

**Une conception psychologique processuelle et intégrative de
la psychopathologie : la contribution de l'approche cognitive**

Martial Van der Linden
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Université de Genève

Les approches traditionnelles en psychopathologie

- Approches fondées
 - sur des « écoles » (cognitivo-comportementale, systémique / interpersonnelle, psychodynamique, non directive, etc.)
 - privilégiant des modes et mécanismes d'intervention relativement spécifiques
 - dont l'efficacité respective est évaluée, le plus fréquemment, sur des catégories psychopathologiques issues du DSM et dans des études randomisées contrôlées (sur des groupes de « patients »)

Efficacité des psychothérapies: la dépression

- Méta-analyses de Barth et al. (2013) et Cuijpers et al. (2013): thérapie interpersonnelle, activation comportementale, thérapie cognitivo-comportementale, résolution de problèmes, thérapie psychodynamique
 - effets bénéfiques légers à modérés, par rapport au traitement « as usual »,
 - pas de différences importantes d'efficacité entre les thérapies
- Driessen et al. (2013); comparaison entre thérapie psychodynamique courte et thérapie cognitivo-comportementale (16 séances sur 22 semaines)
 - pas de différence d'efficacité
 - seul un nombre limité de personnes bénéficie pleinement de ces psychothérapies (22.7% de rémission et 40% cherchent un nouveau traitement)

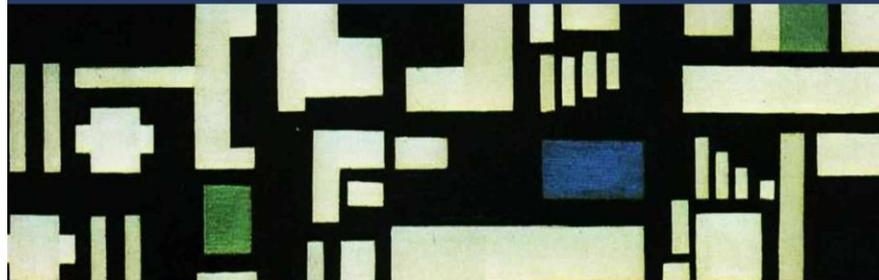
Efficacité des psychothérapies: les troubles de la personnalité

- Livesley, Dimaggio et Clarkin (2016)
 - peu de différences d'efficacité entre différentes thérapies spécialisées : thérapie centrée sur le transfert, thérapie comportementale dialectique, thérapie cognitive, thérapie basée sur la mentalisation, thérapie centrée sur les schémas
 - pas de différences importantes entre ces thérapies et une intervention de soutien ou de bons soins cliniques

A large black left bracket and a large grey right bracket are positioned on the left and right sides of the page, respectively. A horizontal grey line spans across the page, passing through the center of the brackets.

INTEGRATED TREATMENT FOR PERSONALITY DISORDER

A Modular Approach



edited by W. John Livesley,
Giancarlo Dimaggio, and John F. Clarkin

Efficacité des psychothérapies: le TOC

- Foa (2010; voir également Franklin & Foa, 2011)
 - seule une minorité (20%) de personnes profitent pleinement des thérapies cognitivo-comportementales
 - 40% en profitent partiellement
 - 40% des personnes ne sont pas aidées par les traitements TCC

Efficacité des psychothérapies: le TOC

- Foa (2010; voir également Franklin & Foa, 2011)
 - « More work also needs to be done to determine how to best tailor treatment to individual needs. Most studies do not have sufficient power to break down treatment response by OCD subtype such as `washers`, `checkers`, `orderers`, and `hoarders`. (.....). Most OCD sufferers have comorbid disorders, but studies typically exclude participants with substance abuse, psychosis or bipolar disorder; thus we do not know how effective treatments are for comorbid populations ».

Hétérogénéité du TOC

■ TOC

- mécanisme commun au lavage et à la vérification
 - difficulté d'inhiber une réponse dominante (Van der Linden et al., 2002)
- mécanisme spécifique au lavage
 - biais mnésiques pour les stimuli « contaminés » (Ceschi et al., 2003)
- mécanismes spécifiques à la vérification: hétérogénéité de la vérification (Belayachi & Van der Linden, 2017 a et b)
 - croyances dysfonctionnelles (responsabilité, perfectionnisme)
 - sentiment d'incomplétude, problème d'agentivité, problème d'accès au but de l'action

Efficacité de la revalidation cognitive: schizophrénie

- Wykes et al. (2011): méta-analyse sur les effets de la revalidation des déficits cognitifs dans la schizophrénie
 - amélioration du fonctionnement cognitif: taille d'effet petite à modérée
 - amélioration du fonctionnement psychosocial: taille d'effet petite à modérée
 - amélioration sur les symptômes: taille d'effet petite, disparition de l'effet lors de l'évaluation de suivi

Déficits cognitifs /de cognition sociale et statut fonctionnel: schizophrénie

- Fett et al. (2011):
 - Méta-analyse (52 études): relation entre déficits cognitifs, déficits de cognition sociale et statut fonctionnel ((autonomie dans la vie quotidienne, fonctionnement social et professionnel)
 - Résultats:
 - tant les déficits cognitifs que les déficits de cognition sociale sont significativement associés au statut fonctionnel
 - les déficits de cognition sociale contribuent plus que les déficits cognitifs au statut fonctionnel
 - 75% de la variance dans le statut fonctionnel ne sont pas expliqués

La revalidation cognitive dans la schizophrénie: un changement
d'approche

Journal of Psychotherapy Integration

© 2013 American Psychological Association
1053-0479/13/\$12.00 DOI: 10.1037/a0032358

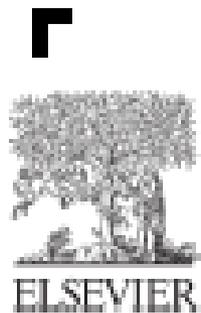
The Need for an Individualized, Everyday Life and Integrative
Approach to Cognitive Remediation in Schizophrenia

Frank Larøi
University of Liège

Martial Van der Linden
University of Liège and University of Geneva

Efficacité des psychothérapies: les thérapies de couple

- Snyder, Castellani et Whisman (2006): thérapies de couple comportementale, cognitivo-comportementale, focalisée sur les émotions, systémique, «insight-oriented»
 - 50% des couples traités montrent une amélioration significative de leur satisfaction relationnelle; 30-60% montrent une détérioration significative 2 ans après ou plus tard
 - pas de différences importantes d'efficacité entre les thérapies



Available online at www.sciencedirect.com



Behavior Therapy 43 (2012) 13–24

Behavior
Therapy

www.elsevier.com/locate/bsr

Integrative Approaches to Couple Therapy: Implications for Clinical Practice and Research

Douglas K. Snyder
Christina Balderrama-Durbin
Texas A&M University

Table 1
Intervention Levels and Sample Indicators for a Hierarchical Pluralistic Approach

Level	Description	Sample Indicators
6	Examine development sources of relationship distress	Promoting understanding of enduring maladaptive relationship patterns Promoting empathic joining and reduced reactivity to covert sources of each partner's interpersonal anxieties
5	Challenge cognitive components of relationship distress	Addressing issues of selective attention, attribution biases, expectancies
4	Promote relevant relationship skills	Promoting communication skills: decision making; emotional expression and responsiveness Developing requisite skills in specific domains such as sexuality, parenting, finances
3	Strengthen the couple dyad	Promoting healthy boundaries relative to children, extended family, work, and community Facilitating positive behavior exchanges; negotiating individual and collaborative agreements
2	Contain disabling crises	Preventing aggression against self and others Containing external stressors and facilitating intermediate solutions Addressing major psychopathology Mobilizing appropriate external resources
1	Establish collaborative alliance	Establishing trust in therapist's competence and fairness Clarifying ground-rules regarding confidentiality, structure of sessions Setting limits on negative exchanges in sessions

Quel est le problème ?

- L'efficacité relativement limitée et équivalente des différents type de psychothérapies renverrait:
 - à ce qu'elles ont en commun: mécanismes généraux de changements (envisager de nouvelles perspectives, être écouté et compris, se confronter à la situation, etc.)
 - au fait que chaque psychothérapie est partiellement efficace, mais pour des raisons différentes, n'abordant qu'une partie des facteurs impliqués dans les difficultés psychologiques, pour une partie seulement des personnes

Quel est le problème ?

- Interventions non adaptées aux problèmes spécifiques de chaque personne
- Non prise en compte
 - de l'hétérogénéité des difficultés psychologiques au sein d'une catégorie diagnostique
 - de la co-occurrence de difficultés psychologiques différentes (co-morbidité)
 - du caractère plurifactoriel des difficultés psychologiques

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Une conception essentialiste des troubles psychopathologiques

- Les troubles psychopathologiques ont une essence: un caractère constitutif propre et nécessaire
 - cette essence est possédée par tous les individus qui ont ce trouble et par aucun individu qui ne le possède pas; on a le trouble ou on ne l'a pas (comme la grippe ou une tumeur)
 - les difficultés psychologiques peuvent être expliquées de la même manière que les maladies physiques

DSM-5 : dépression (épisode dépressif majeur)

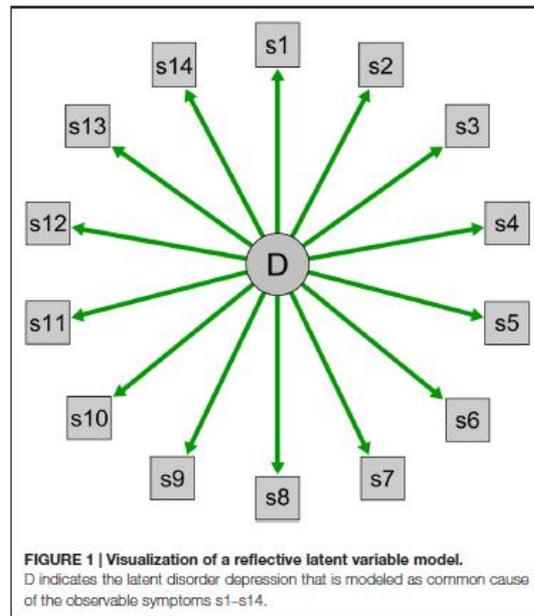
- A. au moins 5 symptômes présents pendant deux semaines au minimum et qui constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur
 - 5 symptômes parmi:
 - humeur dépressive
 - diminution marquée d'intérêt ou de plaisir
 - perte ou gain de poids
 - insomnie ou hypersomnie
 - agitation ou ralentissement psychomoteur
 - fatigue ou perte d'énergie
 - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou non appropriée
 - diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
 - pensées de mort récurrentes (idées suicidaires)
 - Un des symptômes doit être une humeur dépressive ou une diminution d'intérêt ou de plaisir

DSM-5 : dépression (épisode dépressif majeur)

- Liste de symptômes DSM établie par Cassidy (1957) et retravaillée par Feighner (1972), sans données empiriques à l'appui
 - proposition des symptômes d'autres symptômes tels que la colère, l'anxiété, etc.

Une conception essentialiste de la dépression Fried (2015)

- La dépression est une catégorie distincte de maladie mentale (similaire à une maladie physique)
- La dépression est la cause commune de ses symptômes (*the common cause framework*): les symptômes sont les indicateurs observables de cette entité latente qu'est la dépression



Une conception essentialiste de la dépression Fried (2015)

- Les symptômes sont équivalents et interchangeables
- Quand des outils de dépistage de la dépression sont utilisés (p. ex., l'Inventaire de Dépression de Beck), c'est la quantité plutôt que la nature des symptômes qui est prise en compte
 - établissement d'un score-seuil à partir du score global et identification d'une dépression plus sévère sur base d'un score global plus élevé

Dépression: hétérogénéité des symptômes (Olbert et al., 2014)

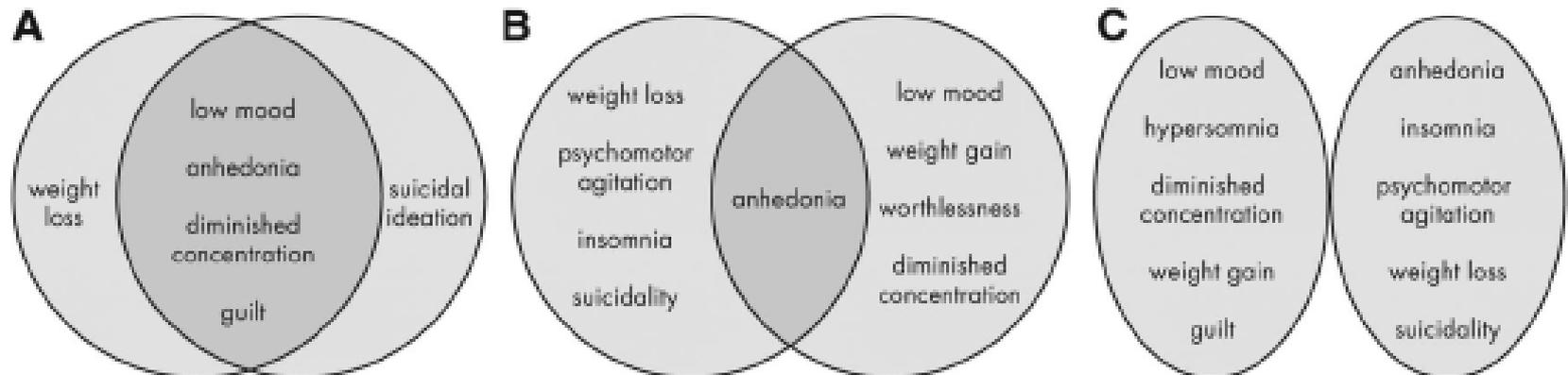


Figure 1. Three possible pairs of diagnostic combinations for major depressive disorder. Pair A illustrates two combinations with high overlap: The combination on the left comprises low mood, anhedonia, diminished concentration, guilt, and weight loss, whereas the combination on the right comprises the first four symptoms alongside suicidal ideation. Pair B illustrates two combinations sharing a single common symptom. Pair C illustrates a disjoint pair (i.e., two disjoint combinations).

Dépression: hétérogénéité des symptômes

- Zimmerman et al. (2015) :
 - 227 façons d'obtenir le diagnostic de dépression majeure à partir des critères du DSM-5 (14.528 si on dissocie les symptômes regroupés)

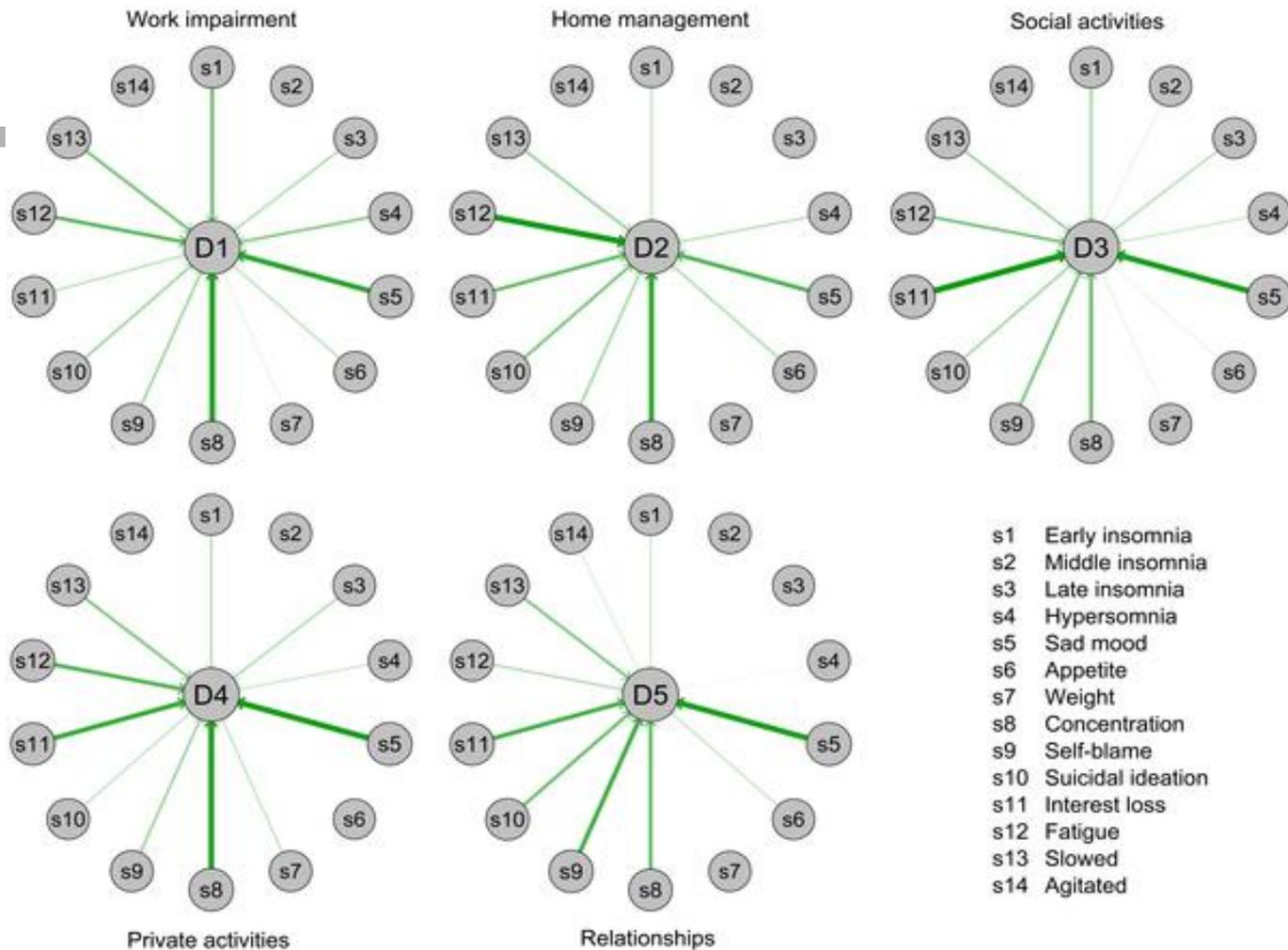
Fried & Nesse (2015)

- Fried & Nesse (2015) : 3703 personnes (18 à 75 ans) avec un diagnostic de dépression
 - *Quick Inventory of Depression*: 12 symptômes du DSM
 - 1030 profils uniques
 - le profil symptomatique le plus fréquent à une fréquence de seulement 1.8%

Dépression: spécificité des symptômes et fonctionnement psychosocial

- Fried & Nesse (2014) : 3703 personnes (18 à 75 ans) avec un diagnostic de dépression
 - auto-évaluation des symptômes dépressifs (*Quick Inventory of Depressive Symptoms*):
 - évaluation de l'impact de la dépression sur le travail, la gestion de la maison, les activités sociales, les activités privées, les relations proches (*Work and Social Adjustment Scale*)

Figure 2. Associations between depressive symptoms and impairment domains.



Fried EI, Nesse RM (2014) The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning. PLoS ONE 9(2): e90311. doi:10.1371/journal.pone.0090311
<http://127.0.0.1:8081/plosone/article?id=info:doi/10.1371/journal.pone.0090311>

La dépression: liens spécifiques des symptômes avec différents événements de vie négatifs

- Keller, Neale, & Kendler (2007)
 - 4 856 personnes ayant vécu des symptômes dépressifs (épisode dysphorique, dépression majeure)
 - 4 évaluations sur une période maximale de 12 ans
 - rapporter la sévérité des 12 symptômes (désagrégés) du DSM
 - identifier la cause perçue de l'épisode dysphorique ou dépressif (causes classées en 9 catégories d'événements de vie négatifs)

Keller, Neale, & Kendler (2013)

TABLE 1. Description and Number of Dysphoric Episodes for Each Adverse Life Event Category

Adverse Life Event Category and Description	Number of Dysphoric Episodes		
	Participants With a Single Episode ^a (N=3,137)	Participants With Multiple Episodes ^b (N=1,719)	Participants With Major Depression ^c (N=1,731)
Death: death of a loved one	197	272	160 ^d
Romantic loss: ending of a romantic relationship, including divorce	362	413	339
Failure: personal failure or abandoned goal	202	264	155
Chronic stress: chronic stress due to work, finances, legal problems, etc.	631	657	265
Health: one's own health problems	191	251	118
Conflict: interpersonal conflict between self and another	396	504	332
Scare: distress over future events, including loved ones' health	213	313	149
Other: all other types of events	529	618	342
Nothing: no known cause; symptoms occurred "out of the blue"	416	479	251
Total number of dysphoric episodes	3,137	3,771	2,111

^a Between-persons sample.

^b Within-persons sample.

^c Major depression sample.

^d Major depression diagnoses did not exclude those with "uncomplicated bereavement" (DSM-III-R criterion B2).

Keller, Neale, & Kendler (2013)

- Les patterns de symptômes dépressifs associés aux 9 catégories d'événements de vie négatifs diffèrent significativement :
 - **le décès d'un proche**: plus de tristesse, de perte de plaisir / intérêt, de perte d'appétit et moins d'hypersomnie et de culpabilité
 - **rupture amoureuse**: plus de tristesse, de perte d'appétit, de trouble de concentration et de culpabilité, et moins de fatigue, de ralentissement psychomoteur, d'agitation, d'hypersomnie et d'augmentation de l'appétit
 - **un stress chronique et (dans une moindre mesure) un échec**: plus de fatigue, d'hypersomnie et d'augmentation de l'appétit, mais moins de tristesse, de perte de plaisir / perte d'intérêt et de perte d'appétit
 - **les personnes n'ayant pas rapporté d'évènements de vie négatifs en lien avec l'épisode dysphorique ou dépressifs** : plus de fatigue, d'augmentation de l'appétit, et de pensées suicidaires, mais moins de tristesse et de troubles de concentration

Keller, Neale, & Kendler (2013)

- Ces données, et aussi le fait qu'il existe peu de stabilité intra-individuelle dans les symptômes dépressifs spécifiques entre épisodes, suggèrent que:
 - la présentation particulière des symptômes dépressifs tient plus à la situation qu'à la personne
 - mise en question d'une approche neurobiologique réductionniste
- Tristesse et perte de plaisir / intérêt: pas des symptômes-clés pour certains événements négatifs; doivent-ils être considérés comme des symptômes-clés de la dépression (comme dans le DSM)?

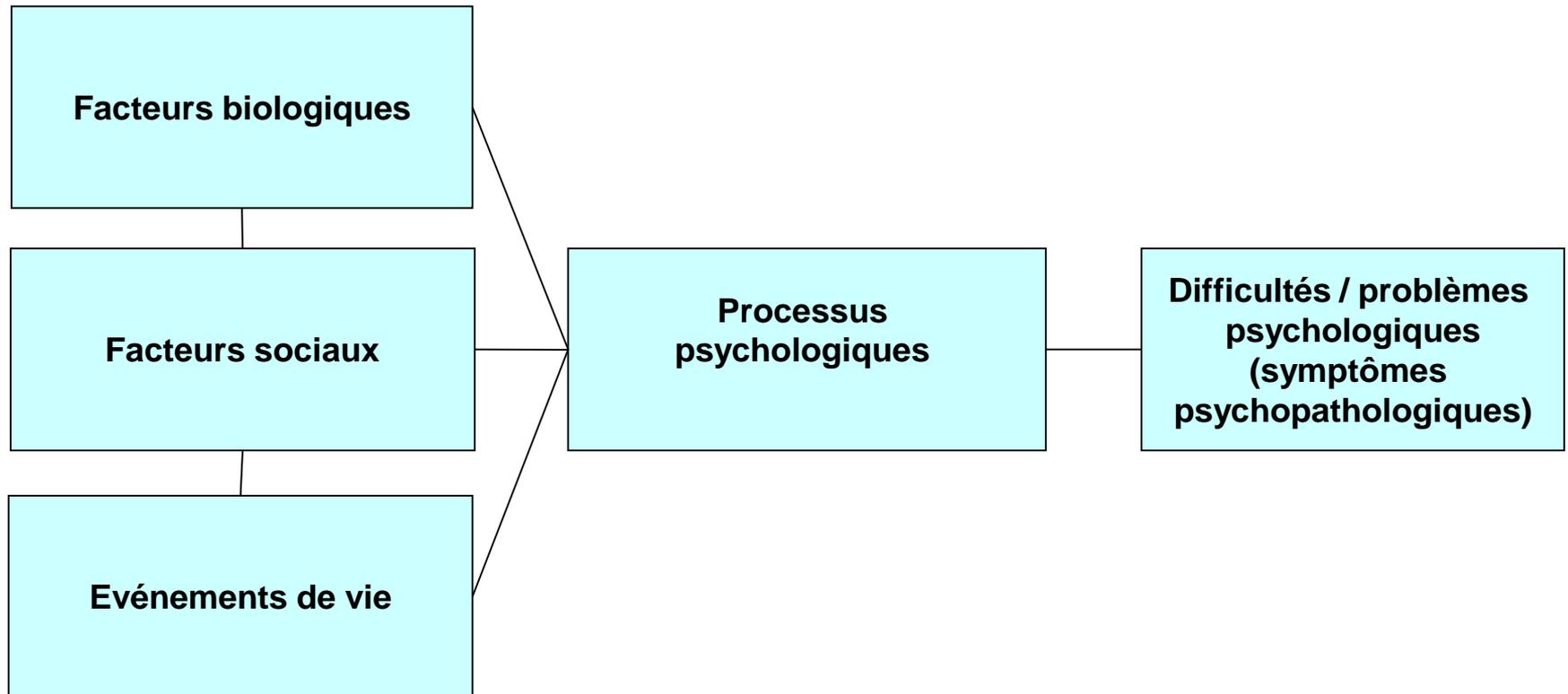
Dépression et comorbidité (Régier, 2013)

- Co-morbidité importante de la dépression, p. ex., avec le trouble d'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique
 - les critères DSM de la dépression et du trouble d'anxiété généralisée partagent les symptômes « problèmes de sommeil », « fatigue », « problèmes de concentration » et « agitation psychomotrice »
 - les symptômes « perte d'intérêt », « problèmes de concentration », « problèmes de sommeil », « humeur négative » et « sentiment de dévalorisation » se retrouvent tant dans la dépression que dans l'état de stress post-traumatique

Kendler, Zachar, & Craver (2011)

- Nécessité d'une approche différente
 - les symptômes psychopathologiques sont associés à des réseaux complexes de mécanismes causaux se renforçant mutuellement
 - les troubles ont des frontières floues, ils sont hétérogènes et les mécanismes impliqués correspondent à des niveaux différents (biologiques, psychologiques, environnementaux, socio-culturels)
 - les symptômes eux-mêmes peuvent interagir et se renforcer l'un l'autre
 - le même ensemble de symptômes peut provenir de mécanismes étiologiques différents

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs
Kinderman & Tai (2007, 2009)



Psychological Processes Mediate the Impact of Familial Risk, Social Circumstances and Life Events on Mental Health

Peter Kinderman^{1*}, Matthias Schwannauer², Eleanor Pontin¹, Sara Tai³

1 Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, **2** School of Health in Social Science, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland, United Kingdom, **3** School of Psychological Science, University of Manchester, Manchester, United Kingdom

Kindernam, Schwannauer, Ponton, & Tai (2013)

- 32.827 personnes issues de la population générale (âge: 18-85 ans):
 - 23.397 participants analysés
- Questionnaire «online», d'accès libre: «The Stress Test»

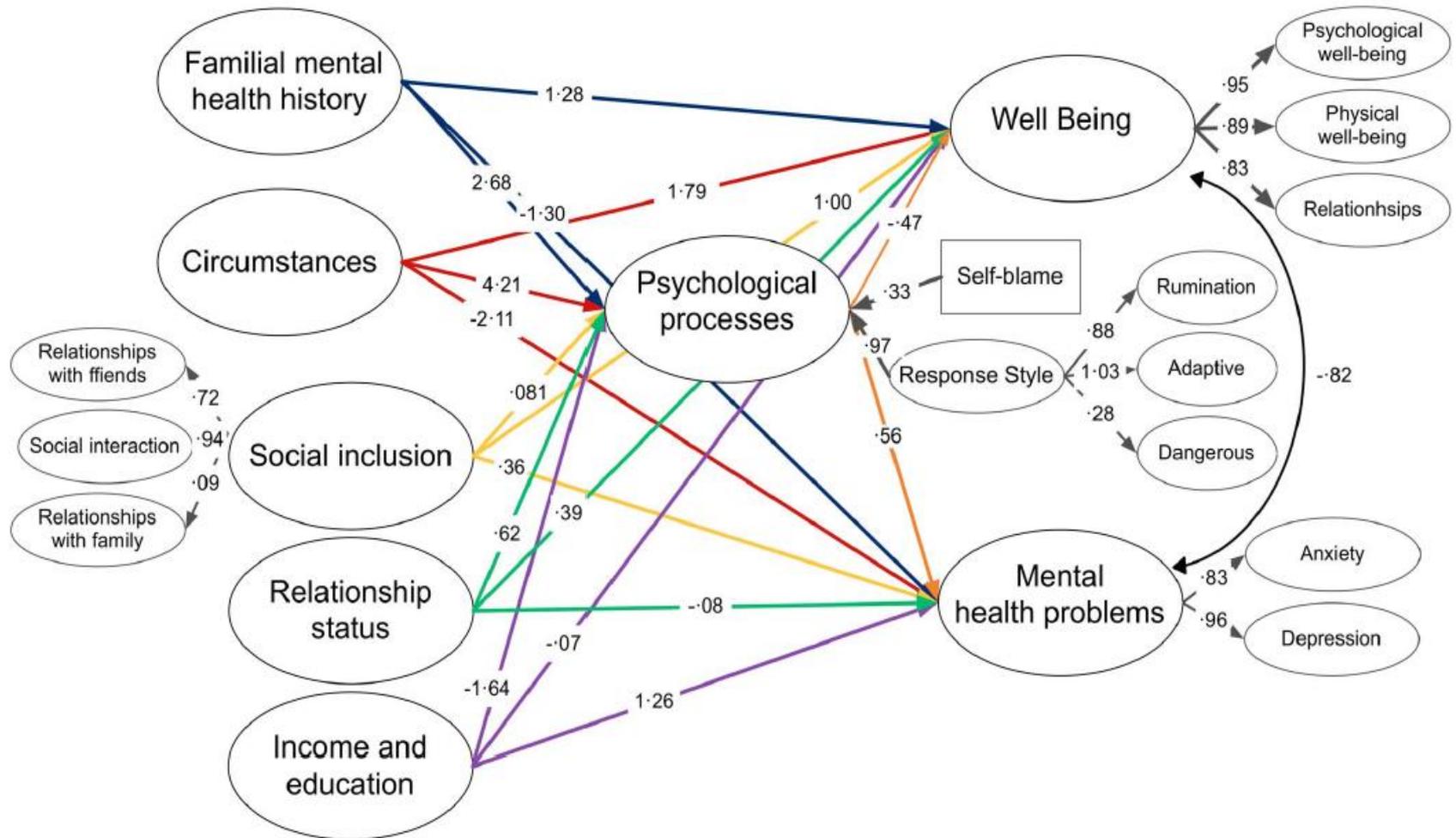


Figure 2. Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. Results of a structural equation model testing the mediating effects of the psychological processes of response style and self-blame on the contribution of familial mental health history, relationship status, income and education, social inclusion and life events on mental health problems and well-being, with S-B χ^2 (3,199, N = 27,397) = 126,654.8, $p < .001$; RCFI = .97; RMSEA = .04 (.038--0.039). The path diagram shows completely standardized robust parameter estimates which represent the relative contribution of each latent factor to the model. All coefficients are statistically significant, $p < .001$. Latent factors are represented by ovals. The double headed arrow between mental health problems and well-being represents the correlations between these latent constructs.

doi:10.1371/journal.pone.0076564.g002

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs psychologique des symptômes psychopathologiques

- Les facteurs biologiques, les facteurs sociaux et les événements de vie peuvent conduire à des difficultés psychologiques via leurs effets conjoints sur les processus psychologiques
- Implication de différents processus psychologiques
 - cognitifs
 - émotionnels
 - motivationnels
 - relationnels
 - en lien avec l'identité

Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research

Addictions as a psychosocial and cultural construction

MARTIAL VAN DER LINDEN*

Cognitive Psychopathology and Neuropsychology Unit, Psychology Department, University of Geneva

Journal of Behavioral Addictions 2(3), pp. 179–186 (2013)

DOI: 10.1556/JBA.2.2013.007

First published online June 14, 2013

Argentine tango: Another behavioral addiction?

REMI TARGHETTA^{1#}, BERTRAND NALPAS^{1,2*#} and PASCAL PERNEY¹

¹Service d'Addictologie, CHU Caremeau, Nîmes, France

²Inserm U1016, Nîmes, France

Practitioner Report

Is Dysfunctional Use of the Mobile Phone a Behavioural Addiction? Confronting Symptom-Based Versus Process-Based Approaches

Joël Billieux,^{1*} Pierre Philippot,¹ Cécile Schmid,¹ Pierre Maurage,¹ Jan De Mol²
and Martial Van der Linden^{3,4}

¹Laboratory for Experimental Psychopathology, Psychological Sciences Research Institute, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

²Psychological Sciences Research Institute, Université catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, Belgium

³Cognitive Psychopathology and Neuropsychology Unit, Psychology Department, Université de Genève, Genève, Switzerland

⁴Cognitive Psychopathology Unit, Psychology Department, Université de Liège, Liège, Belgium

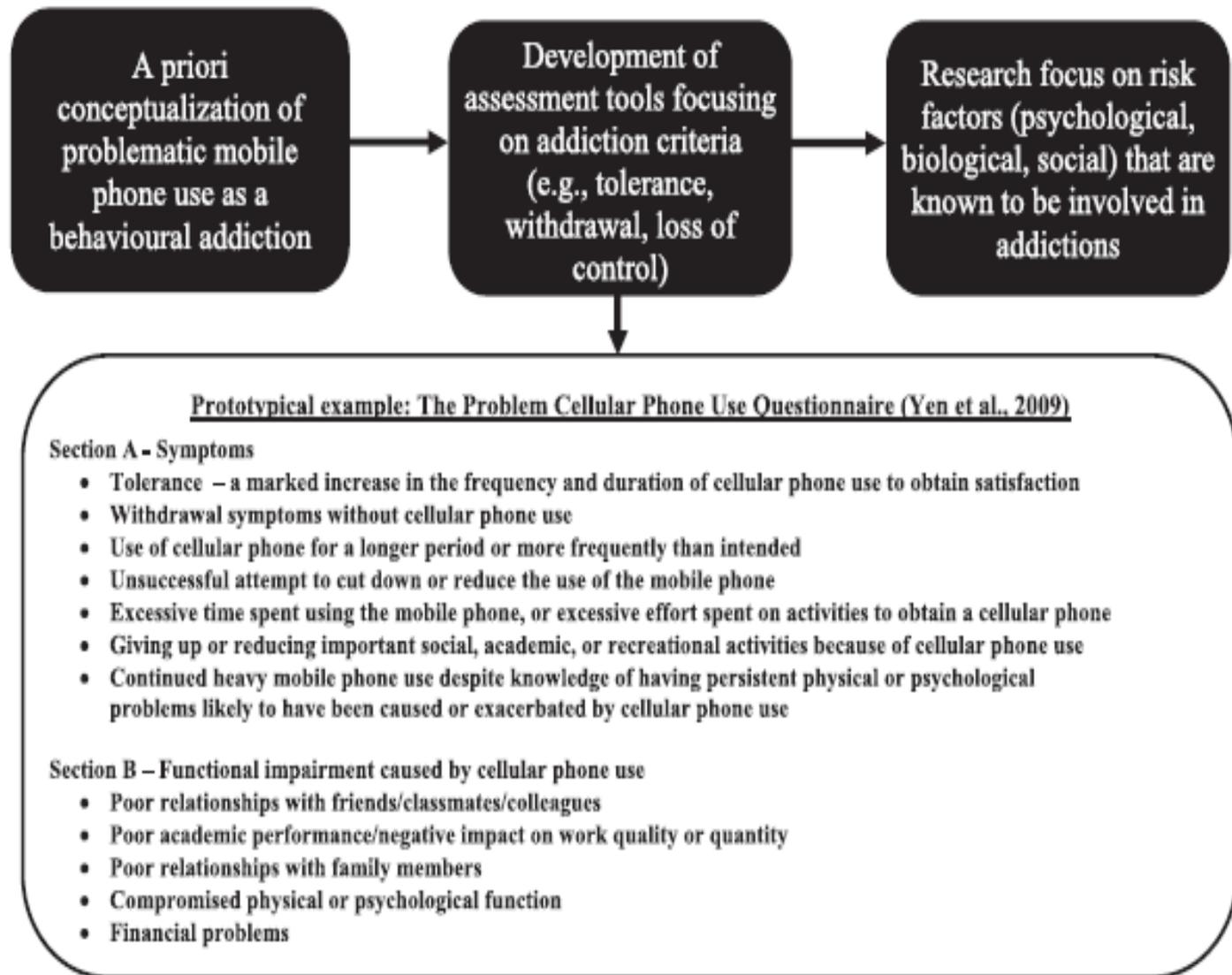


Figure 1. How to create a diagnosis of 'mobile phone addiction'

Thalia

- 19 ans
- Utilisation exagérée et non contrôlée du téléphone portable
 - 4 des 7 critères: diagnostic d'addiction au téléphone portable
 - Interventions psychologiques possibles : interview motivationnel, identification des situations à risque et apprentissage de nouvelles stratégies de coping, prévention de la rechute

Thalia

- Histoire de comportements à risque
- Mère décédée quand elle avait 5 ans, et préalablement, plusieurs épisodes psychotiques (dont Thalia a été informée: «peur de devenir folle»)
- Relation amoureuse avec un jeune homme (musulman: relation cachée du père): «trop dépendante et exclusive»

Une analyse en termes de processus psychologiques

- Croyances irrationnelles sur soi (estime de soi faible):
 - «Je ne mérite pas d'être aimée , mon petit ami me quittera quand il rencontrera quelqu'un de mieux»
 - lien entre faible estime de soi et utilisation élevée et dysfonctionnelle du téléphone portable
- Style relationnel dépendant, style d'attachement insécure (fort désir d'intimité et peur élevée du rejet)
 - «Si je ne peux pas atteindre mon ami au téléphone, c'est qu'il ne souhaite pas me parler»
 - nécessité d'être en contact constant (via notamment le téléphone portable)

Une analyse en termes de processus psychologiques

- Haut niveau de neuroticisme et faible contrôle des impulsions en contexte émotionnel (haut niveau d'urgence: une des facettes de l'impulsivité):
 - comportements inadaptés visant à réguler les émotions négatives (dont usage fréquent du téléphone portable; voir également l'histoire de comportements à risque)

- Pensées répétitives négatives (ruminations)
 - traitement négatif abstrait des événements négatifs, plutôt que traitement concret orienté vers la résolution du problème
 - exacerbation de la détresse psychologique et des symptômes reliés

Une analyse en termes de processus psychologiques

- Utilisation du téléphone portable
 - réduire et neutraliser l'anxiété et la dysphorie engendrées par les pensées répétitives négatives
 - difficulté d'inhiber l'utilisation du téléphone portable en contexte émotionnel
 - maintien du style relationnel dépendant par renforcement négatif

Quelles interventions complémentaires centrées sur des processus (en envisageant le tableau psychologique global)?

- Thérapie centrée sur les ruminations (Watkins & Moberly, 2009)
 - rendre la pensée plus concrète et orientée vers la résolution de problèmes
- Thérapie métacognitive de Wells (2009): entraînement attentionnel visant à réduire la centration sur soi et à mettre en question les croyances dysfonctionnelles
- Accroître l'estime de soi
- Réduire le style d'attachement dépendant

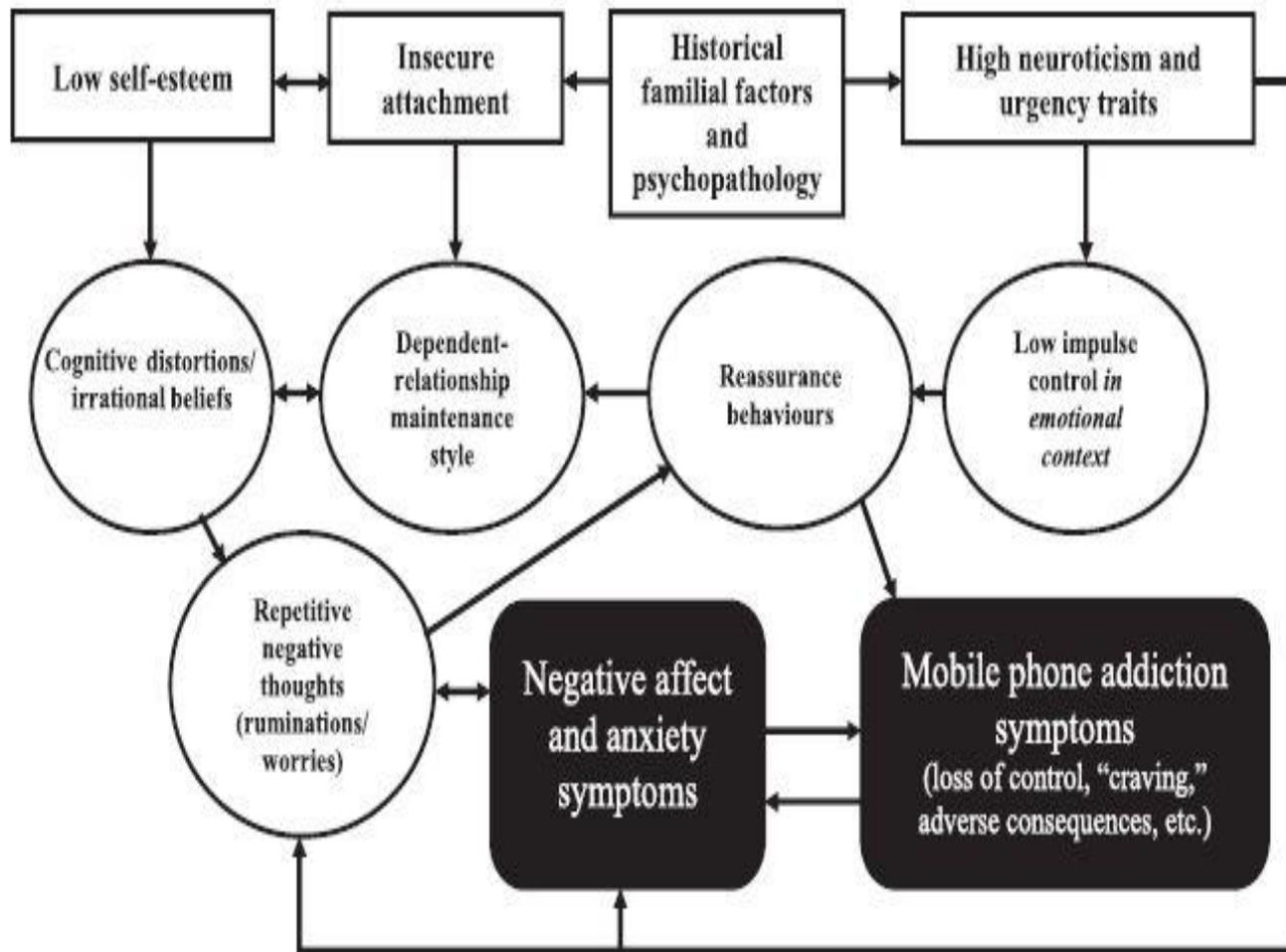


Figure 2. Thalia's clinical case conceptualization. Familial and individual risk factors are reported in white squares. Intrapersonal and interpersonal psychological processes are reported in white circles. Symptoms are reported in black squares



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs[☆]

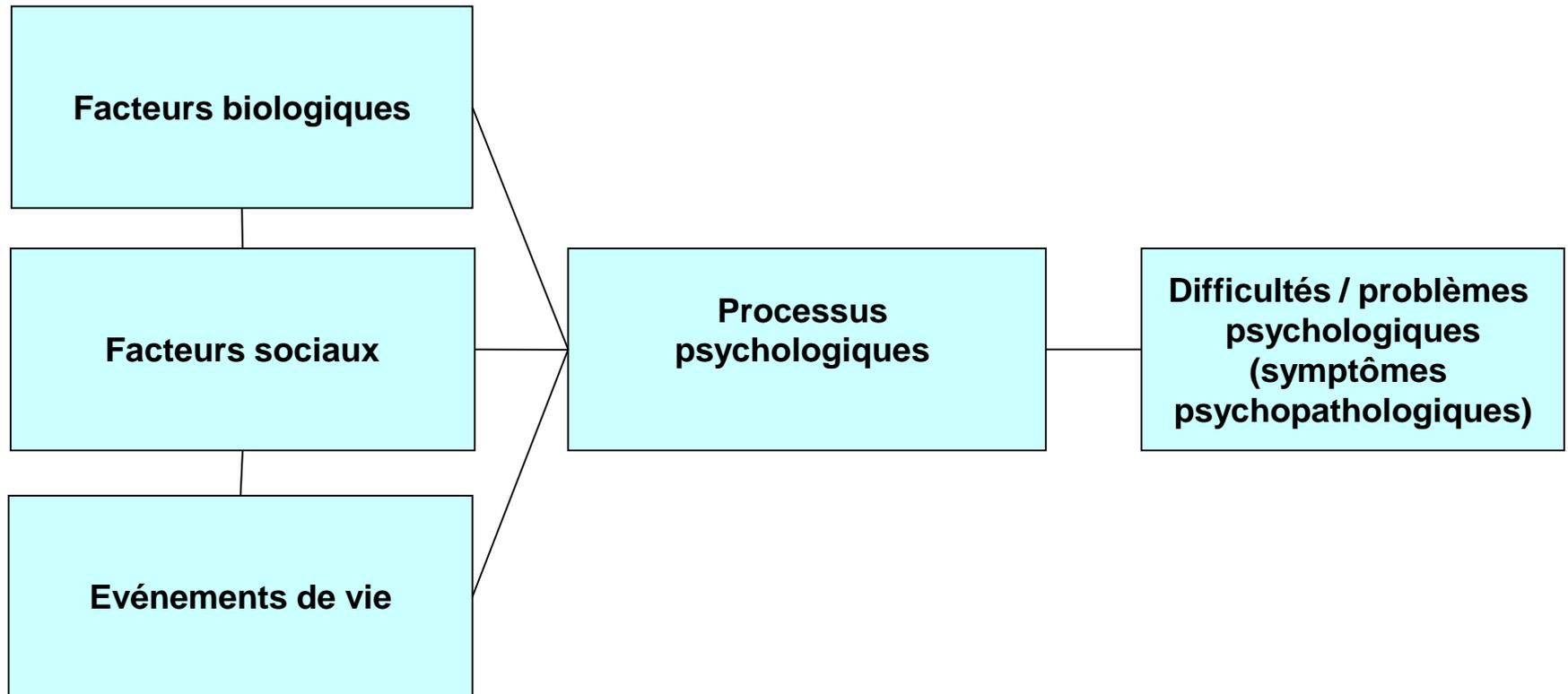


*Towards a modular, processual treatment protocol for
anxio-depressive disorders*

Pierre Philippot^{a,*}, Martine Bouvard^b, Céline Baeyens^c,
Vincent Dethier^a

- Sept classes de processus:
 - évitement expérientiel et désactivation comportementale
 - stratégies de régulation des émotions
 - croyances métacognitives dysfonctionnelles
 - sentiment d'inopérance et faible sentiment d'efficacité personnelle
 - écarts entre les sois
 - ruminations mentales
 - intolérance à l'incertitude

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs
Kinderman & Tai (2007, 2009)



Borsboom et al. (2011); Borsboom & Cramer (2013)

- Approche des symptômes en réseaux
 - les troubles psychopathologiques sont vu non pas comme un facteur latent qui «sous-tendrait» ou «causerait» un certain nombre de symptômes, mais comme des patterns d'interactions dynamiques entre certains symptômes
 - ils permettent de rendre compte de la comorbidité et des différences individuelles

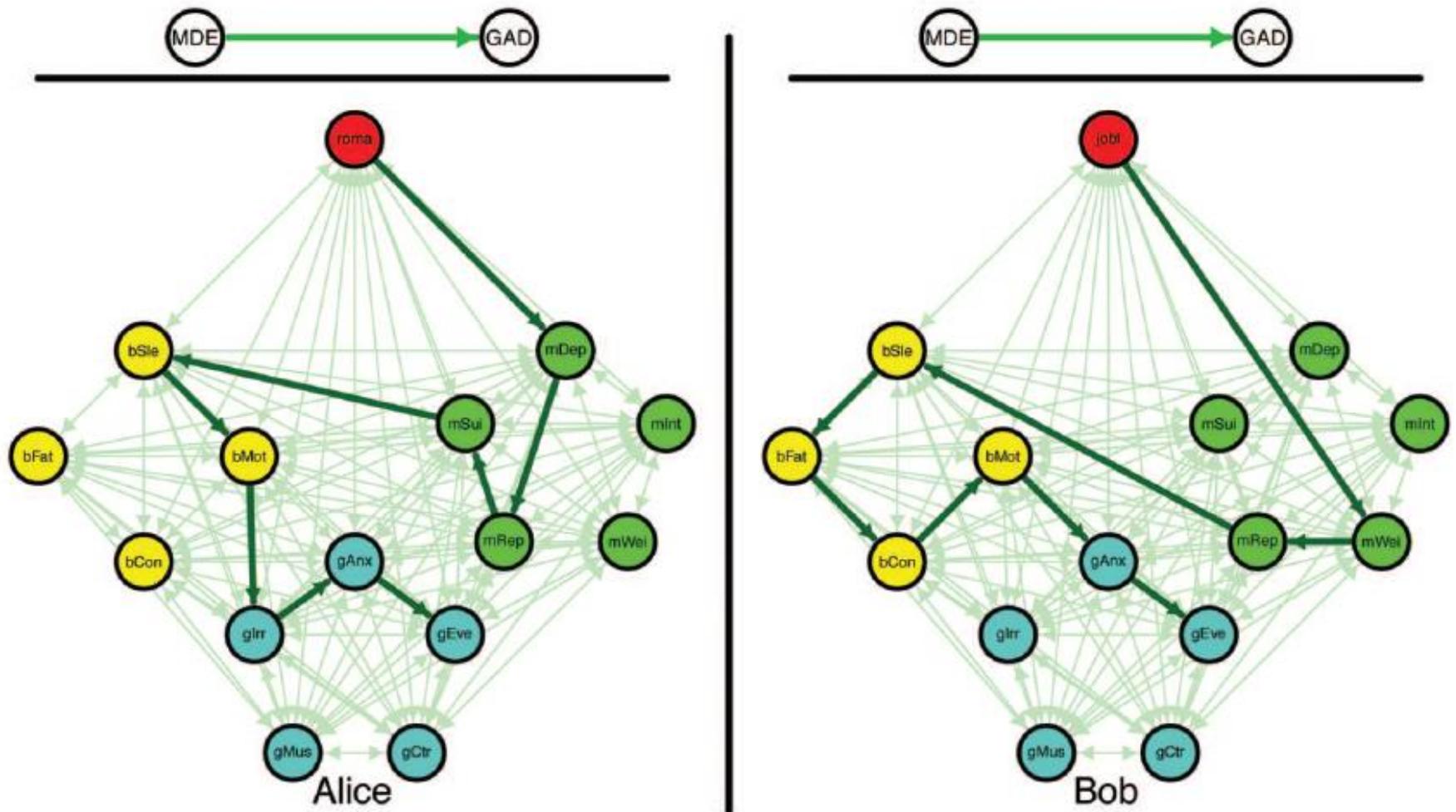


Figure 1. The difference between the existing view on comorbidity (top) versus the network approach (bottom) for two fictitious persons, Alice (left) and Bob (right). In both figures, the red node represents an external life event; green nodes core MDE symptoms; turquoise nodes core GAD symptoms; purple nodes bridge symptoms (i.e., symptoms that are part of both MDE and GAD). Edges between nodes represent pathways between symptoms. The light green edges represent possible pathways; the thicker and dark green edges the pathways taken by Alice and Bob respectively. *roma* = break-up of romantic relationship; *jobl* = job loss; *mWei* = weight problems; *mInt* = loss of interest; *mRep* = self-reproach; *mDep* = depressed mood; *mSui* = (thoughts of) suicide; *bSle* = sleep problems; *bFat* = fatigue; *bCon* = concentration problems; *bMot* = psychomotor problems; *gAnx* = chronic anxiety; *gEve* = anxiety about more than one event; *gCtr* = no control over anxiety; *gMus* = muscle tension; *gIrr* = irritable.
doi:10.1371/journal.pone.0027407.g001

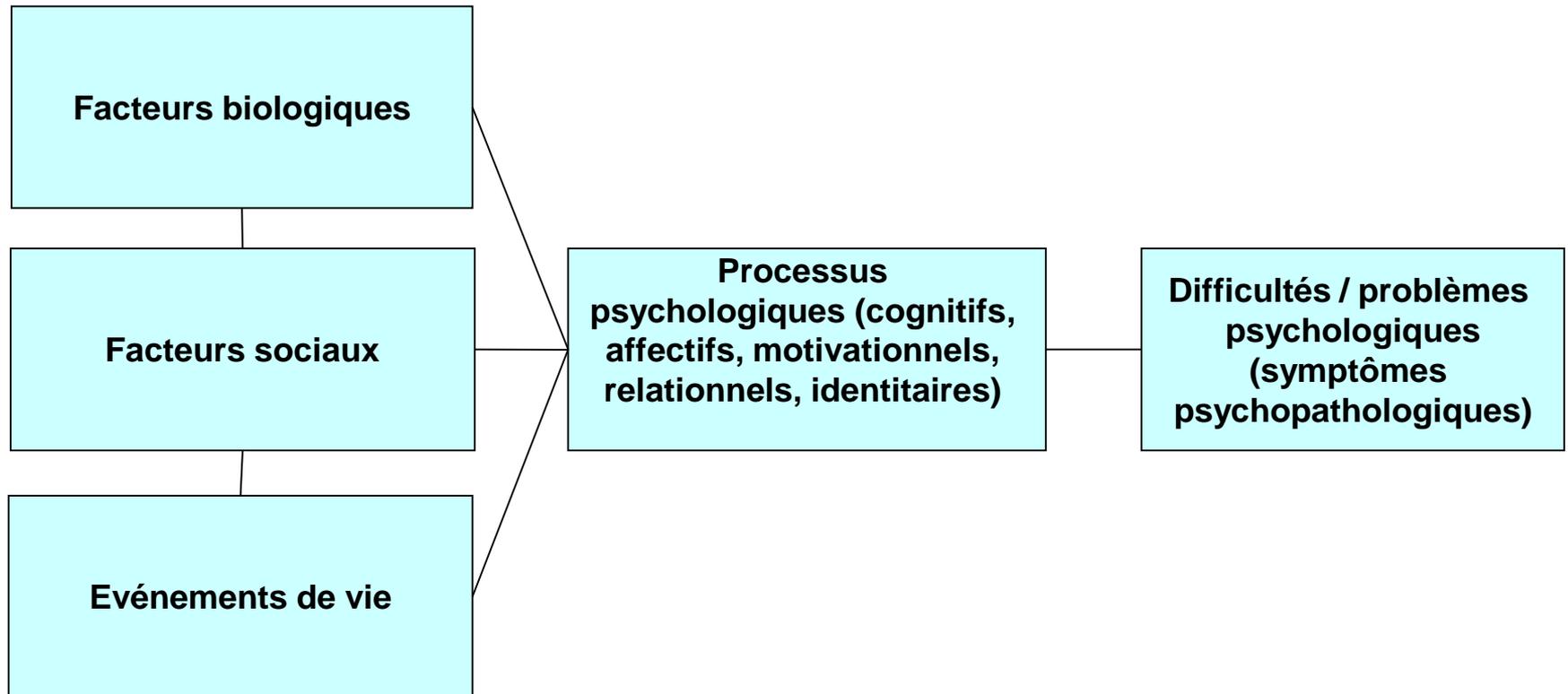
Implications pour la recherche

- Analyser les symptômes séparément et leurs connexions (cercles vicieux de symptômes); comparer des patterns différents de symptômes
- Distinguer les sous-symptômes: p. ex. insomnie et hypersomnie; ralentissement et agitation; fatigue et perte d'énergie, etc.

Pour une approche individualisée, plurielle, intégrée et empiriquement fondée des interventions psychologiques

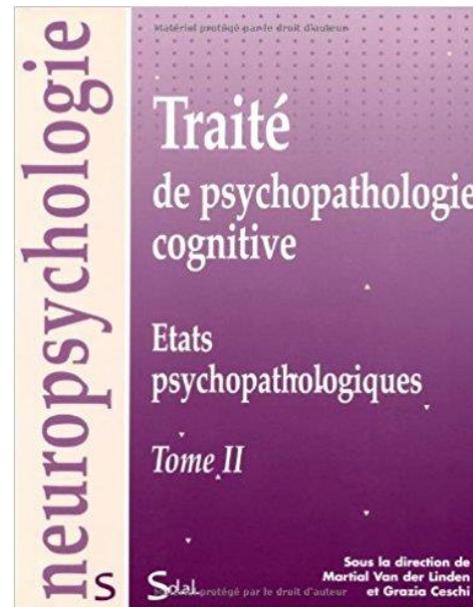
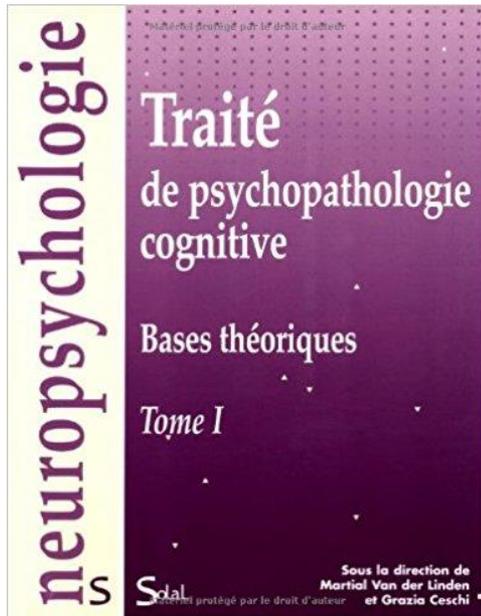
- Toute intervention psychologique se fonde au préalable sur une interprétation psychologique (un modèle psychologique empiriquement fondé) des difficultés psychologiques
- Rôle complémentaire de différents types d'intervention psychologique, focalisés sur différents processus psychologiques (y compris des processus issus de l'approche psychodynamique empiriquement fondée)
 - plusieurs processus en jeu
- Interventions psychologiques taillées sur mesure en fonction des dysfonctionnements psychologiques spécifiques de la personne: approche individualisée, à plusieurs facettes complémentaires (« person-based »)
 - hétérogénéité des dysfonctionnements

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs
Kinderman & Tai (2007, 2009)



La contribution de l'approche cognitive (la psychopathologie cognitive)

- Déficits cognitifs
- Biais cognitifs
- Croyances dysfonctionnelles



La psychopathologie cognitive

- Déficits cognitifs:
 - difficultés à réaliser certaines fonctions cognitives
 - ces difficultés ne sont pas influencées par le contenu de l'information traitée
 - p. ex., déficits affectant les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité, etc.) ou mnésiques

La psychopathologie cognitive

- Biais cognitifs:
 - les personnes traitent préférentiellement certains types d'information, en lien avec leurs préoccupations
 - biais attentionnels, mnésiques, d'interprétation
 - biais automatiques et/ou contrôlés

La psychopathologie cognitive

- Croyances/attitudes dysfonctionnelles (sur soi et son fonctionnement psychologique, sur autrui, sur le monde):
 - associations complexes plus ou moins accessibles à la conscience
 - enjeu important pour la psychopathologie cognitive de développer des outils permettant l'évaluation des croyances implicites (mais aussi des motivations implicites)

Dépression: déficits cognitifs

- Méta-analyse de Rock et al. (2013)
 - déficits cognitifs significatifs pour fonctions exécutives, mémoire et attention : taille d'effet modérée
 - déficits présents chez personnes sans traitement pharmacologique (mais plus variables selon les tâches)
 - déficits cognitifs significatifs chez personnes en rémission pour fonctions exécutives et attention: taille d'effet petite à modérée
- Difficulté de récupérer des souvenirs autobiographiques spécifiques et de se projeter dans le futur (voir Van der Linden & Lardi, 2015)

Dépression: biais cognitifs

- Biais cognitifs (Everaert, Koster & Deraksan, 2012)
 - biais attentionnels envers les informations négatives
 - biais mnésiques envers les informations négatives
 - moins d'expériences anticipées positives
 - biais d'interprétation (favorisant les interprétations négatives)
 - biais d'auto-centration

Dépression: croyances dysfonctionnelles

■ Croyances et contenus cognitifs

- croyances dysfonctionnelles (négatives) sur soi, autrui et le monde
- croyances métacognitives
 - p. ex., croyances positives sur les ruminations

Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive

Sous la direction de
Martial Van der Linden
Grazia Ceschi
Joël Billieux

de boeck  solal

Chapitre 1. Apprendre à négliger le mauvais côté des choses : la modification des biais cognitifs	1
Chapitre 2. L'entraînement attentionnel : une technique d'intervention transdiagnostique	47
Chapitre 3. Les interventions cognitives focalisées sur la mémoire autobiographique et la projection mentale dans le futur : l'exemple de la dépression	83
Chapitre 4. La réhabilitation de la cognition sociale dans la schizophrénie	123
Chapitre 5. Améliorer la réalisation d'intentions dans l'intervention psychologique : la méthode « si-alors »..	159
Chapitre 6. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour prévenir la rechute dépressive	193

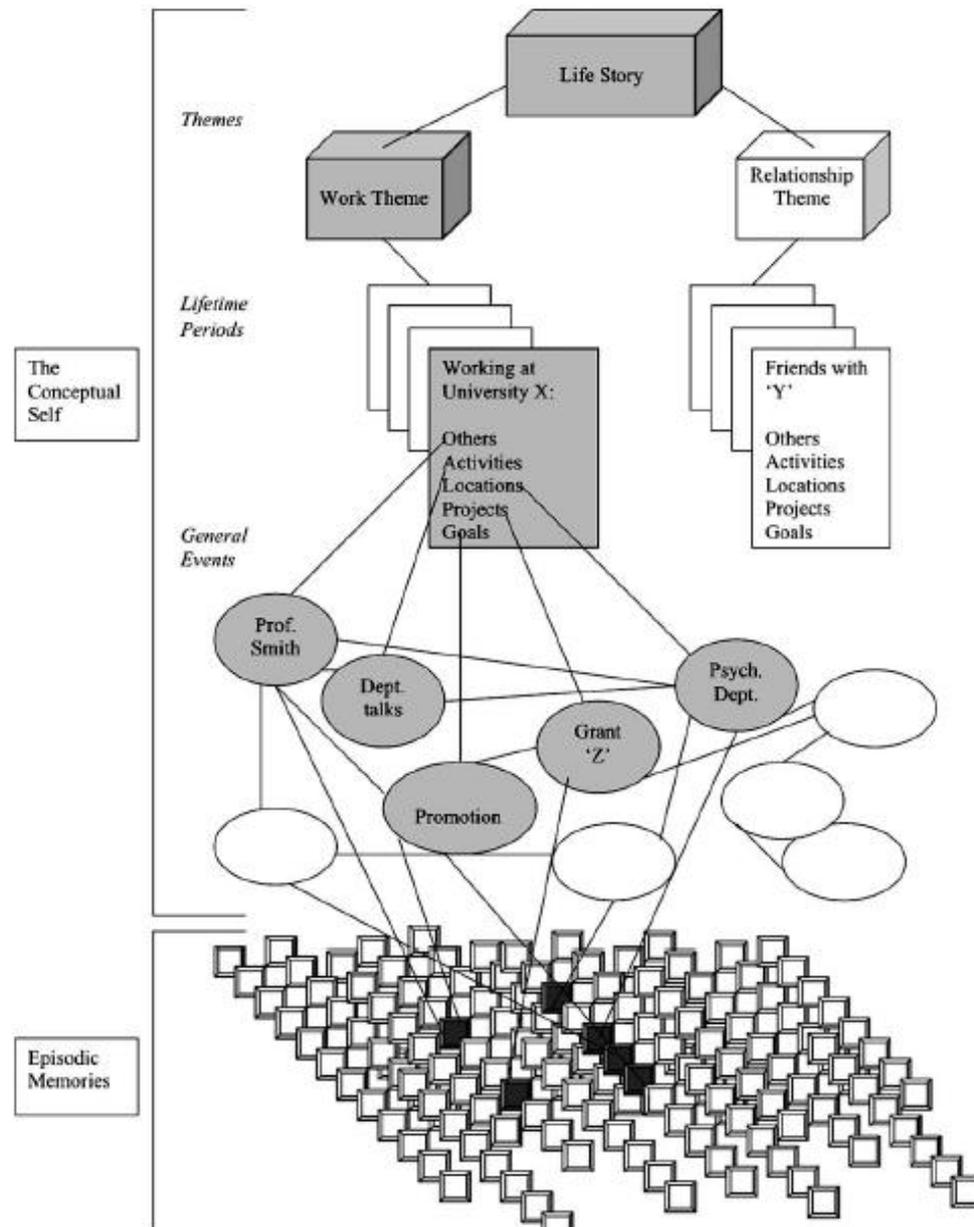


Fig. 5. Knowledge structures in autobiographical memory.

Dépression et souvenirs généraux

- Technique des mots-indices (heureux, échec, pain) : « Autobiographical Memory Task ou AMT » (Williams & Broadbent, 1986)
 - les patients déprimés récupèrent des souvenirs généraux.
- Indice « malheureux » :
 - personne déprimée : description catégorielle (« j'ai toujours tout raté »)
 - personne non déprimée: un épisode spécifique (« le jour où j'ai reçu la lettre me disant que j'ai échoué à l'examen »)

Dépression et souvenirs généraux

- Le rappel de souvenirs généraux semble constituer un trait stable :
 - Mackinger et al. (2000): des femmes précédemment dépressives, mais en rémission, récupèrent significativement plus de descriptions catégorielles et moins de souvenirs spécifiques
 - Park et al. (2002): adolescents en rémission rappellent plus de souvenirs généraux
 - Absence de relation ou relation faible entre souvenirs généraux et évaluation de l'humeur chez l'adulte (Jones et al., 1999 ; Williams, 1996)

Dépression et souvenirs généraux

- Conséquence des difficultés à récupérer des souvenirs spécifiques:
 - lien avec rémission de la dépression
 - Brittlebank et al. (1993) montrent que le caractère général des souvenirs prédit le maintien de la dépression après 7 mois
 - limite la capacité d'imaginer le futur de façon spécifique et exacerbe le désespoir
 - voir les liens entre récupération des événements passés et projection dans le futur (d'Argembeau & Van der Linden, 2004, 2006)
 - dépression (Williams et al., 1996): souvenirs généraux et projections dans le futur générales (« je n'arriverai jamais à rien »)

Dépression et souvenirs généraux

- Conséquence des difficultés à récupérer des souvenirs spécifiques:
 - lien avec une mauvaise résolution de problèmes interpersonnels (Godart et al., 1996)
 - corrélation entre solutions efficaces / non efficaces et récupération de souvenirs spécifiques / généraux
 - accès limité à des solutions relatives aux problèmes de l'existence: désespoir et accroissement des comportements suicidaires et para-suicidaires

Modèle CaRFAX (Williams, 2006)

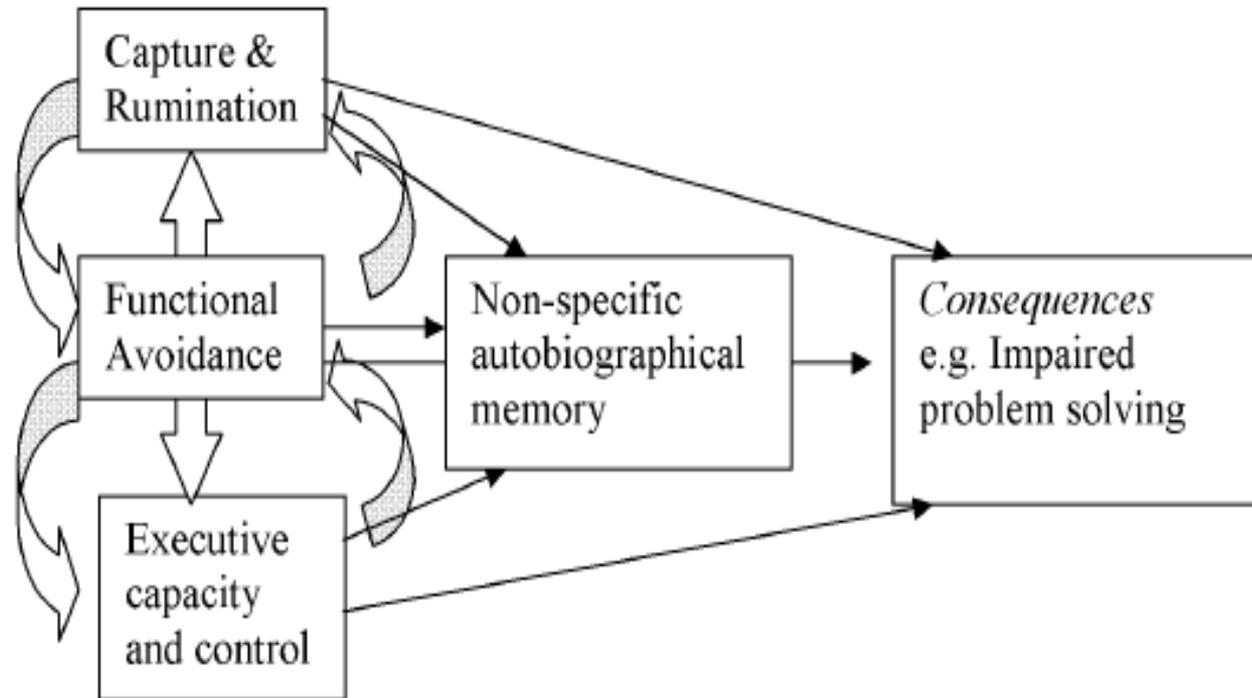


Figure 1. The CaRFAX Model. Three processes contributing to overgeneral memory can each have effects on cognition and behaviour either independently or through their individual or combined effect on autobiographical memory.

Dépression et souvenirs généraux : entraîner la spécificité

- Raes, Williams, & Hermans (2009): étude préliminaire
 - 10 femmes avec une dépression
 - « Memory Specificity Training, MEST » (4 sessions d'une heure, en groupe)
 - session 1: psychoéducation; récupérer un souvenir spécifique pour un mot-indice neutre et un mot-indice positif; les participants doivent les écrire sur un carnet personnel; ils sont incités à donner le plus de détails possible; leur attention est attirée sur ces détails contextuels, sensori-perceptifs, etc.; exercices à domicile (10 mots-indices, neutres et positifs) et rédiger, chaque soir le « souvenir spécifique de la journée »
 - session 2: discussion des exercices à domicile; récupérer 2 souvenirs spécifiques pour chacun des 4 mots-indices (positifs et neutres); récupérer deux souvenirs très différents l'un de l'autre (avec incitation à se focaliser sur des éléments spécifiques et généraux); exercices à domicile (2 souvenirs spécifiques différents pour chacun des 10 mots-indices et 2 « souvenirs spécifiques de la journée »).

Dépression et souvenirs généraux : entraîner la spécificité

- Raes, Williams, & Hermans (2009)
 - « Memory Specificity Training, MEST » (4 sessions d'une heure, en groupe)
 - session 3: similaire à session 2, mais avec des mots-indices négatifs; après un mot-indice négatif (triste), récupérer un souvenir spécifique pour la contrepartie positive (joyeux)
 - session 4: récupérer des souvenirs spécifiques pour des mots-indices négatifs et leur contrepartie positive; promouvoir une conscience métacognitive du style de pensée non spécifique, lequel peut être suscité par une expérience isolée (« mercredi dernier, en recevant ma famille, j'ai raté le repas; quand je cuisine, les choses vont mal; quoi que je fasse les choses vont mal; je suis nulle).

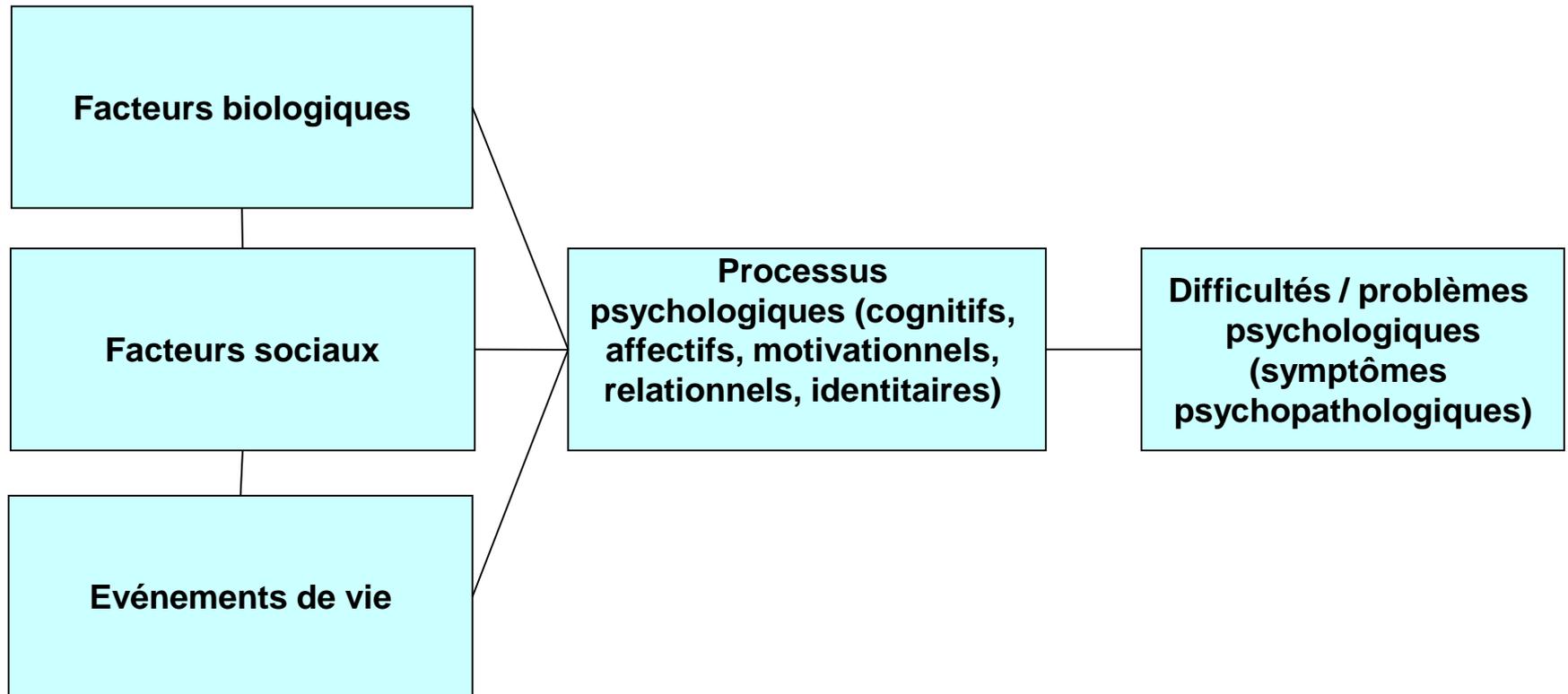
Dépression et souvenirs généraux : entraîner la spécificité

- Raes, Williams, & Hermans (2009): « Memory Specificity Training, MEST »
 - amélioration significative de la spécificité
 - diminution significative des ruminations et du sentiment de désespoir
 - tendance à l'amélioration de la résolution de problème

Efficacité du « Memory Specificity Training » MEST

- Neshat-Doost (2013); Eigenhuis et al. (2016)
- Dalgleish et al. (en cours): immédiatement, après 3 mois, et après 6 mois
 - symptômes dépressifs et spécificité des souvenirs; résolution de problèmes interpersonnels; ruminations; évitement cognitif; contrôle exécutif

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs
Kinderman & Tai (2007, 2009)



Pour une approche individualisée, plurielle, intégrée des interventions psychologiques dans la dépression

- Interventions sur :
 - déficits cognitifs, biais cognitifs, croyances dysfonctionnelles
 - résolution de problèmes
 - régulation émotionnelle
 - processus interpersonnels
 - motivation
 - identité sociale
 - etc.

Australian
Psychologist



INVITED CONTRIBUTION

Toward an Integration of Interpersonal Risk Models of Depression and Cognitive-Behaviour Therapy

Keith S Dobson,¹ Leanne Quigley,¹ and David JA Dozois²

¹Department of Psychology, University of Calgary, and ²Department of Psychology, Western University

Hames, Hagan, & Joiner (2013). Interpersonal processes in depression

- Caractéristiques interpersonnelles en lien avec la dépression
 - habiletés sociales
 - recherche de réassurance; solliciter les critiques et autres feedbacks négatifs
 - style interpersonnel: inhibition (évitement, retrait, timidité); dépendance interpersonnelle; style d'attachement inséure

Cruwys et al. (2014). Depression and social identity:
An integrative review

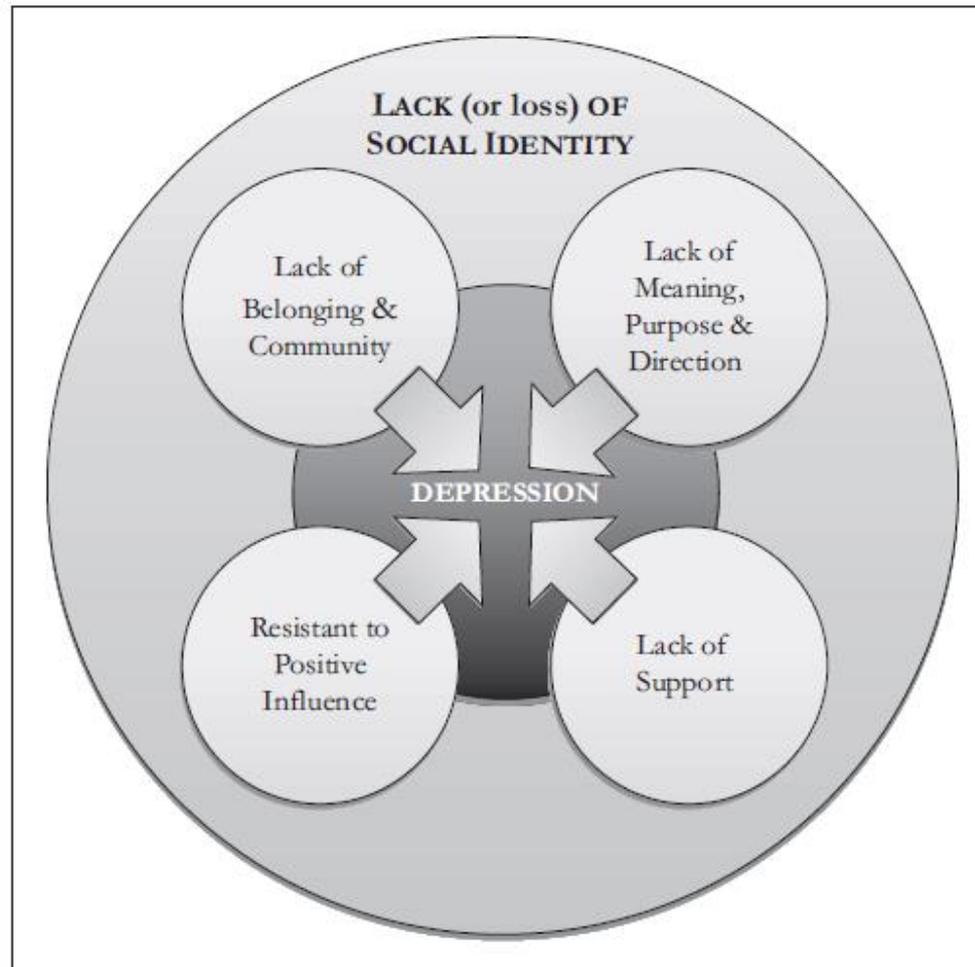


Figure 1. Social identity is a psychological resource that protects against depression in at least four ways.

Dépression et motivation / mobilisation de l'effort (Brinkman & Franzen, 2014)

- Principe de la conservation des ressources (Brehm & Self, 1989)
 - les individus mobilisent des efforts proportionnellement à la complexité de la tâche
 - quand la tâche est perçue comme impossible ou quand la difficulté de la tâche est vue comme excédant son importance, l'individu n'alloue plus d'efforts
- En état d'humeur négative, l'individu perçoit la tâche comme plus difficile
 - plus d'efforts pour tâches faciles et désengagement pour tâches difficiles
 - pas de modulation de l'effort en fonction de la valeur renforçante (y compris renforcement social) ou punitive de la tâche