

**Vers une approche intégrée / intégrative de l'évaluation
et de l'intervention psychologiques**

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

Evaluation et intervention psychologiques: les approches traditionnelles

- Approches majoritairement fondées
 - sur des «courants » (interpersonnel, systémique, cognitivo-comportemental, psychodynamique, non directif, etc.) privilégiant des mécanismes et modes d'action relativement spécifiques
 - sur une conception essentialiste (type DSM) des troubles psychopathologiques
 - troubles conçus comme l'expression de «maladies mentales» (des entités latentes) ayant une essence, c.-à-d. un agent causal spécifique et nécessaire

Le dépression

- Un épisode dépressif majeur: 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 et 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 perte d'intérêt et de plaisir

Evaluation et intervention psychologiques: les approches traditionnelles

- L'efficacité des thérapies (interventions psychologiques) est évaluée, le plus fréquemment
 - dans des études randomisées contrôlées
 - sur des groupes de « patients » diagnostiqués à partir des catégories type DSM

Efficacité des interventions psychologiques: la dépression

- Cuijpers et al. (2011): résultats d'une série de méta-analyses
 - Différences peu importantes entre les thérapies (petit effet spécifique)
 - interpersonnelle
 - psychodynamique
 - résolution de problèmes
 - cognitivo-comportementale
 - activation comportementale
 - non directive
 - Efficacité limitée des thérapies: de plus, effet surestimé du fait d'un biais de publication et de la mauvaise qualité méthodologique de bon nombre d'études



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Psychology Review



Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies

David K. Marcus*, Debra O'Connell, Alyssa L. Norris, Abere Sawaqdeh

Department of Psychology, Washington State University, Pullman, WA 99164-4820, United States



- Effets spécifiques sur symptômes cibles («primary outcomes») évalués à la fin de la thérapie: mais petits effets
- Pas d'effet spécifiques sur «secondary outcomes» évalués à la fin de la thérapie et dans le suivi à long terme

Efficacité des interventions psychologiques: le TOC

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

Efficacité des interventions psychologiques: 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 de la catégorie TOC

- Le TOC n'est pas une entité clinique unitaire
 - dysfonctionnements cognitifs spécifiques au lavage (Ceschi et al., 2003)
 - dysfonctionnements cognitifs spécifiques à la vérification (Zermatten et al., 2006)
- Hétérogénéité de la vérification (Ecker & Gönner, 2008; Lee et al., 2009)
 - évaluation exagérée des conséquences négatives (évitement du danger; responsabilité)
 - problème d'agentivité, problème d'accès au but de l'action (Belayachi & Van der Linden, 2009; 2010)



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Behavior Therapy 43 (2012) 13–24

Behavior
Therapy

www.elsevier.com/locate/ftb

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

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

- Thérapies de couple: comportementale, cognitivo-comportementale, focalisée sur les émotions, systémique, «insight-oriented»
- Dans seulement 50% des couples traités, les deux partenaires montrent une amélioration significative de leur satisfaction relationnelle; 30-60% des couples traités montrent une détérioration significative 2 ans après ou plus tard
- Peu de différence dans l'efficacité respective des différentes thérapies



Available online at www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Behavior Therapy 43 (2012) 13–24

Behavior
Therapy

www.elsevier.com/locate/ftb

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

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

« ...We argue that clinical practice of integrative approaches to couple therapy requires conceptual and clinical decision-making skills transcending those of any one theoretical modality and emphasizing the selection, sequencing, and pacing of diverse interventions in a coherent manner »

Efficacité de la revalidation cognitive dans la schizophrénie

- Wykes et al. (2011): résultats d'une méta-analyse
 - 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
 - amélioration plus importante quand une autre intervention est mise en place (p. ex., intervention psychosociale)

Pourquoi les interventions psychologiques ont-elles des effets limités:
l'influence du DSM et de la conception qu'il véhicule.....

■ Problèmes:

- 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

Pourquoi les interventions psychologiques sont-elles d'une efficacité limitée et relativement équivalente?

- L'efficacité limitée et relativement 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

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
 - les individus ayant un type particulier de problème psychopathologique se ressemblent parce que les mécanismes causaux induisent de façon régulière la co-occurrence de certains caractéristiques ou propriétés

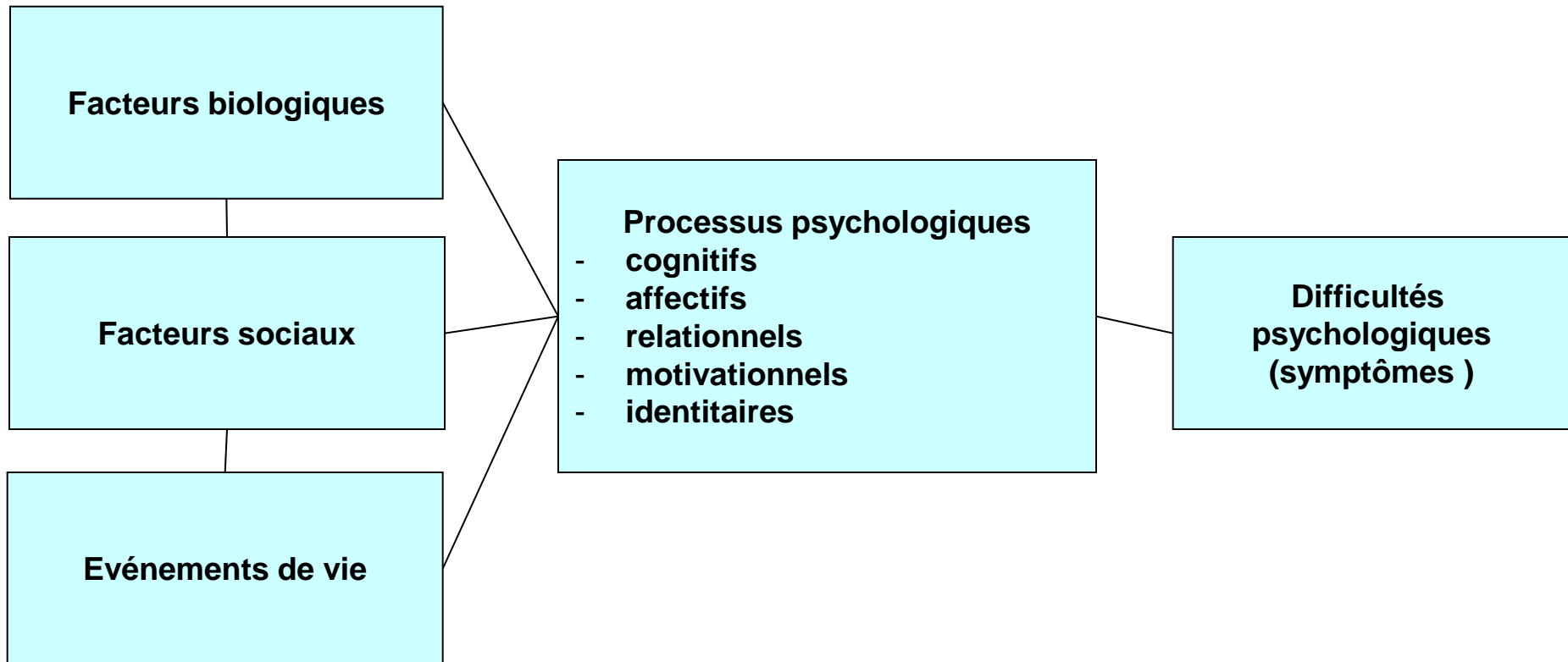
- Nécessité d'une approche différente
 - les relations entre mécanismes causaux et symptômes ont un caractère probabiliste
 - des causes peuvent simplement changer le risque ou la probabilité qu'un symptôme ou un ensemble de symptômes apparaissent
 - le même ensemble de symptômes peut provenir de mécanismes étiologiques différents
 - nécessité d'un autre type de nosologie permettant de mieux prendre en compte la complexité des facteurs en jeu

Forgeard et al. (2011). Beyond depression: toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment.

- Martin Seligman:

- « I think our diagnostic categories are the wrong ones (...). I think psychopathology should now try to move from symptom-based category to more refined and more useful process-based ones. (....). What we need to do is to tailor treatments into the suspected underlying processes and ignore de DSM category ».

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs
Kinderman (2005; voir Van der Linden & Billieux, 2011; Nef et al., 2012)



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

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

- Toute intervention psychologique se fonde au préalable sur une interprétation psychologique (une formulation de cas) des difficultés psychologiques
- Rôle complémentaire de différents types d'intervention psychologique, focalisés sur différents processus psychologiques (cognitifs, affectifs, relationnels, motivationnels, psychodynamiques)
 - 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

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

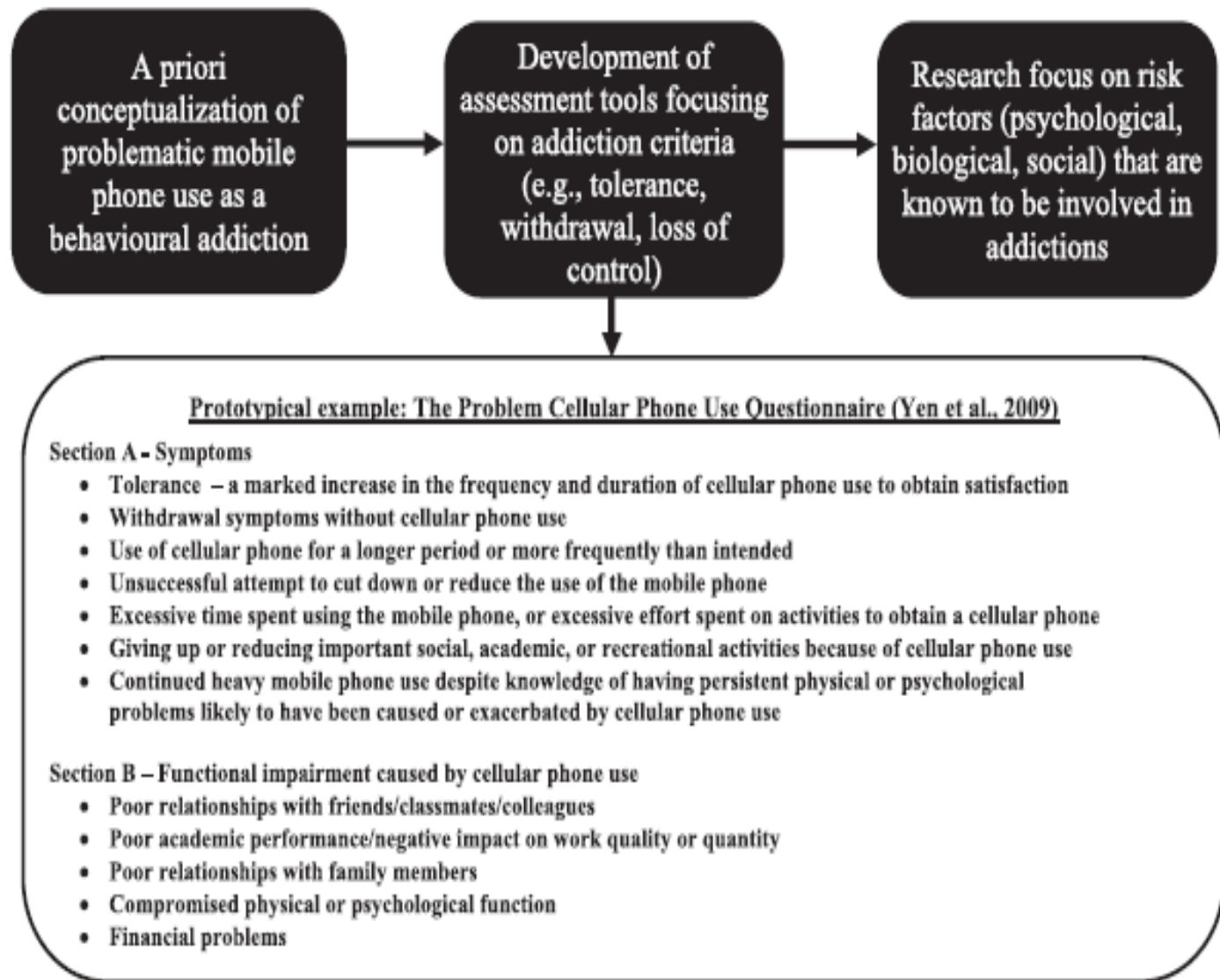


Figure 1. How to create a diagnosis of 'mobile phone addiction'

Thalia

- 19 ans
- Anxiété, stratégies de régulation émotionnelles dysfonctionnelle, (ruminations), faible estime de soi, 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»
- Description de situations dans lesquelles elle manifeste une utilisation exagérée et non contrôlée du téléphone portable
 - 4 des 7 critères: diagnostic d'addiction au téléphone portable
 - Thérapie possible : interview motivationnel, identification des situations à risque et apprentissage de nouvelles stratégies de coping, prévention de la rechute

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»
 - «Si je ne peux pas atteindre mon ami au téléphone, c'est qu'il ne souhaite pas me parler»
 - Lien avéré 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)
 - Histoire familiale, facteurs personnelles
 - 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):
 - 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 (plutôt que traitement concret orienté vers la résolution de problème)
 - Exacerbation de la détresse psychologique et des symptômes reliés

Une analyse en termes de processus psychologiques

- Comportements de réassurance : utilisation du téléphone portable
 - Réduire et neutraliser l'anxiété et la dysphorie engendrées par les pensées répétitives négatives (réassurance via contacts avec le petit ami)
 - Incapacité d'inhiber l'utilisation du téléphone portable en contexte émotionnel
 - Maintien du style relationnel dépendant par renforcement négatif

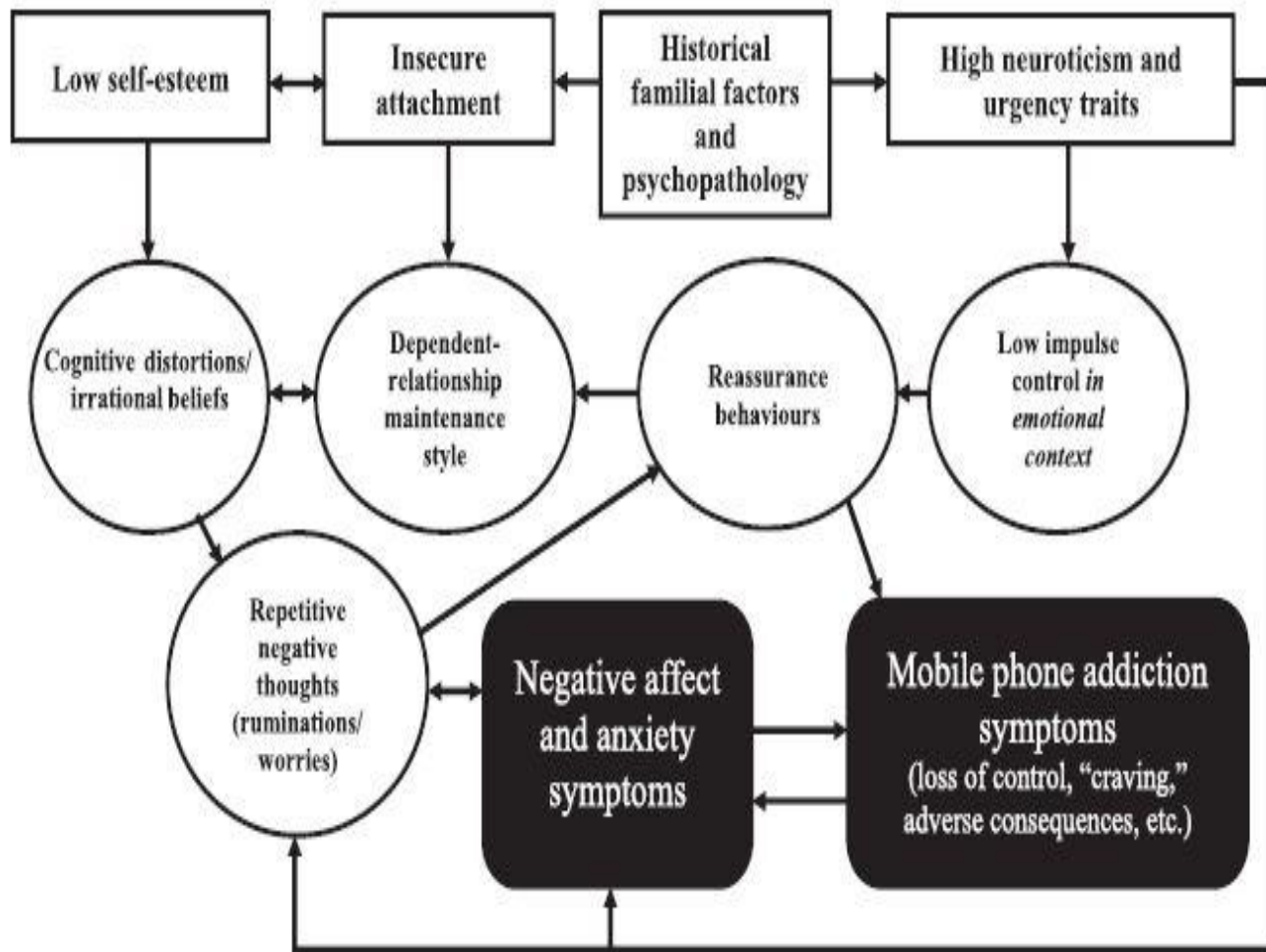


Figure 2. Thalia's clinical case conceptualization. Familial and individual risk factors are reported in white squares. Intrapersonal and interpersonal psychological processes are reported in white circles. Symptoms are reported in black squares

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): training 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

Un changement d'approche de la schizophrénie

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

Déficits cognitifs /de cognition sociale et statut fonctionnel

- Fett et al. (2011):
 - Méta-analyse: relation entre déficits cognitifs, déficits de cognition sociale et statut fonctionnel (52 études, 2692 sujets)
 - 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 fonctionnement dans la communauté (autonomie dans la vie quotidienne, fonctionnement social et professionnel)
 - $\frac{3}{4}$ de la variance dans le statut fonctionnel ne sont pas expliqués

Green & Horan (2010): symptômes négatifs et statut fonctionnel

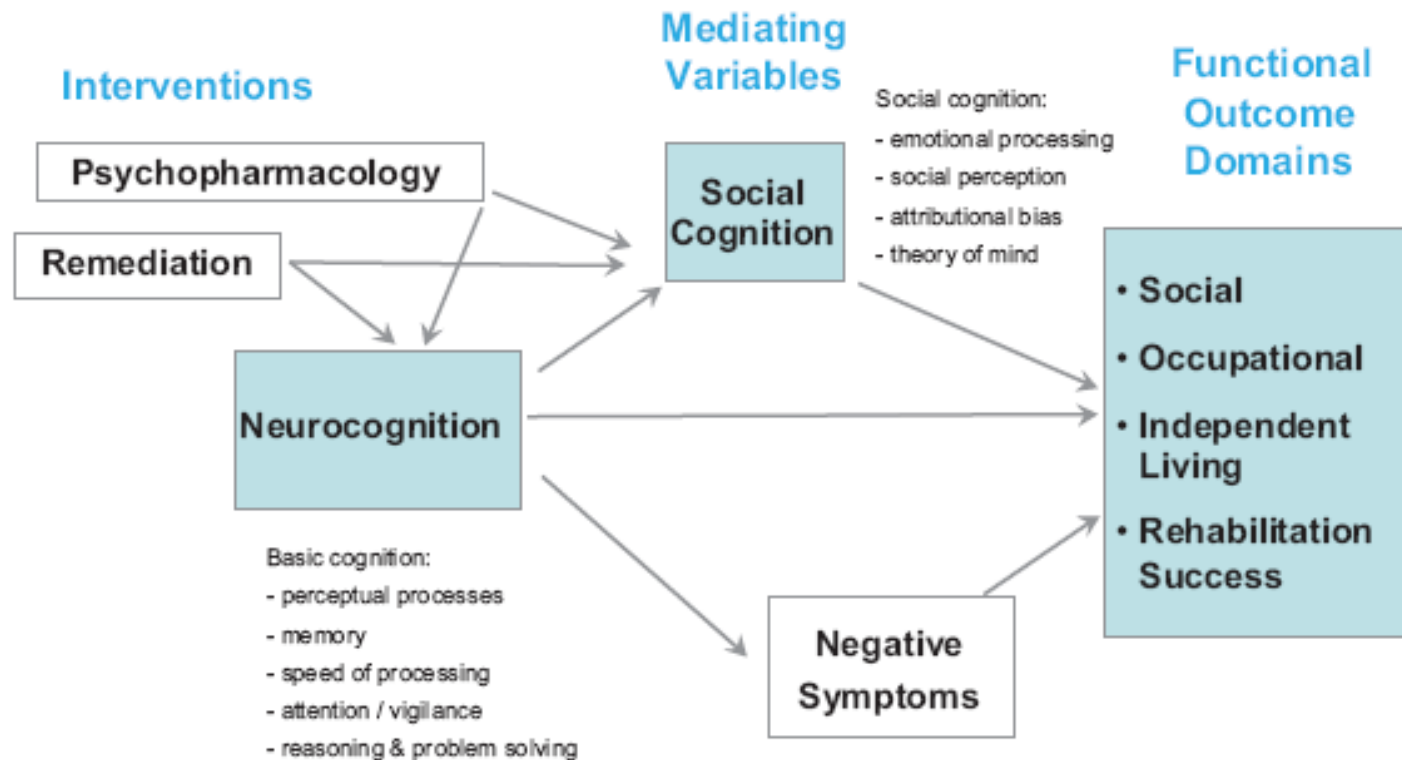
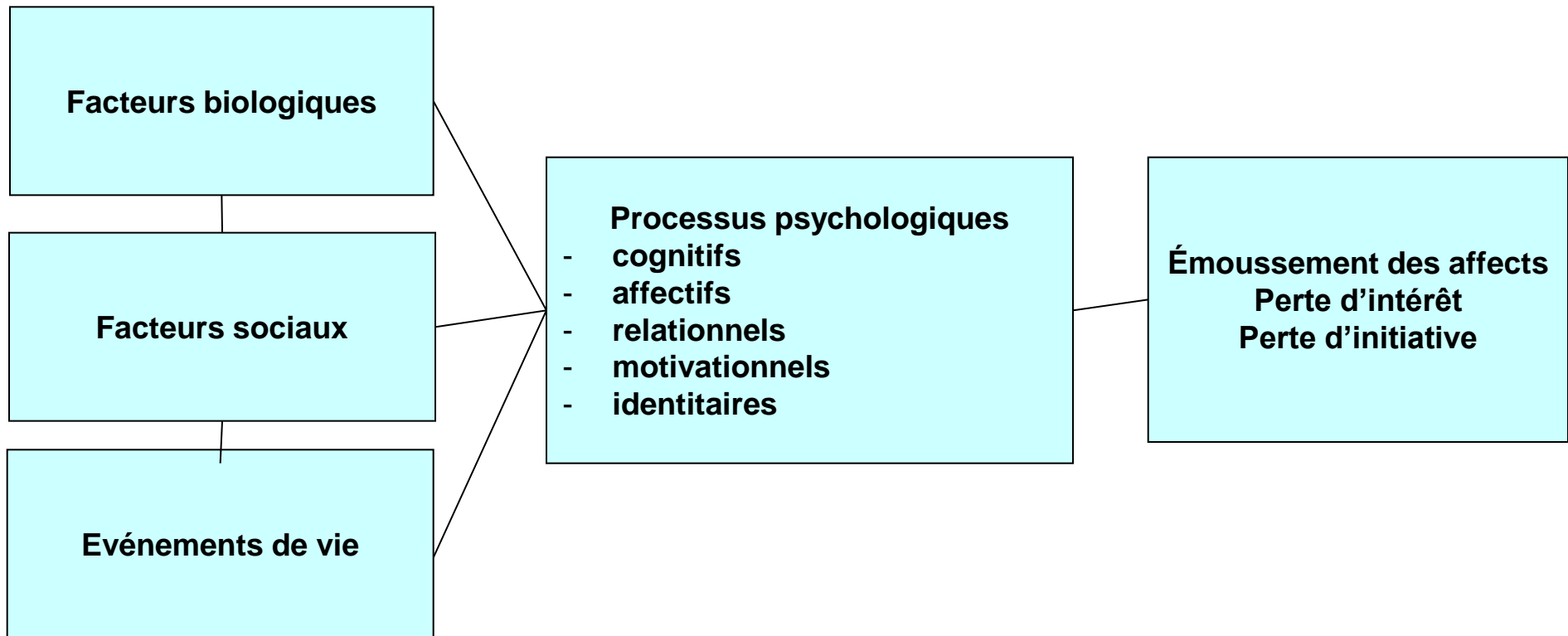


Fig. 1. Connections among neurocognition, social cognition, and functioning in schizophrenia. Specific examples are listed for each of these three areas. Social cognition appears to be a mediator between neurocognition and outcome; other variables, such as negative symptoms, may also act as mediators. Psychosocial training and psychopharmacological interventions for neurocognition and social cognition are actively being sought and evaluated.

Pour une approche psychologique intégrative des symptômes négatifs
(apathie)



REVIEW

A Multidimensional Approach to Apathy after Traumatic Brain Injury

**Annabelle Arnould · Lucien RoCHAT · Philippe Azouvi ·
Martial Van der Linden**

Schizophrénie et statut fonctionnel

- Aspects identitaires :
 - faible sentiment d'auto-efficacité, baisse de l'estime de soi, etc.
- Prise de conscience des difficultés, des effets des médicaments, etc.
- Réaction affectives, stratégie de coping face aux difficultés, aux réactions des proches, etc.
- Stigmatisation, stéréotypes (Henry et al., 2010)
- Un milieu familial tolérant, non intrusif, et soutenant le patient favorise l'intégration sociale et professionnelle (Giron & Gomez-Beneyto, 2004)
- Etc.

Martial Van der Linden
Anne-Claude Juillerat Van der Linden

PENSER AUTREMENT LE VIEILLISSEMENT



MARDAGA

Elargir son regard: «Recovery» (rétablissement/réappropriation de soi)

- Anthony (1993)
 - « il faut relever le défi qu'impose l'incapacité, quelle qu'elle soit, et retrouver une nouvelle intégrité qui soit valorisante et ce, à l'intérieur et même au-delà des limites qu'impose cette incapacité »
 - ne signifie pas la fin de la souffrance psychologique, ni la disparition des troubles et difficultés
 - retrouver - ou trouver - un sens à la vie, un sentiment de bien-être, une place dans la société selon son choix, le pouvoir d'agir, un rôle social, après avoir souffert ou en dépit de troubles psychologiques

Elargir son regard : évaluer différentes dimensions

- Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade (2011)
 - être en relation (être soutenu par les pairs, participer à un groupe de soutien, faire partie de la communauté)
 - espoir et optimisme concernant le futur (croire en la possibilité d'une réappropriation de soi, motivation à changer, pensée positive, apprécier les succès)
 - identité (reconstruire/redéfinir un sentiment positif d'identité, surmonter la stigmatisation)
 - sens à la vie (donner un sens aux difficultés rencontrées, spiritualité, qualité de vie, des activités qui ont un sens, des rôles et buts sociaux)
 - responsabilisation (responsabilité personnelle, contrôle sur sa vie, focalisation sur ses forces)

Elargir son regard: Différents types d'intervention

- Ces objectifs de réappropriation de soi vont impliquer des interventions et des changements à différents niveaux
 - individuel (psychologique, spirituel)
 - vie quotidienne
 - relationnel, social et professionnel
 - structures d'aide et de soin
 - etc.

«Recovery» (rétablissement/réappropriation de soi)

- Etre davantage guidé par les valeurs de respect et d'autodétermination que par des critères d'efficacité
 - entendre et respecter le point de vue des personnes, prendre en compte ce qu'elles disent ou expriment sur leur vécu, leurs souhaits et leurs besoins, et les inclure directement dans l'élaboration et l'évaluation des interventions
 - « Ni la médecine, ni la psychologie n'ont de légitimité à fixer les normes d'une vie accomplie» (Pachoud, 2012)
 - une dimension éthique mais aussi une dimension politique et de pouvoir: la personne doit être à même de disposer de la capacité de choisir, de décider et d'agir, ou de se la réapproprier

«Recovery» (rétablissement/réappropriation de soi)

- Une importante redéfinition des rapports entre « soignants » et « soignés », où les intervenants ne se cachent pas derrière une couverture professionnelle, mais mettent en avant l'élément humain
- une autre façon d'évaluer l'effet des interventions !
- D'importantes transformations dans l'organisation de la politique et des interventions de santé mentale