
Modes prémentalisans

- Équivalence psychique
- Téléologique
- Mode semblant

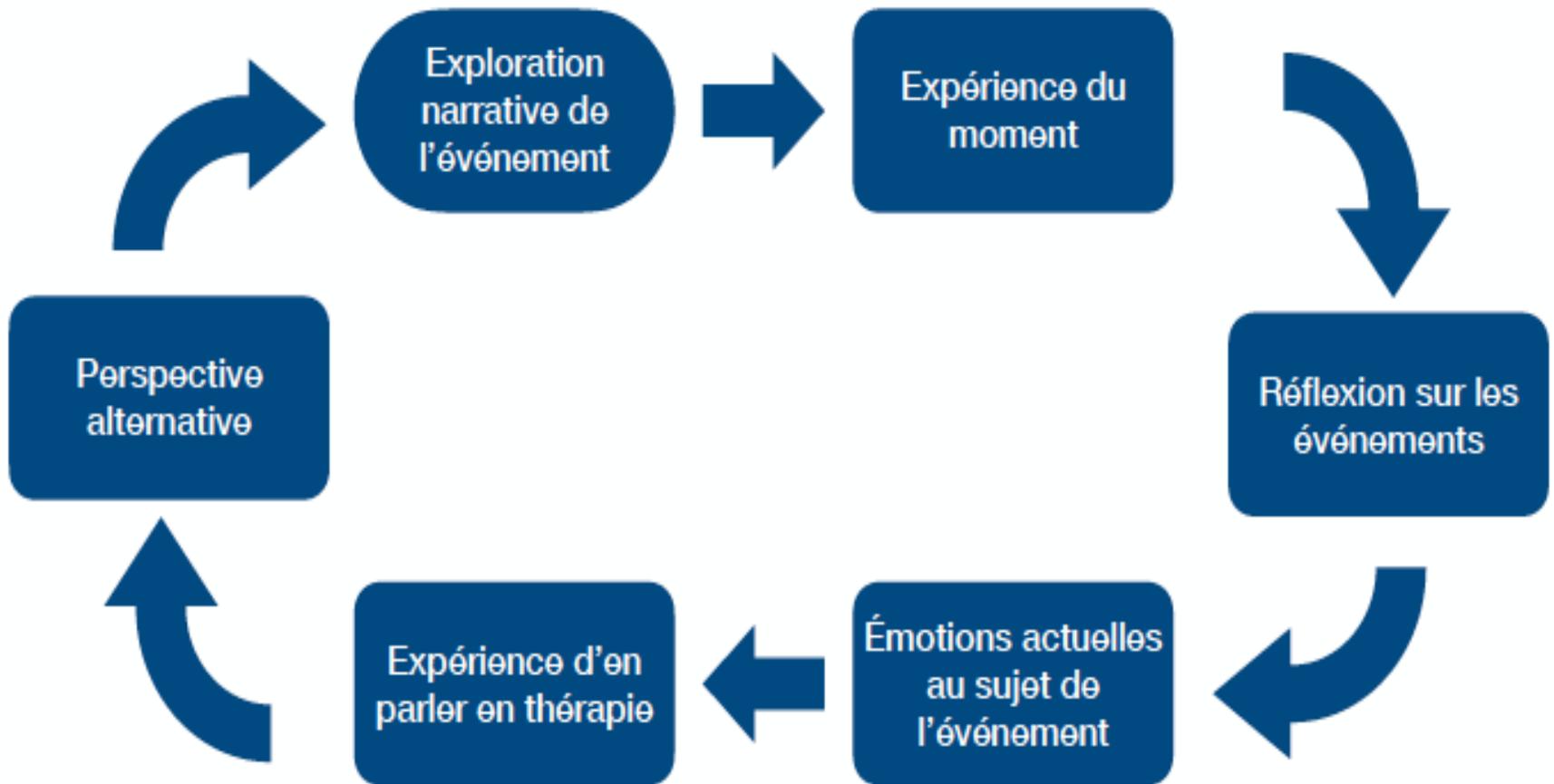
4 pôles de mentalisation

- Manœuvres à contresens

Mentalisation des affects



# TRAJECTOIRE D'EXPLORATION



# FORMAT DE LA THÉRAPIE

- Groupe introduction 8 séances
- Groupe TBM 25 séances
- Durée 1h30
- Groupe sur 12 séances
- 30 minutes de théorie
- 1h travail de mentalisation d'une situation personnelle



# TDAH



# TDAH ET TPL

- Au moins 14% des enfants avec un diagnostic de TDAH à l'enfance reçoivent plus tard un diagnostic de TPL
- 18 à 34% des TDAH adultes ont un TPL
- 16 à 38% des TPL ont un TDAH et 40%-60% auraient eu des symptômes compatibles avec un TDAH à enfance
- Présentation clinique plus sévère chez adultes TPL avec TDAH comorbide
- Génétique, tempérament et facteurs environnementaux (ex. adversité à enfance) communs



# TDAH ET TPL

## Symptomatologie

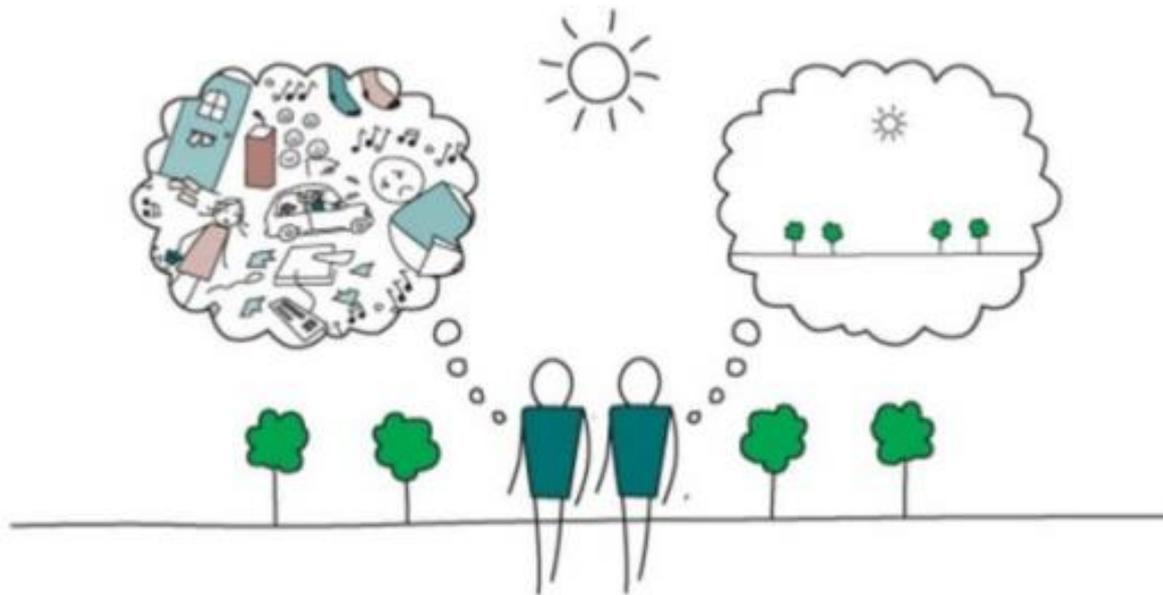
- Impulsivité
- Dysrégulation émotionnelle présente chez 70% des adultes avec TDAH
- Présence de troubles relationnels et de pauvre estime de soi

## Pathogenèse

- Bio: génétique, dysfonction du lobe frontal
- Social: enfants agités et dysrégulation émotionnelle qui augmentent les risques d'épuisement parental et d'invalidation



# PLEINE CONSCIENCE POUR LE TDAH



Mind Full, or Mindful?



# PLEINE CONSCIENCE POUR LE TDAH

Programme de 8 semaines **MAPs** (Mindful Awareness Practices) – Zylowska

- Pleine conscience: Porter son attention sur un objet spécifique, et y retourner si on est distrait. Prise de conscience des pertes d'attention.

## **Adaptations requises:**

- Psychoéducation sur sx, neurobiologie et étiologie
- Plus de supports visuels
- Méditations plus courtes au départ, augmentent en cours de session
- Retour sur les tâches à domicile
- Méditation en marchant peut aider à réduire l'hyperactivité

## **Résultats**

- Amélioration de l'attention soutenue, moins de distraction, attention plus flexible, réduction des sx hyperactivité et impulsivité, inhibition des réponses automatiques
- Changements qui persistaient 2 mois post-tx

Nicastro R, et al. (2021). Mindfulness Training for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Implementation of Mindful Awareness Practices in a French-Speaking Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Unit. J Altern Complement Med.



# TCD POUR LE TDAH

## Module Introduction

- Psychoéducation sur le diagnostic, l'origine du trouble, le traitement pharmacologique et la psychothérapie proposée

## Module Attention

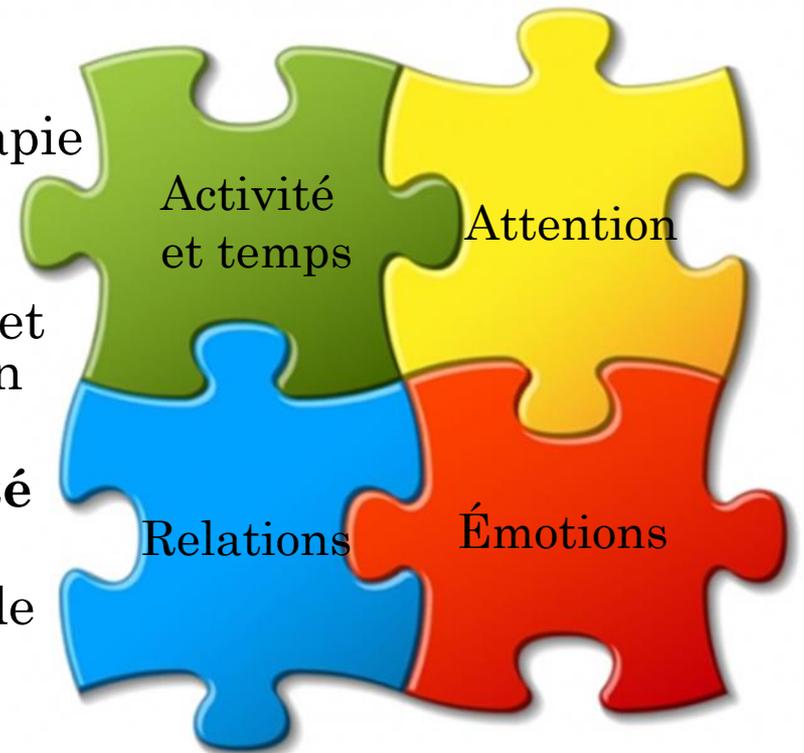
- Compétences de pleine conscience et stratégies pour favoriser l'attention et la mémoire

## Module Hyperactivité-Impulsivité

- Compétences de tolérance à la détresse et acceptation, stratégies de contrôle comportemental et compétences de planification

## Module Émotions-relations

- Compétences régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle



# TCD POUR LE TDAH

*Psychiatria Danubina*, 2016; Vol. 28, Suppl. 1, pp 103-107  
© Medicinska naklada - Zagreb, Croatia

Conference paper

## CBT/DBT SKILLS TRAINING FOR ADULTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Pierre Cole<sup>1</sup>, Sebastien Weibel<sup>1</sup>, Rosetta Nicastrò<sup>1</sup>, Roland Hasler<sup>1</sup>, Alexandre Dayer<sup>1,2</sup>,  
Jean-Michel Aubry<sup>1,2</sup>, Paco Prada<sup>1</sup> & Nader Perroud<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Service of psychiatric specialties, Department of Mental Health and Psychiatry,  
University Hospitals of Geneva, Geneva, Switzerland*

<sup>2</sup>*Department of Psychiatry, University of Geneva, Geneva, Switzerland*

### SUMMARY

**Background:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with marked impairments in familial, social, and professional functioning. Although stimulant treatments can be effective in adult ADHD, some patients will respond poorly or not at all to medication. Previous studies demonstrated that cognitive behavioural therapy- (CBT) and dialectical behavior therapy- (DBT) oriented interventions are effective in reducing the burden of the disease, which is mainly marked by depression, interpersonal difficulties, low self-esteem, and low quality of life. In order to determine the effectiveness of this intervention, we assessed the benefits of a CBT/DBT programme to reduce residual symptoms and help patients improve their quality of life.

**Subjects and methods:** 49 ADHD-patients, poor responders to medication, were enrolled in a one-year programme where they received individual therapy, associated with weekly sessions of group therapy with different modules: Mindfulness, Emotion Regulation, Interpersonal Effectiveness and Distress Tolerance, Impulsivity/Hyperactivity and Attention. Each subject was assessed at baseline, at months 3 and 6, and at the end of the treatment for ADHD severity (ASRS v1.1), depression severity (BDI-II), hopelessness (BHS), mindfulness skills (KIMS), anger expression and control (STAXI), impulsivity (BIS-11), quality of life (WHOQOL-BREF), and social functioning (QFS). The 49 ADHD patients were compared with 13 ADHD subjects on a waiting list. Linear mixed models were used to measure response to treatment.

**Results:** Overall, the psychotherapeutic treatment was associated with significant improvements in almost all dimensions. The most significant changes were observed for BDI-II ( $b=-0.30$ ;  $p<0.0001$ ), ASRS total score ( $b=-0.16$ ;  $p<0.0001$ ), and KIMS Awd ( $b=0.21$ ;  $p<0.0001$ ), with moderate to large effect sizes. Compared with the waiting list controls, ADHD patients showed a better, albeit non-significant, pattern of response.

**Conclusions:** Individual and structured psycho-educational DBT/CBT groups support existing data suggesting that a structured psychotherapeutic approach is useful for patients who respond partially or not at all to drug therapy.



# RECHERCHE

- Rencontres mensuelles « brainstorming » sur les projets en cours



## **NCCR-SYNAPSY** *The Synaptic Bases of Mental Diseases*

*Researchers and psychiatrists of the Swiss National Centre Competence in Research NCCR-SYNAPSY have joined forces to study the biological basis of psychiatric disorders.*

*In order to offer patients new perspectives of a cure and a higher quality of life, this innovative union between psychiatry and neuroscience is seeking to better understand the origins of mental disorders, and thus settle upon better diagnosis and treatments.*



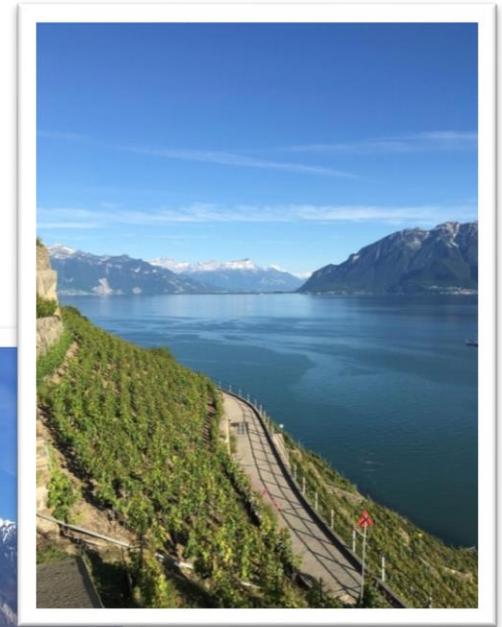
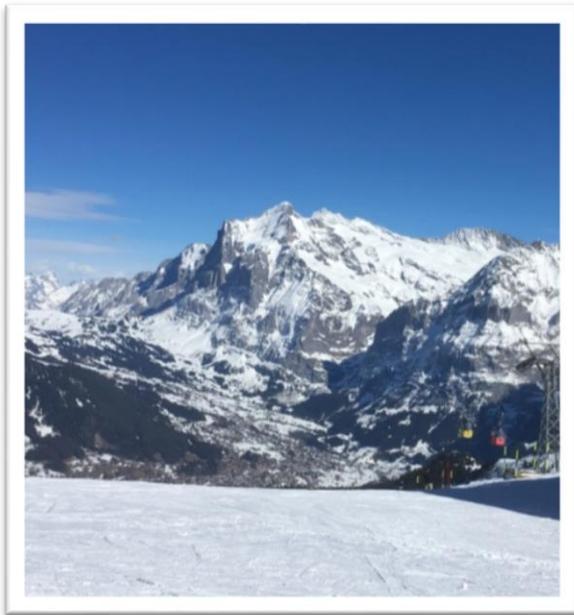
# RÉFLEXIONS

- Importance de l'équipe
- Fierté des services et de l'organisation
- Valorisation de la qualité de vie



# QUESTIONS?

- Merci de votre attention!



# RÉFÉRENCES

## Articles

- Cole P, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Dayer A, Aubry JM, Prada P, Perroud N. *CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Psychiatr Danub. 2016 Sep;28(Suppl-1):103-107. PMID: 27663817.
- Greiner C, De Nérès M, Besch V, Debbané M, Poulet E, Prada P. *Interventions pour crise suicidaire basée sur la mentalisation*. Encéphale 2020.
- Nicastro R, Jermann F, Bluteau Blin S, Waeber C, Perroud N. *Mindfulness Training for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Implementation of Mindful Awareness Practices in a French-Speaking Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Unit*. J Altern Complement Med. 2021 Feb;27(2):179-183. doi: 10.1089/acm.2020.0216. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33305979.
- Weiner L, Perroud N, Weibel S. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019.

## Manuels de référence

- Linehan M. M.- Traduction de Nader Perroud, Rosetta Nicastro, Paco Prada (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TCD, 2<sup>e</sup> édition*. RMS Editions. 576 p.
- Bateman A, Fonagy P (2016). *Mentalization-Based Treatment For Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Perroud N, Aubry J, Nicastro R, Prada P (2016). *Déficit de l'attention-hyperactivité chez l'adulte*. RMS éditions/Médecine et Hygiène.

