

Se préparer au DSM-5 en utilisant une approche dimensionnelle



Suzane Renaud
Évens Villeneuve

Groupe québécois de travail sur la comorbidité psychiatrique



- ▶ Philippe Baruch
- ▶ Serge Beaulieu
- ▶ Richard Bergeron
- ▶ Florence Chanut
- ▶ Andrée Daigneault
- ▶ Suzane Renaud
- ▶ Evens Villeneuve



Suzane Renaud, MD, CRCP(P), DFAPA, FCPA-APC

**Programme THAI
Clinique des troubles bipolaires et troubles de personnalité
Institut Douglas
Associate professor of psychiatry, McGill University**

Evens Villeneuve, MD, CRCP(P)

**Programme TSP
Institut universitaire en santé mentale Québec
Professeur agrégé en psychiatrie, Université Laval**

Conflits d'intérêt



- Événements Villeneuve :
 - Pfizer, Astra Zeneca

- Suzane Renaud :

- Participation au groupe financé par Astra Zeneca

Objectifs pédagogiques



- ▶ Comprendre les concepts théoriques élargis qui seront pertinents pour utiliser le DSM-5
- ▶ Expliquer le concept de dimension qui aide à organiser les tableaux cliniques, la phénoménologie
- ▶ Expliquer la continuité dimensionnelle de la psychopathologie
- ▶ Présenter un modèle de planification de traitement

Qu'est ce qu'une dimension ?



- ▶ A= Niveau hiérarchique dans la classification des psychopathologies
- ▶ B= Identification de la nature d'un dysfonctionnement, d'une maladie par ses symptômes
- ▶ C= Mesure de chacune des qualités ou caractéristiques nécessaires à l'évaluation d'un tableau clinique
- ▶ D= trouble subjectif qui indique une maladie
- ▶ E= signe, symptôme ou trouble appartenant à une maladie

Quelle est la meilleure façon de diagnostiquer un trouble de personnalité ?



- ▶ 1- Selon le niveau de fonctionnement
- ▶ 2- Selon l'antipathie générée dans le contre-transfert
- ▶ 3- Selon des critères catégoriques
- ▶ 4- Selon la sévérité des symptômes
- ▶ 5- Avec une grille de dimensions déterminée par un test psychométrique

DSM-5 idéal



- ▶ Cliniciens et chercheurs désirent une nomenclature diagnostique valide sur le plan scientifique et utile sur le plan clinique.
- ▶ Révision des principes pour le DSM-5:
- ▶ Utiliser des critères validant l'entité diagnostique
- ▶ Selon l'évidence scientifique disponible
- ▶ Optimiser son utilité clinique
- ▶ Nécessité d'une hiérarchie des diagnostics ou autres façons de résoudre la problématique des comorbidités

APA statements on current situation



- ▶ *“Many patients present symptomatic features that overlap with DSM or ICD diagnostic criteria or do not fully meet them”.*
- ▶ *“Many symptoms assigned to a single disorder may occur, at varying levels of severity, in many other disorders”.*
- ▶ *“Multiple diagnoses aimed at describing what they are suffering from are issued”.*

Other APA statements



- ▶ *“Clinicians face conceptual challenges in understanding the symptoms observed in their patients as the complex presentation does not fit into the actual diagnostic nomenclature”*.
- ▶ *“The boundaries between many disorder “categories” are more fluid over the life course than was previously understood”*.

Positions du DSM-5



- ▶ Orientation vers l'usage de mesures dimensionnelles pour évaluer la sévérité et désaggréger les symptômes qui se présentent dans plusieurs troubles
- ▶ Hiérarchie et évolution des symptômes et pathologies
 - ex: *disruptive mood dysregulation disorder*
 - pour enfants plutôt que trouble bipolaire
- ▶ Intégration des données en regroupant des grappes de troubles qui partagent des substrats génétiques et neurobiologiques communs

Positions du DSM-5



- ▶ Différents parcours analytiques des psychopathologies possibles via :
- ▶ gènes, molécules, cellules, circuits neurologiques, physiologiques, comportements, témoignages
- ▶ En lien avec différentes observations et hypothèses.
- ▶ *“Genetic and physiologic risk factors, prognostic indicators and some putative biologic markers are highlighted in the text”*.

Réalité du DSM-5



- ▶ Nécessité de mieux comprendre les neuro-circuits qui supportent les symptômes ou comportements observés.
- ▶ Champ de recherche à ses débuts qui pourra éventuellement expliquer les neurocircuits impliqués dans la production de symptômes ou dimensions cliniques même si leur étiologie varie.
- ▶ Dimensions représentant phénotypes ou endophénotypes sont une première solution.

Identification d'un génotype selon Siever, 2005



- ▶ Catégorie diagnostique
- ▶ Dimension/trait
- ▶ Mesure auto-rapportée / entrevue clinique
- ▶ Performance à tâche comportementale en labo
- ▶ Performance à tâche cognitive
- ▶ Performance à tâche psychophysiologique
- ▶ Imagerie structurelle et/ou fonctionnelle
- ▶ Neurochimie, cytoarchitecture cérébrale, expression mRNA post mortem
- ▶ Génotype

TABLE 1. Phenomenologically Corresponding Axis I and Axis II Disorders, Potential Biological Indexes, and Characteristic Traits (Core Vulnerabilities), Defenses, and Coping Strategies of Dimensions of Personality Disorders

Dimension	Axis I Disorder	Axis II Disorder	Biological Indexes	Characteristic Traits	Defenses and Coping Strategies
Cognitive/perceptual organization	Schizophrenia	Odd cluster (schizotypal personality disorder)	Eye movement dysfunction, ^a continuous performance task, backward masking test, ^a plasma HVA, ^a CSF HVA, ^a evoked potential response, VBR	Disorganization, psychotic-like symptoms	Social isolation, detachment, guardedness
Impulsivity/aggression	Impulse disorders	Dramatic cluster (borderline and antisocial personality disorders)	CSF 5-HIAA, ^a responses to serotonergic challenge, galvanic skin response, ^a continuous performance task	Readiness to action, irritability/aggression	Externalization, dissociation, enactment, repression
Affective instability	Major affective disorders	Dramatic cluster (borderline and possibly histrionic personality disorders)	REM latency, responses to cholinergic challenges, ^a responses to catecholaminergic challenges ^a	Environmentally responsive, transient affective shifts	Exaggerated affectivity, "manipulativeness," "splitting"
Anxiety/inhibition	Anxiety disorders	Anxious cluster (avoidant personality disorder)	Heart rate variability, ^a orienting responses, responses to lactate and yohimbine	Autonomic arousal, fearfulness, inhibition	Avoidant, compulsive, and dependent behaviors

^a Preliminary data are available in patients with personality disorder.

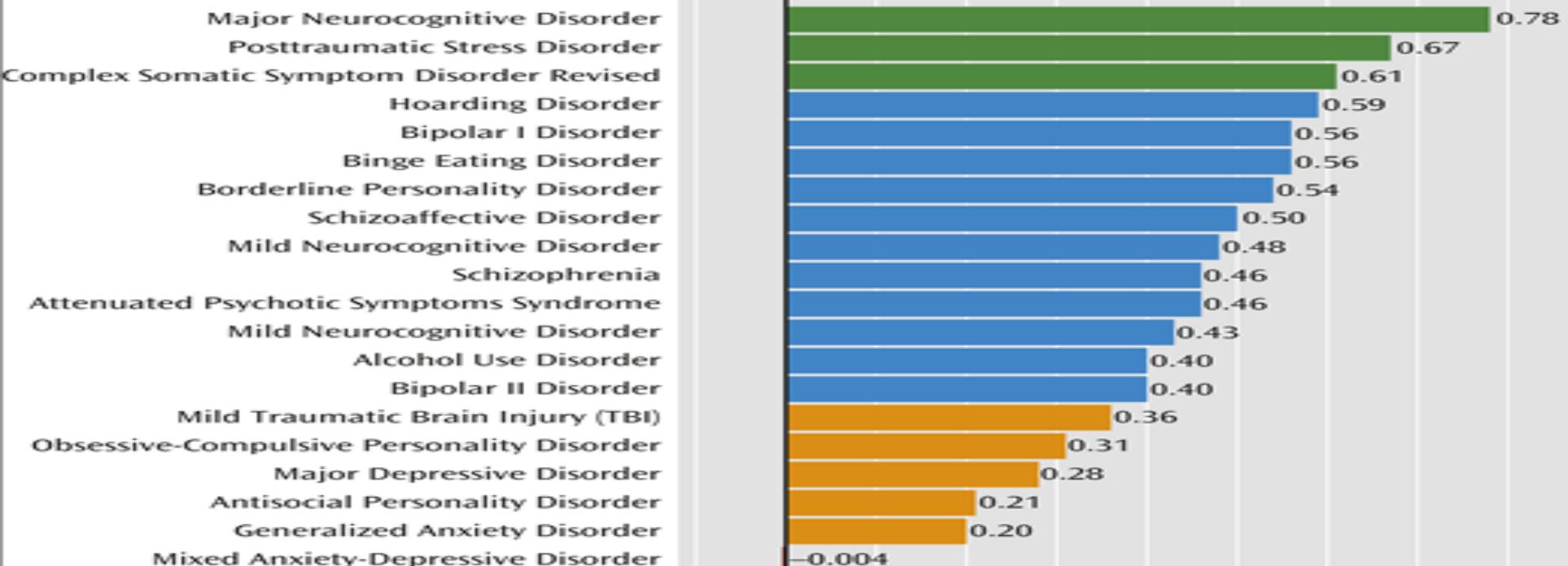
Chapitres du DSM-5 chez adulte



- ▶ Spectrum schizophrénique
- ▶ Troubles bipolaires
- ▶ Troubles dépressifs
- ▶ Troubles anxieux
- ▶ Troubles obsessionnels - compulsifs et autres
- ▶ Troubles de stress et reliés aux traumatismes
- ▶ Troubles dissociatifs
- ▶ Symptômes somatiques et autres
- ▶ Troubles de l'alimentation
- ▶ Troubles de l'élimination
- ▶ Troubles du sommeil et de l'éveil
- ▶ Troubles de respiration reliés au sommeil
- ▶ Parasomnies
- ▶ Dysfonctions sexuelles
- ▶ Dysphorie de genre
- ▶ Troubles de conduite, du contrôle de l'impulsion et disruptifs
- ▶ Troubles d'addiction aux substances et Alcoolisme
- ▶ Troubles neurocognitifs
- ▶ Troubles de la personnalité
- ▶ Paraphilies
- ▶ Autres troubles mentaux

Adult Diagnoses

Kappa: -0.10 0.00 0.10 0.20 0.30 0.40 0.50 0.60 0.70 0.80



Child Diagnoses

Kappa: -0.10 0.00 0.10 0.20 0.30 0.40 0.50 0.60 0.70 0.80



Définition d'une Dimension



Mesure de chacune des qualités ou caractéristiques nécessaires à l'évaluation d'un tableau clinique

Offre continuité du normal au pathologique, mesure bipolaire de la dimension

- Ex.: Rapport à autrui
 - naïveté, confiance, méfiance, paranoïa
- Ex.: Dépression:
 - troubles de la cognition, de l'humeur, du comportement (retrait social), des relations interpersonnelles

DSM-5 Dimensional Cross-Cutting Symptom Assessment for Adult Patients



- ▶ *Dépression*
- ▶ *Colère*
- ▶ *Manie*
- ▶ *Anxiété*
- ▶ *Détresse somatique*
- ▶ *Suicide*
- ▶ *Psychose*
- ▶ *Troubles du sommeil*
- ▶ *Troubles mnésiques*
- ▶ *Pensées et comportements répétitifs*
- ▶ *Dissociation*
- ▶ *Personnalité*
- ▶ *Abus d'alcool et de drogues*

Décortiquer la clinique en dimensions



Analyse stats → Meilleure recherche

- Détermination du seuil clinique: symptôme → traitement ?
- En réalité, il faut aussi considérer la perte de fonctionnement

Temporalité et évolution d'une pathologie:

- Trait versus état, rémission vs séquelles
- Prédicative de conséquences cliniques:
- Anxiété avec ou sans impulsivité ou pas: risque suicidaire
- Dépression avec ou sans anxiété: indication de certains RX

Trouble du spectre bipolaire

New specifiers/dimensions



- ▶ Activité accrue avec humeur euphorique ou irritable pour augmenter la validité du critère de manie/hypomanie
- ▶ Diagnostic accru et précoce de patients déprimés dans spectre des troubles bipolaires
- ▶ BP-1 = taux accru de tentatives suicidaires
- ▶ Anxious distress “specifier”
- ▶ BP-2 = plus de troubles anxieux, TAG et phobies que dans la dépression
- ▶ BP-1 et BP-2 = taux plus élevés de phobie sociale, abus de substance, TOC, tentatives suicidaires et THADA que dans la dépression

Angst, read Kupfer et al, 2011

Définitions de l'impulsivité



- ▶ Construit complexe à multiples facettes qui inclut des composantes cognitives, des dimensions de personnalité / motivationnelles
- ▶ Traits et comportements incluent 3 sous-dimensions :
 - Prise de risques,
 - Recherche de stimulation et sensations,
 - Désinhibition comportementale

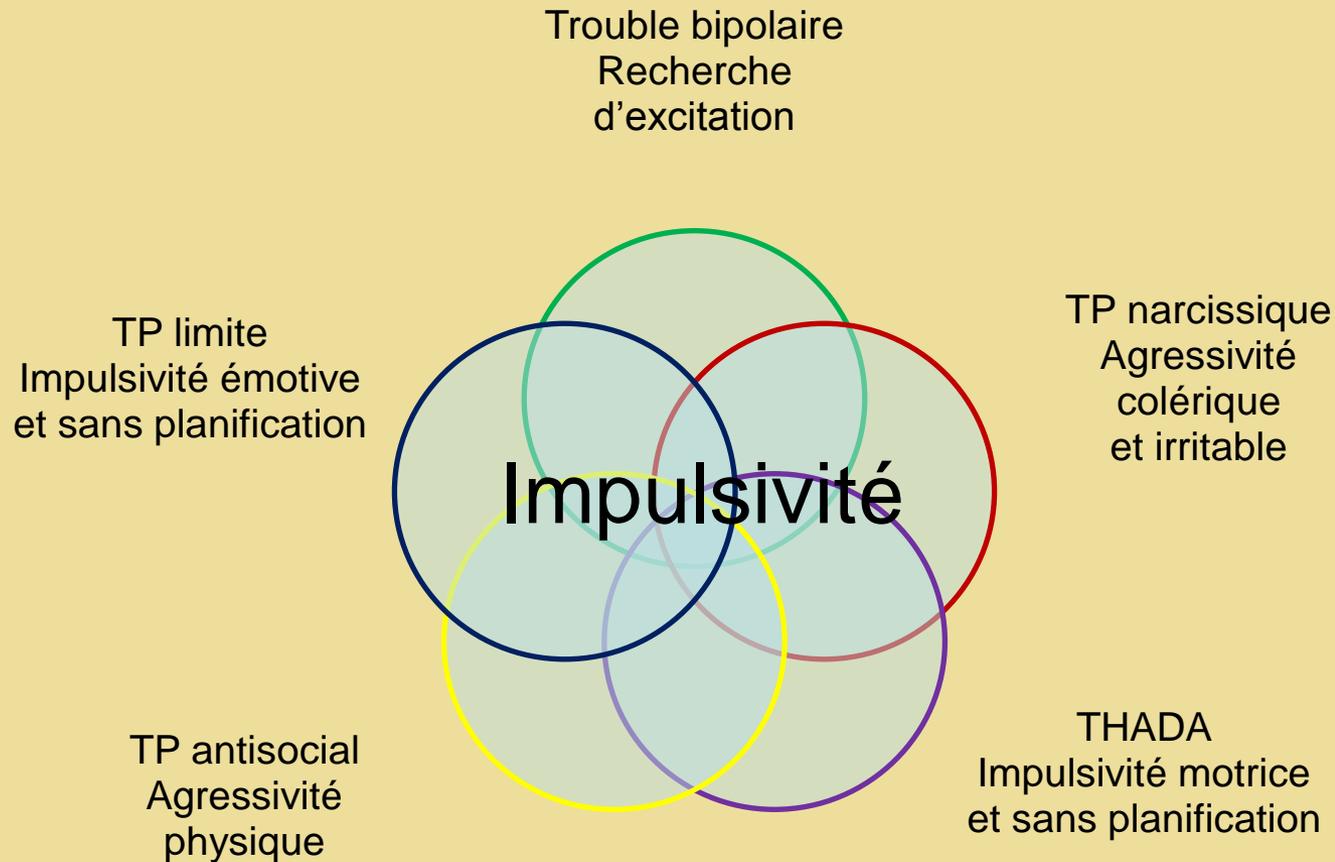
Holmes, Bearden et al., 2009

Impulsivité présente chez plusieurs psychopathologies



- ▶ Troubles dépressifs
- ▶ Troubles du spectre bipolaire
- ▶ THADA
- ▶ Abus de substance
- ▶ Troubles alimentaires, type boulimique
- ▶ Trouble explosif intermittent
- ▶ Troubles de personnalité du groupe B:
 - limite, antisocial, mais aussi d'autres

Variations de l'impulsivité



Impulsivité



Domaine neurocognitif	Définition	Tâche	Système neuronal	Neurochimie
moteur	Désinhibition motrice prépotente	signal Stop	RIFC Connections sous-corticales	NE
décisionnel	Difficulté à retarder gratification (petites récompenses tout de suite)	Test de gager	OFC et Connections sous-corticales	Sérotonine corticale et circuit sous-cortical dopamine et sérotonine
réflectif	Information insuffisante avant de faire un choix	Tâche de réflexion	inconnu	inconnu

Biologie de l'impulsivité



- ▶ Deux circuits:
 - dopamine mésolimbique et sérotoninergique

- ▶ 1- Réactivité du système sympathique mesurée via le PEP (période pré-ejection cardiaque) montre la sensibilité de récompense aux incitatifs

- ▶ 2- Niveau périphérique de sérotonine (plus possible dans impulsivité TPL)

Impulsivité

Trouble bipolaire et TPL



- ▶ Des pensées rapides, étrangères qui ressemblent à de l'impulsivité sont ressenties chez patients hypomanes, mais avec une dimension plus plaisante que pour les TPL dans des défis intellectuels.

Patton et al., 1995

- ▶ Actions impulsives chez 62% autant chez TPL que trouble bipolaire.

- ▶ Trait confondant entre hypomanes et TPL

Benazzi, 2008

- ▶ Anxiété reliée à impulsivité chez bipolaires.

Taylor et al, 2008

Impulsivité et Trouble de personnalité



- ▶ TPL ont plus d'impulsivité et d'hostilité
 - par manque de planification et défaut d'inhibition de la réponse
 - Peu importe l'axe I
 - Virkunen 1996, Pattison et Kahan, 1983, New et al, 1999, Henry et al, 2001)
 - Plus que les patients avec trouble bipolaire
 - Henry et al.,2001; Fossati et al.,2003; Wilson et al, 2007
 - En lien avec instabilité affective Herpertz et al, 1997, Links, 1999; Najt et al., 2006
- ▶ Relations interpersonnelles instables, colère inappropriée, et acting out, Koenisberg et al, 2001
- ▶ Moins bon pronostic, Links et al, 1999

Impulsivité et Trouble bipolaire



- Trouble bipolaire associé avec atteinte d'attention et inhibition de la réponse, dans toutes les phases du trouble, plus marquée en manie ou hypomanie
- Najt et al., 2006, Wilson, Stanley et al., 2007, Peluso et al, 2007, Swann et al, 2008
- en lien avec abus de substance, tentatives de suicide, épisodes antérieurs et TP
- **alors indice de sévérité**
- En lien avec instabilité affective

DSM 5

Principes de base



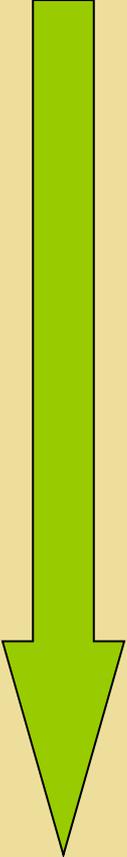
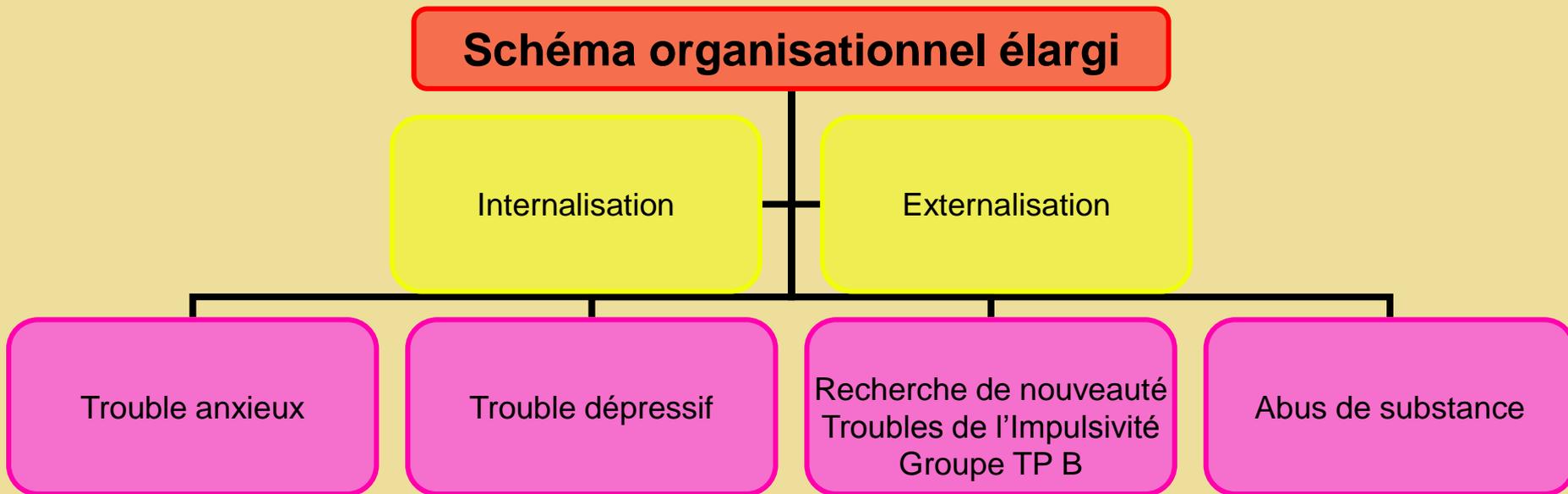
- 
- ▶ Hiérarchie naturelle des niveaux de comportement de haut niveau à bas niveau:
 - ▶ **Schéma organisationnel élargi**
 - Internalisation vs Externalisation
 - ▶ **5-7 dimensions (haut niveau)**
(Névrotisme, Extraversion, Psychotisme, Conscience, etc)
 - ▶ **2-8 traits de personnalité (bas niveau)**
 - Critères comportementaux

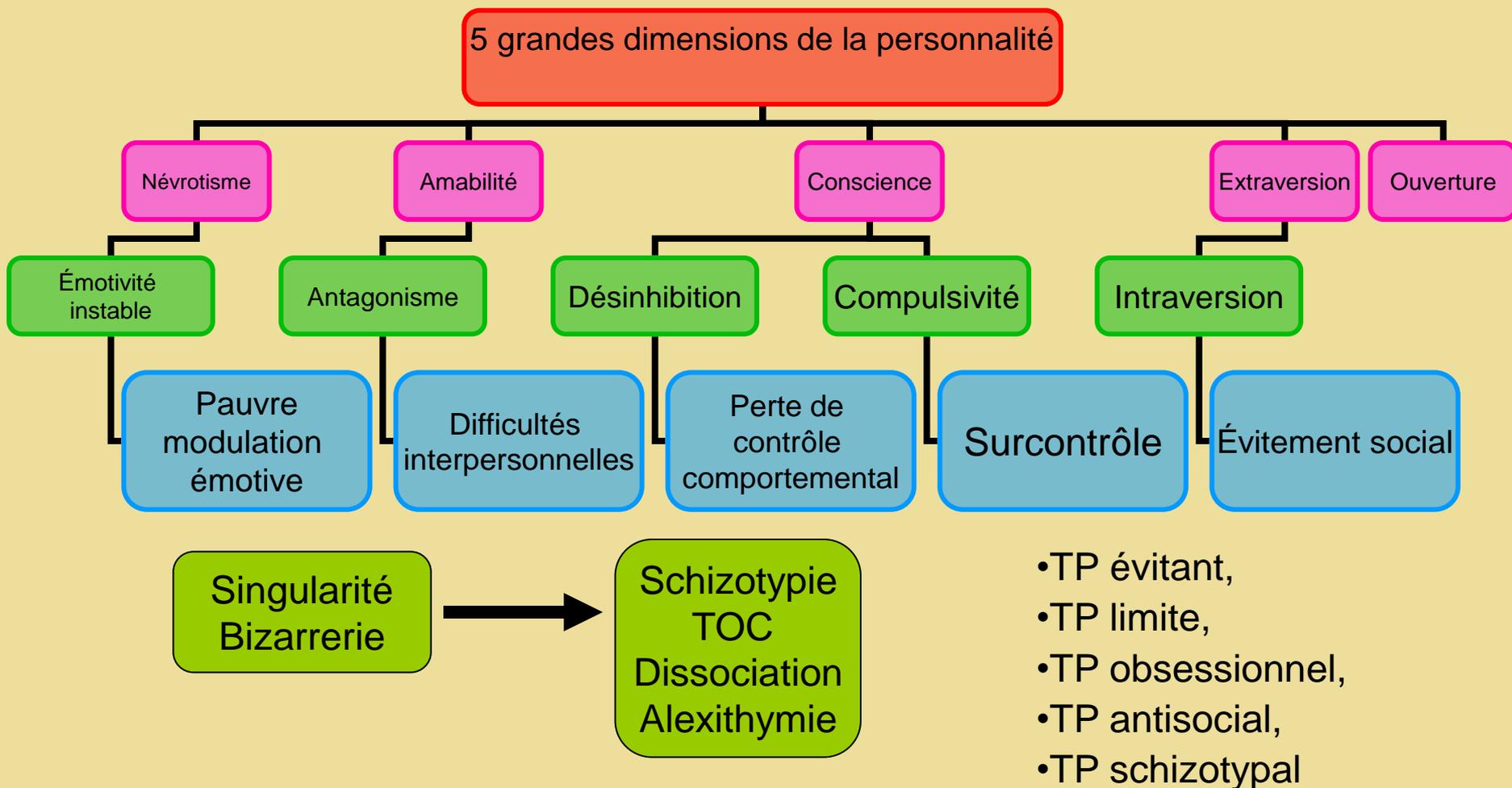
Schéma organisationnel élargi



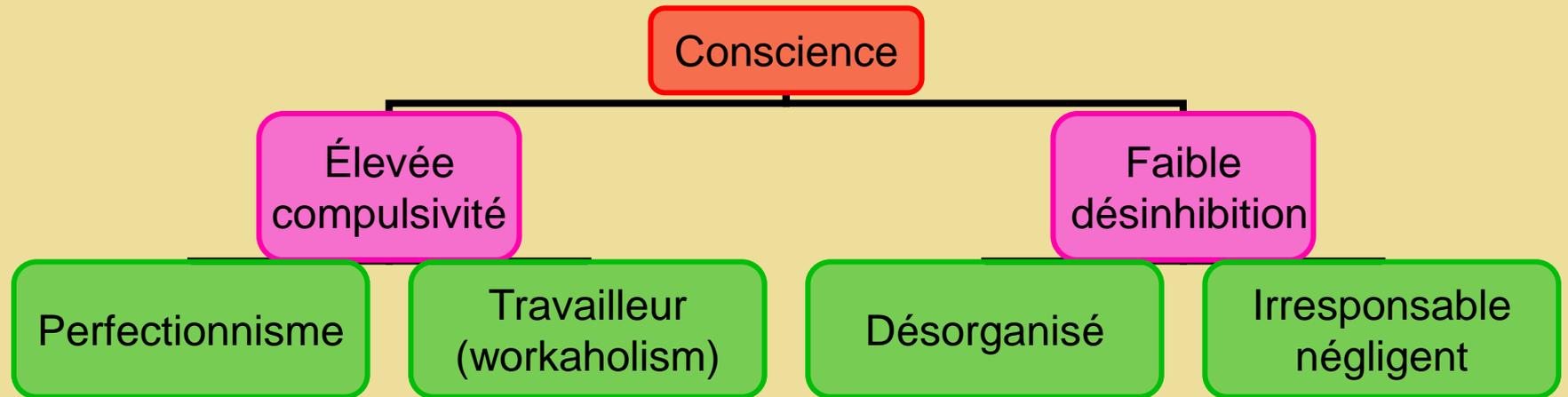
S'applique autant aux enfants qu'aux adultes

Widiger et Mullins-Sweat, 2009

5 dimensions (haut niveau), exemple NEO-PI



2-8 traits de personnalité (bas niveau)



Trouble de personnalité
obsessionnelle

Trouble de personnalité
antisociale,
Impulsivité,
difficultés occupationnelles

DSM-IV

Trouble de la personnalité



- ▶ 10 catégories diagnostiques + N.S.
 - Les patients « types » sont rares.
 - Recours à combinaisons (ex : limite + narcissique + antisocial)
 - TP, non-spécifié...
- ▶ Critères généraux + 79 critères
 - Seuls les R5 les connaissent tous...
- ▶ Pas de « sévérité »
 - Recours à « léger, modéré, sévère, haut-niveau, malin, psychopathe »...
- ▶ Peu utile pour orienter le traitement...

DSM 5



▶ OÙ s'en va-t-on ?

Dimensions et Personnalité



- ▶ “Si un système dimensionnel de la personnalité fonctionne bien et est accepté par les cliniciens, il serait alors peut-être approprié d’explorer l’approche dimensionnelle pour les autres domaines...”

Rounsaville & al, 2002,
Nomenclature work group
for DSM-5 research planning

DSM-5 sur les TP



- ▶ *While the categorical listing of personality disorders in DSM-5 remains virtually unchanged from the previous edition,*
- ▶ *Section 3 also contains a “hybrid” model incorporating dimensional measures to guide future research.*

DSM-5 (TP)

Bientôt à l'affiche : mai 2013



▶ 6 (10) catégories

- Schizotypique, Limite, Narcissique, Antisocial, Évitant, OC
- *R.I.P.* = *Schizoïde, Paranoïaque, Histrionique, Dépendant, N.S.*

▶ Critère « A »

- Redéfinit l'atteinte fonctionnelle a/n soi + interpersonnel
- Définit « normalité »

▶ Critère « B »

- Modèle hybride dimensionnel-catégoriel
- 5 domaines, 25 traits

▶ Échelles de sévérité intégrées (critères A et B)

▶ PDTS « Personality Disorder Trait Specified »

Critères généraux



► Les *caractéristiques essentielles* d'un TP : Critères A et B

- A. Atteinte fonctionnelle significative a/n du *self(soi)* (identité ou autodétermination) et *interpersonnel* (empathie ou intimité).
- B. ≥ 1 domaine(s) ou facette(s) de traits de personnalité pathologique.
- C. *Relativement stables dans le temps et dans diverses situations.*
- D. *Pas mieux expliquées par stade de développement ou environnement socio-culturel.*
- E. *r/o SUD/GMC*

Critère A



► Justification :

- www.DSM5.org

► Utilité clinique :

- Déterminer la présence et la sévérité du T.P. ;
- Infos sur potentiel d'alliance thérapeutique ;
- Planifier le traitement ;
- Étude ou suivi de l'efficacité thérapeutique ;
- En accord avec plusieurs approches théoriques.

Critère A : « Self » (soi)



► Identité :

- Expérience d'un soi unique, avec barrières claires entre soi et les autres ;
- Stabilité de l'estime de soi et justesse de l'évaluation de soi ;
- Capacité et habileté à réguler un éventail d'expériences émotionnelles.

► Autodétermination :

- Poursuite d'objectifs de vie cohérents et constructifs ;
- Utilisation de standards internes de comportements pro-sociaux et constructifs
- Capacité de refléter sur soi

Critère A : « Interpersonnel »



► Empathie :

- Compréhension et appréciation juste des motivations/expériences des autres ;
- Tolérance aux perspectives divergentes ;
- Compréhension des effets de ses comportements sur les autres.

► Intimité :

- Profondeur et durée des liens positifs avec les autres ;
- Désir et capacité d'intimité ;
- Respect mutuel reflété dans les comportements interpersonnels

Critère A

Sévérité 0 à 4



	Self		Interpersonnel	
Niv	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
0	<ul style="list-style-type: none"> -Conscience continuelle d'un soi unique ; maintien frontières appropriées. -Estime de soi positive et juste évaluation de soi. -Capable d'expérimenter, tolérer et réguler un éventail émotionnel complet. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se fixe et aspire à des objectifs raisonnables basés sur évaluation réaliste des capacités personnelles. -Utilisation de standards de comportements appropriés ; épanouissement dans multiples domaines. -Capacité de refléter sur expérience interne et en faire un sens constructif. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capable de comprendre correctement les expériences et motivations des autres dans la plupart des situations. -Comprend et prend en considération la perspective des autres, même si en désaccord. -Conscient de l'effet de ses propres actions sur les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> -Maintient de plusieurs relations satisfaisantes et durables dans sa vie personnelle et communautaire. -Désire et s'engage dans des relations chaleureuses, intimes et réciproques. -Recherche collaboration et bénéfices mutuels ; réponse flexible à un éventail d'idées, émotions et comportements d'autrui.

Critère B

5 domaines, 25 traits



1. Négativisme Émotionnel

(expérimente émotions négatives fréquemment et intensément)

- Labilité émotionnelle
- Anxiété
- Insécurité de séparation
- Persévération
- Soumission
- Hostilité
- Tendance dépressive
- Méfiance
- *Restriction des affects**

Critère B

5 domaines, 25 traits



2. Détachement

(retrait des autres et des interactions sociales)

- *Restriction des affects**
- Retrait social
- Anhédonie
- Évitement de l'intimité
- *Tendance dépressive**
- *Méfiance**

Critère B

5 domaines, 25 traits



3. Antagonisme

(engagement dans comportement entraînant conflits avec les autres)

- Manipulation
- Malhonnêteté
- Grandiosité
- Recherche d'attention
- Insensibilité
- *Hostilité**

Critère B (5 domaines, 25 traits)



4. Désinhibition

(engagement dans comportements impulsifs, sans égards aux conséquences potentielles ; compulsion = à l'opposée du pôle)

- Irresponsabilité
- Impulsivité
- Distractibilité
- Prise de risques
- Perfectionnisme rigide

Critère B (5 domaines, 25 traits)



5. Psychoticisme

(expériences bizarres ou inhabituelles)

- Expériences et croyances inhabituelles
- Excentricité
- Dérégulation cognitive et perceptuelle

Ex : TPL - critère A



- A. Atteinte fonctionnelle significative de la personnalité, tel que manifesté par 1 et 2 :
 1. Dysfonctionnement du *self* (a ou b)
 - a. **Identité** : Image de soi pauvre, peu développée et instable, souvent associée à autodévalorisation excessive ; Sentiment chronique de vide ; États dissociatifs sous stress.
 - b. **Autodétermination** : Instabilité a/n des objectifs de vie, aspirations, valeurs et plans de carrières.
 2. Dysfonctionnement *interpersonnel* (a ou b)
 - a. **Empathie** : Capacité limitée à reconnaître les émotions/besoins des autres, associée à hypersensibilité interpersonnelle (ex : se sent facilement attaqué ou insulté) ; Perception des autres biaisée vers vulnérabilités et attributs négatifs.
 - b. **Intimité** : Relations intenses, instables et conflictuelles, marquées par le manque de confiance, le besoin et préoccupations avec abandon réel ou imaginaire ; les relations intimes souvent aux extrêmes d'idéalisation/dévalorisation avec alternance entre surinvestissement et retrait.

Ex : TPL - critère B



B. Traits pathologiques dans les domaines suivants :

1. *Néglativisme émotionnel*, caractérisé par :

- Labilité émotionnelle
- Anxiété
- Insécurité de séparation
- Tendance dépressive

2. *Désinhibition*, caractérisée par :

- Impulsivité
- Prise de risques

3. *Antagonisme*, caractérisé par :

- Hostilité

Ontogénèse du trouble de la personnalité



- ▶ **De 2010- 2020 : D'un paradigme de psychothérapie vers un paradigme de traitements et stratégies intégrés**
 - **Traitements séquentiels et intégrés**
 - **Expansion du champ de la traitabilité**
 - **Intégration de diverses stratégies et modalités**
 - **Travail en collaboration**
 - **Et quoi d'autre ?**
 - **Accentuation du dépistage et du traitement précoce, sûrement.**
 - **Marqueurs biologiques !!!**

DSM 5



▶ OÙ s'en va-t-on ?

Dimensions et Personnalité



- ▶ “Si un système dimensionnel de la personnalité fonctionne bien et est accepté par les cliniciens, il serait alors peut-être approprié d’explorer l’approche dimensionnelle pour les autres domaines...”

Rounsaville & al, 2002,
Nomenclature work group
for DSM-5 research planning

DSM-5 sur les TP



- ▶ *While the categorical listing of personality disorders in DSM-5 remains virtually unchanged from the previous edition,*
- ▶ *Section 3 also contains a “hybrid” model incorporating dimensional measures to guide future research.*

DSM-5 (TP)

Bientôt à l'affiche : mai 2013



▶ 6 (10) catégories

- Schizotypique, Limite, Narcissique, Antisocial, Évitant, OC
- *R.I.P.* = *Schizoïde, Paranoïaque, Histrionique, Dépendant, N.S.*

▶ Critère « A »

- Redéfinit l'atteinte fonctionnelle a/n soi + interpersonnel
- Définit « normalité »

▶ Critère « B »

- Modèle hybride dimensionnel-catégoriel
- 25 traits, 5 domaines

▶ Échelles de sévérité intégrées (critères A et B)

▶ PDTS « Personality Disorder Trait Specified »

Critères généraux



► Les *caractéristiques essentielles* d'un TP : Critères A et B

- A. Atteinte fonctionnelle significative a/n du *self(soi)* (identité ou autodétermination) et *interpersonnel* (empathie ou intimité).
- B. ≥ 1 domaine(s) ou facette(s) de traits de personnalité pathologique.
- C. *Relativement stables dans le temps et dans diverses situations.*
- D. *Pas mieux expliquées par stade de développement ou environnement socio-culturel.*
- E. *r/o SUD/GMC*

Critère A



► Justification :

- www.DSM5.org

► Utilité clinique :

- Déterminer la présence et la sévérité du T.P. ;
- Infos sur potentiel d'alliance thérapeutique ;
- Planifier le traitement ;
- Étude ou suivi de l'efficacité thérapeutique ;
- En accord avec plusieurs approches théoriques.

Critère A : « Self » (soi)



► Identité :

- Expérience d'un soi unique, avec barrières claires entre soi et les autres ;
- Stabilité de l'estime de soi et justesse de l'évaluation de soi ;
- Capacité et habileté à réguler un éventail d'expériences émotionnelles.

► Autodétermination :

- Poursuite d'objectifs de vie cohérents et constructifs ;
- Utilisation de standards internes de comportements pro-sociaux et constructifs
- Capacité de refléter sur soi

Critère A : « Interpersonnel »



► Empathie :

- Compréhension et appréciation juste des motivations/expériences des autres ;
- Tolérance aux perspectives divergentes ;
- Compréhension des effets de ses comportements sur les autres.

► Intimité :

- Profondeur et durée des liens positifs avec les autres ;
- Désire et capacité d'intimité ;
- Respect mutuel reflété dans les comportements interpersonnels

Critère A

Sévérité 0 à 4



	Self		Interpersonnel	
Niv	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
0	<ul style="list-style-type: none"> -Conscience continuelle d'un soi unique ; maintien frontières appropriées. -Estime de soi positive et juste évaluation de soi. -Capable d'expérimenter, tolérer et réguler un éventail émotionnel complet. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se fixe et aspire à des objectifs raisonnables basés sur évaluation réaliste des capacités personnelles. -Utilisation de standards de comportements appropriés ; épanouissement dans multiples domaines. -Capacité de refléter sur expérience interne et en faire un sens constructif. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capable de comprendre correctement les expériences et motivations des autres dans la plupart des situations. -Comprend et prend en considération la perspective des autres, même si en désaccord. -Conscient de l'effet de ses propres actions sur les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> -Maintient de plusieurs relations satisfaisantes et durables dans sa vie personnelle et communautaire. -Désire et s'engage dans des relations chaleureuses, intimes et réciproques. -Recherche collaboration et bénéfices mutuels ; réponse flexible à un éventail d'idées, émotions et comportements d'autrui.

Critère B

5 domaines, 25 traits



1. Négativisme Émotionnel

(expérimente émotions négatives fréquemment et intensément)

- Labilité émotionnelle
- Anxiété
- Insécurité de séparation
- Persévérance
- Soumission
- Hostilité
- Tendance dépressive
- Méfiance
- *Restriction des affects**

Critère B

5 domaines, 25 traits



2. Détachement

(retrait des autres et des interactions sociales)

- *Restriction des affects**
- Retrait social
- Anhédonie
- Évitement de l'intimité
- *Tendance dépressive**
- *Méfiance**

Critère B

5 domaines, 25 traits



3. Antagonisme

engagement dans comportement entraînant conflits avec les autres

- Manipulation
- Malhonnêteté
- Grandiosité
- Recherche d'attention
- Insensibilité
- *Hostilité**

Critère B (5 domaines, 25 traits)



4. Désinhibition (*engagement dans comportements impulsifs, sans égards aux conséquences potentielles ; compulsion = à l'opposée du pôle*)

- Irresponsabilité
- Impulsivité
- Distractibilité
- Prise de risques
- Perfectionnisme rigide

Critère B (5 domaines, 25 traits)



5. Psychoticisme (*expériences bizarres ou inhabituelles*)

- Expériences et croyances inhabituelles
- Excentricité
- Dérégulation cognitive et perceptuelle

Ex : TPL - critère A



- A. Atteinte fonctionnelle significative de la personnalité, tel que manifesté par 1 et 2 :
 1. Dysfonctionnement du *self* (a ou b)
 - a. *Identité* : Image de soi pauvre, peu développée et instable, souvent associée à autodévalorisation excessive ; Sentiment chronique de vide ; États dissociatifs sous stress.
 - b. *Autodétermination* : Instabilité a/n des objectifs de vie, aspirations, valeurs et plans de carrières.
 2. Dysfonctionnement *interpersonnel* (a ou b)
 - a. *Empathie* : Capacité limitée à reconnaître les émotions/besoins des autres, associé à hypersensibilité interpersonnelle (ex : se sent facilement attaqué ou insulté) ; Perception des autres biaisé vers vulnérabilités et attributs négatifs.
 - b. *Intimité* : Relations intenses, instables et conflictuelles, marquées par le manque de confiance, le besoin et préoccupations avec abandon réel ou imaginaire ; Les relations intimes souvent aux extrêmes d'idéalisation/dévalorisation avec alternance entre surinvestissement et retrait.

Ex : TPL - critère B



B. Traits pathologiques dans les domaines suivants :

1. *Néglativisme émotionnel*, caractérisé par :

- Labilité émotionnelle
- Anxiété
- Insécurité de séparation
- Tendance dépressive

2. *Désinhibition*, caractérisée par :

- Impulsivité
- Prise de risques

3. *Antagonisme*, caractérisé par :

- Hostilité

Ontogénèse du trouble de la personnalité



- ▶ De 2010- 2020 : D'un paradigme de psychothérapie vers un paradigme de traitements et stratégies intégrés
 - Traitements séquentiels et intégrés
 - Expansion du champ de la traitabilité
 - Intégration de diverses stratégies et modalités
 - Travail en collaboration
 - Et quoi d'autre ?
 - Accentuation du dépistage et du traitement précoce, sûrement.
 - Marqueurs biologiques !!!

Les Traitements



▶ Où l'on est ?

Approches de traitement



- ▶ La plupart des thérapies sont efficaces
 - Pas d'évidence de la supériorité d'une approche
- ▶ Traitements évalués
 - Changements significatifs
 - Comportent des interventions efficaces
- ▶ Études de suivis:
 - Haut taux d'abandon ($\approx 50\%$) (Cotiaux et coll., 2009, Giesen-Bloo et coll., 2006)
 - Évolution au long cours est limitée
- ▶ Stratégies possibles :
 - Sélectionner une approche vs approche intégrée

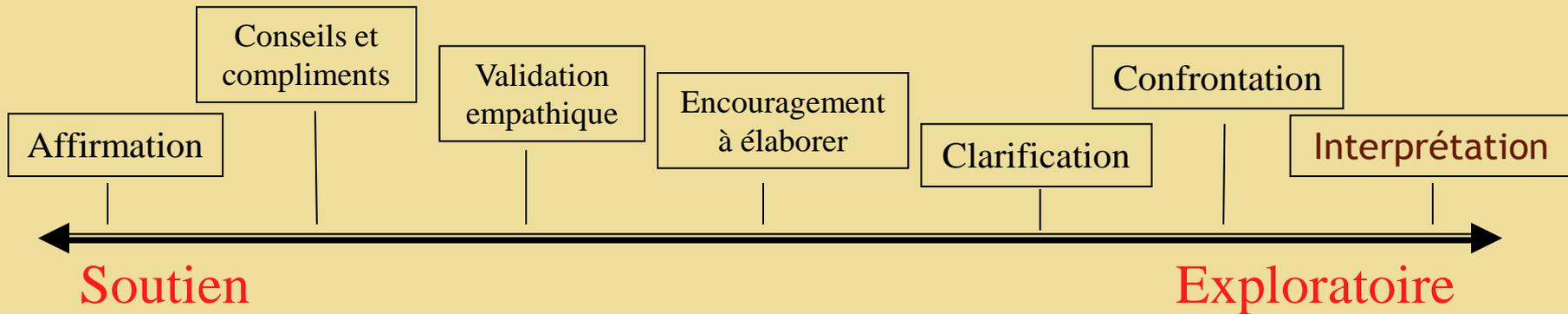
Approches de traitement



- ▶ DBT: Dialectical-Behavioral Therapy: 3 heures/semaine
 - Thérapie cognitive-comportementale de Linehan, 1991
- ▶ MBT: Mentalization-Based Treatment: 4 heures/semaine
 - Traitement psychodynamique de Bateman & Fonagy, 1999 et 2006
- ▶ TFP: Transference-Focused Psychotherapy: 2 heures/sem
 - Psychothérapie psychodynamique de Kernberg, Clarkin & Yeomans, 2002
- ▶ SFT: Schema-Focused Therapy: 2 heures/semaine
 - Thérapie cognitive intégrative de Jeffrey Young, 2006

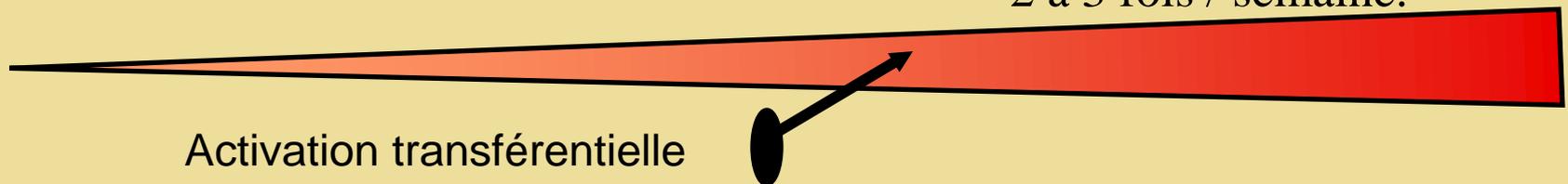
Continuum soutien/expressif

(Gabbard, 1994)

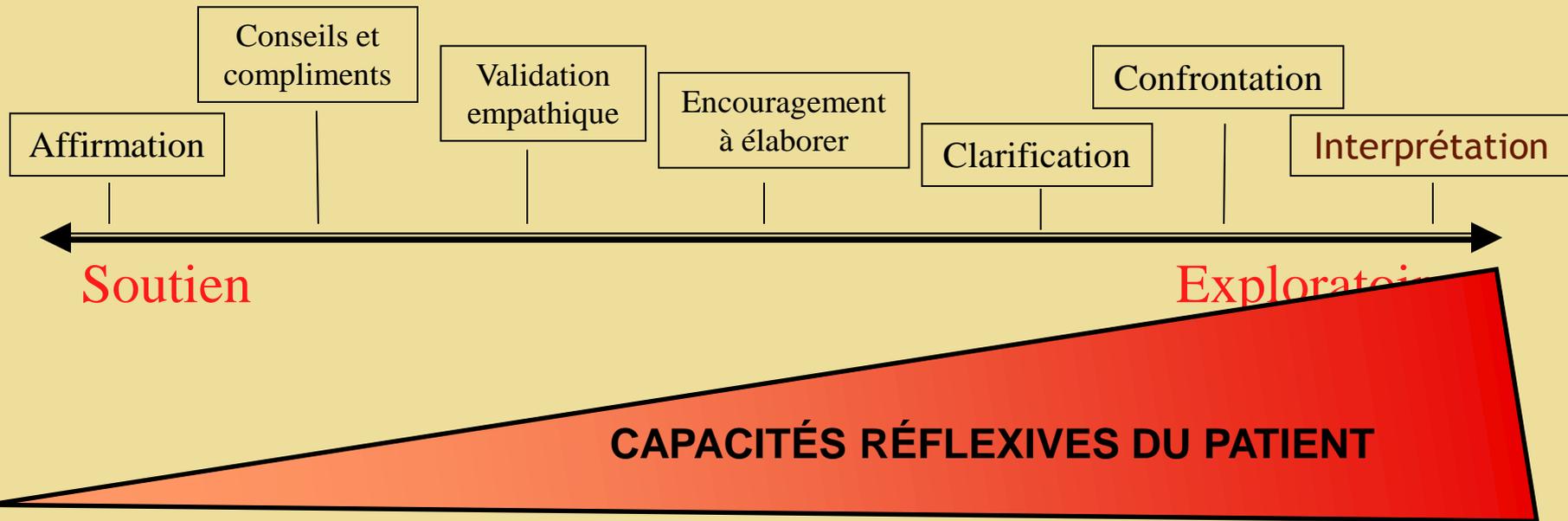


- Thérapeute = Moi auxiliaire
- Résistances = essentielles et adaptatives.
- Transfert non interprété.
- «Sorties» de neutralité.
- 1 fois /sem. ou moins.

- Neutralité technique.
- Résistances = expression de la pathologie.
- Transfert interprété.
- Démarche vers davantage d'intériorité.
- 2 à 3 fois / semaine.



Déterminants dans le choix d'une approche



Autres déterminants:

- Histoire longitudinale
- Âge ex. adolescent
- Motivation ex. borderline
- Temps
- Argent ex. aide sociale
- Lieu de traitement ex. intrahospitalier
- Compétences du professionnel

Principes généraux



- ▶ Mécanismes généraux communs à toute forme de thérapie (Beutler 1991, Livesley 2003, Paris 2005)
- ▶ Facteurs d'efficacité des changements (Castonguay et Beutler 2006)
 - Forte alliance de travail
 - Approche empathique et flexible
 - Attitudes générales des thérapeutes:
 - empathiques, chaleureux, positifs, congruents et authentiques
 - Entente partagée thérapeute / patient sur les buts du traitement
 - Forte collaboration thérapeute / patient vers l'atteinte de ces buts
 - Haut niveau d'activité du thérapeute

Planification d'un traitement



► Informations essentielles

- Structure de la personnalité (dimensions)
- Sévérité
- Comorbidité / concomitance
 - Trouble à l'axe 1
 - Toxicomanie (approche empathique)
- Développement (capacité d'alliance)
- Stabilité
- Compréhension mutuelle (mentalisation)
- Capacités réflexives du patient
- Motivation au changement (Tx long et difficile)

Planification d'un traitement



► Traitabilité (Stone, 2006)

- Dangerosité
- Authenticité
- Empathie
- Comportements non favorables ou mal adaptés
 - Relations pathologiques
 - Activités illégales / sévérité des délits
 - Chronicité des comportements antisociaux
 - Nature du dossier criminel / variétés des délits
 - Mensonge pathologique / manipulation
 - Absence de remords
 - Etc.
- Psychopathie (PCL-R)

► Traitement séquentiel ou intégré

En 2013...



- ▶ Traitements sont davantage intégrés
 - 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} lignes
- ▶ Soins en collaboration
 - TPL davantage traités en 1^{ère} ligne (CSSS et cabinets privés)
 - Aussi TP «4^{ème} ligne»
- ▶ Troubles plus sévères
 - Troubles concomitants : Toxicomanie ≈ 35-45%
 - Dangereuse accrue
 - Troubles comorbides

OPTIMAD-TP

- « Outil de Planification Thérapeutique Intégrant la Motivation, l'Alliance et les Dimensions du DSM-5 »
- L'objectif était de se doter d'un outil pouvant faciliter la transition vers le DSM-5.

OPTIMAD-TP

(Outil de Planification Thérapeutique Intégrant Motivation/Alliance/Dimensions du DSM-5 pour le Trouble de la Personnalité)

Nom : _____
 DN : _____ NAM : _____
 Évaluateur : _____
 Date : _____

CRITÈRE A :
 (Atteinte Fonctionnelle)
 *Voir description au verso

SELF *Sévérité (0 à 4)*

Identité

Autodétermination

INTERPERSONNEL

Empathie

Intimité

ANTAGONISME *Sévérité (0 à 3)*

Manipulation

Malhonnêteté

Grandiosité

Recherche d'attention

Insensibilité

Hostilité

DÉSINHIBITION

Irresponsabilité

Impulsivité

Distractibilité

Prise de risques

Perfectionnisme rigide

CRITÈRE B :
 (Traits et Domaines)

NÉGATIVISME ÉMOTIONNEL

Labilité émotionnelle

Anxiété

Insécurité de séparation

Persévération

Soumission

Hostilité

Tendance dépressive

Méfiance

Restriction des affects

DÉTACHEMENT

Restriction des affects

Retrait social

Anhédonie

Évitement de l'intimité

Tendance dépressive

Méfiance

PSYCTM

Exp/croyances inhabituelles

Excentricité

Troubles cognitifs/perceptuels

DIAGNOSTIC MULTIAXIAL (DSM-5)

Axe I: _____

Axe II: _____

Axe III: _____

Axe IV: _____

Axe V: _____

➤ **MOTIVATION AU CHANGEMENT**
 (Cycle du Changement)

➤ **PERSPECTIVE D'ALLIANCE**

Très difficile

Difficile

Bonne

Très bonne



PLAN D'INTERVENTION

COMPLÉMENT D'ÉVALUATION

2^e avis (spécifier consultant) _____

Évaluation fonctionnelle _____

Neuropsychologie _____

Dangereusité (ex : PCL-R) _____

Investigations biologiques _____

SYMPTÔMES-CIBLES

STRATÉGIES PHARMACOLOGIQUES

STRATÉGIES D'INTERVENTION

Gestion de la dangereusité _____

Cadre et Limites _____

Limiter bénéfices secondaires _____

Mesures comportementales _____

Rôle Productif _____

Contrôle de la toxicomanie _____

Prescripteur, pharmacie désignés _____

Autres _____

PSYCHOTHÉRAPIE

Aucune (ou prématurée) _____

Approche motivationnelle _____

Thérapie de soutien _____

DBT (*dialectique-béaviorale*) _____

MBT (*basée sur la mentalisation*) _____

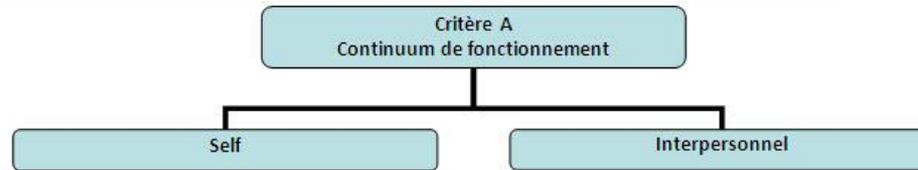
SFT (*basée sur les schémas*) _____

TFP (*basée sur le transfert*) _____

Autres _____

Critère A

Échelles des dimensions



Niv.	Identité	Autodétermination	Empathie	Intimité
0	<ul style="list-style-type: none"> a) Conscience continue d'un soi unique, maintien frontières appropriées. b) Estime de soi positive et juste évaluation de soi. c) Capable d'expérimenter, tolérer et réguler un éventail émotionnel complet. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Se fixe et aspire à des objectifs de vie raisonnables, basés sur évaluation réaliste des capacités personnelles. b) Utilisation de standards personnels de comportements appropriés : épanouissement dans multiples domaines. c) Capacité de refléter sur expérience interne et en faire un sens constructif 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capable de comprendre correctement les expériences et motivations des autres dans la plupart des situations. b) Comprend et prend en considération la perspective des autres, même si en désaccord. c) Conscient de l'effet de ses propres actions sur les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Maintien de plusieurs relations satisfaisantes et durables dans sa vie personnelle et communautaire. b) Désire et s'engage dans des relations chaleureuses, intimes et réciproques c) Recherche collaboration et bénéfiques mutuels : réponses flexibles à un éventail d'idées, émotions et comportement d'autrui.
1	<ul style="list-style-type: none"> a) Sentiment d'un self relativement intact, avec diminution de la clarté des frontières lors d'émotions fortes et détresse psychologique. b) Estime de soi parfois diminué et appréciation de soi trop critique et quelque peu distordue. c) Les émotions fortes entraînent une détresse : restriction de l'éventail d'expérience émotionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Excès, déficit ou conflits quant aux objectifs de vie. b) Standards personnels Irréalistes ou socialement inappropriés, limitant l'épanouissement de l'individu. c) Capable de refléter sur expérience interne, mais surinvestissement d'un type de connaissance de soi (ex : intellectuel ou émotionnel). 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capacités limitées de reconnaissance et de compréhension du vécu des autres : tendance à attribuer aux autres un désir de contrôle ou des attentes déraisonnables. b) Résistance (quoique capable) à considérer et comprendre différents points de vue. c) Conscience inconstante des effets de ses comportements sur les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capable d'entretenir des relations personnelles et communautaires, mais profondeur et satisfaction limitées. b) Capacité et désir de former des relations réciproques, mais peu expressif et parfois inhibé lors de conflits ou d'émotions intenses. c) Collaboration inhibée par standards irréalistes : capacité limitée de réponse/respect face aux idées, émotions et comportements d'autrui.
2	<ul style="list-style-type: none"> a) Identité dépendant excessivement des autres, avec délimitation des frontières compromise. b) Estime de soi vulnérable par préoccupations exagérées a/n évaluation d'autrui et besoin d'approbation ; sentiment d'incomplétude ou d'infériorité, avec dévaluation/surévaluation compensatoire. c) Régulation émotionnelle dépend du jugement positif d'autrui. Menace à l'estime de soi peut entraîner rage ou honte. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Objectifs de vie = davantage un moyen d'obtenir approbation, par conséquent = manque de cohérence et/ou stabilité. b) Standards personnels déraisonnablement élevés (besoin de plaire ou d'être spécial) ou faibles (en désaccord avec valeurs sociales). Épanouissement compromis par manque d'authenticité. c) Faible capacité à refléter sur expérience interne. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Hyper-attentif à l'expérience de l'autre, mais seulement pour ce qui est perçu comme pertinent pour soi. b) Centration excessive sur soi; capacité à considérer/comprendre le vécu d'autrui et considérer perspectives alternatives très limité. c) Généralement inconscient ou pas préoccupé par effets de ses comportements sur les autres ou appréciation irréaliste. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capacité et désir de former relations personnelles et communautaires, mais largement superficiels. b) Relations intimes basées sur réponse aux besoins personnels et d'estime de soi, avec attentes irréalistes d'être parfaitement compris par les autres. c) Tendance à ne pas voir relations comme réciproques, et collabore avec autrui pour des gains personnels.
3	<ul style="list-style-type: none"> a) Autonomie faible : expérience d'un manque ou d'un vide identitaire. Pauvreté ou rigidité des frontières : identification excessive, indépendance excessive ou oscillation entre les deux. b) Estime de soi fragile, facilement influencée par événements, image de soi manquant de cohérence. Évaluation de soi non-nuancée : <i>autodévalorisation</i>, <i>grandiosité</i> ou combinaison illogique/irréaliste. c) Fluctuation émotionnelle rapide ou sentiment de désespoir chronique. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Difficultés à établir ou atteindre objectifs personnels. b) Standards internes de comportement mal définis ou contradictoires. La vie est expérimentée comme n'ayant pas de sens ou comme étant dangereuse. c) Capacité de refléter sur ses processus mentaux et les comprendre = significativement limitée. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Limitation significative des habiletés à considérer les pensées, émotions et comportements d'autrui : peut discerner aspects très spécifiques de l'expérience des autres, surtout vulnérabilité et souffrance. b) Généralement incapable de considérer perspectives alternatives ; menacé par opinions ou points de vue différents. c) Confusion ou inconscient quant à l'impact de ses comportements sur les autres ; souvent déconcerté par pensées et actions des autres, y attribue des motivations destructrices. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Présence d'un certain désir de former des relations, mais capacité à former des liaisons positives et durables = significativement limitée. b) Forte conviction d'un besoin de l'autre et/ou attentes d'abandon/abus. Alternance entre peur/rejet et désir désespéré d'être en lien. c) Peu de réciprocité : autres conceptualisés principalement en terme de comment ils affectent le self (négativement ou positivement); efforts de collaboration limités par perception d'attaques sur sa personne.
4	<ul style="list-style-type: none"> a) Absence quasi complète d'autonomie et de l'expérience d'un self unique, ou organisé par persécution perçue. Absence/confusion des frontières. b) Image de soi faible ou distordue et facilement menacée par interactions avec les autres : distorsions significatives et confusion quant à l'autoévaluation. c) Émotions non congruentes au contexte ou vécu interne. Haine et agressivité peuvent dominer les affects, quoique parfois niées et attribuées aux autres. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Pauvres différenciations entre pensées-actes limitant sévèrement la capacité à se fixer des objectifs. Buts irréalistes ou incohérents. b) Standards internes de comportements à peu près absents. Épanouissement à peu près inconcevable. c) Incapacité profonde à refléter de façon constructive sur expérience. Motivations personnelles non reconnues ou vécues comme extérieures 	<ul style="list-style-type: none"> a) Incapacité prononcée à considérer et comprendre l'expérience/motivation des autres. b) Absence d'attention portée aux perspectives des autres (<i>hypervigilance</i> avec focus sur <i>need-fulfillment</i> et <i>harm avoidance</i>). c) Confus et désorienté a/n des interactions sociales 	<ul style="list-style-type: none"> a) Désir limité d'être en relation car désintéressé, profond ou s'attend à être blessé. L'engagement est détaché, désorganisé ou constamment négatif. b) Pense les relations presque exclusivement en fonction de leurs capacités à procurer du confort ou à infliger de la douleur. c) Comportement social et interpersonnel non-réciproque, cherchant à remplir besoins de base ou fuir la douleur.



Orage rouge et bleu

Acrylique sur papier

Robert Dionne

Programme d'accompagnement
artistique *Vincent et moi*



INSTITUT UNIVERSITAIRE
EN SANTÉ MENTALE

Centre hospitalier Robert-Giffard