

1

Jean Tinguely Fountain « Jo Siffert » Fribourg/Switzerland

## **Bienvenu au cours Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychothérapie - partie I**

**Etudes de Bachelor of  
Science in Psychology  
à l'Université de Fribourg**



## **Introduction à la Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychothérapie**

**Cours du « Bachelor of Science in Psychology »**

Première année (faisant partie des cours propédeutiques)

Université de Fribourg, Département de Psychologie

Année académique 2008-09

Prof. Michaël Reicherts - Chaire de Psychologie clinique

Assistante : lic. phil. Tatiana Walther

2



### Programme du cours – partie I – Semestre d'automne 2008

- 19. 9. Séance d'introduction – exemples de cas – survol
- 3.10. Que fait-elle, la psychologue clinicienne – le psychologue clinicien ?  
La Psychologie clinique et les autres disciplines
- 10.10. Historique : la Psychologie clinique en tant que science - racines  
Questions, définitions, objets et méthodes (I) – types de savoir
- 17.10. Questions, définitions, objets et méthodes (II)
- 24.10. Méthodologie I : critères et types de recherche
- 31.10. Méthodologie II : critères et types de recherche, exemples
- 7.11. Méthodologie III : critères et types de recherche, exemples
- 14.11. Description et classification des problèmes psychiques
- 21.11. Epidémiologie : survol - critères et exemples
- 28.11. Etiologie, acquisition et maintien I :  
modèles d'influence, phases et facteurs étiologiques
- 5.12. Etiologie, acquisition et maintien II :  
modèles d'influence, phases et facteurs étiologiques
- 12.12. Etiologie et modèles de dysfonctionnement
- 19.12. Les orientations théoriques (survol) : psychanalyse, approche  
comportementale et cognitive, approche "expérientielle"

*Vacances de Noël - intersemestre*

3



### Programme du cours – partie II - semestre de printemps 2009

- 20.2. Introduction partie II – Reprise: étiologie  
Diagnostic : survol, procédé et validité; entretien, observation  
systématique, tests et échelles, expertise
  - 27.2. Diagnostic psychopathologique et orienté vers le traitement :  
analyse fonctionnelle des comportements/cognitions
  - 6.3. Diagnostic et Intervention : survol, thérapie vs conseil
  - 13.3. Intervention : l'approche cognitivo-comportementale I
  - 20.3. Intervention : l'approche cognitivo-comportementale II
  - 27.3. Intervention : l'approche psychanalytique
  - 3.4. Intervention : l'approche expérientielle
- Vacances de Pâques*
- 24.4. Troubles anxieux, Troubles de l'humeur - **Préparation à l'examen**
  - 1.5. Troubles de la personnalité, Trouble de la dépendance
  - 8.5. Troubles psychotiques, Troubles somatoformes
  - 15.5. Recherches en psychothérapie et indication
- Vacances Ascension*
- 29.5. Recherches en psychothérapie et indication
  - 3.6. Examen fin de première année – 9h00-11h00 – Uni Pérolles II**

4



## Références bibliographiques

Huber, W. (1993 / 2000). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Huber, W. (1993). *Les psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient ?* Paris : Nathan.

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives* (3ème éd.).

### **Lectures supplémentaires**

Bouyer, S. & Mietkiewicz, M.-C. (1998). *Introduction à la Psychologie clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Durand, V.M. & Barlow, D.H. (2002). *Psychopathologie – une perspective multidimensionnelle*. Paris: DeBoeck Université.

Bouvard, M. & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3ème éd.). Paris: Masson.

*Option en langue allemande (plusieurs chapitres sont disponibles en langue française):*

Perrez, M. & Baumann, U. (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Auflage). Bern : Huber.

*Option en langue anglaise :*

Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996). *Abnormal Psychology* (4th ed.). New York : Wiley.



## Séance du 19 septembre 2008



## Séance d'introduction

### Les études du « Bachelor of Science in Psychology » à Fribourg

Généralités – le parcours général – étapes du curriculum

Le programme d'étude: cours liés à la Psychologie clinique

### Le cours « Introduction à la Psychologie clinique »

Mode travail – recommandations – littérature - examen

Introduction: étude de cas - définitions - déroulement

7



## Le cursus de formation universitaire concernant Psychologie clinique – Psychologie de la Santé à Fribourg

Bachelor of  
Science in  
Psychology

3 ans – 180  
ECTS

p.ex. « Basic skills »  
diagnostic, entretien et counseling,  
intervention

Master of  
Science in  
Psychology

« Clinical  
& Health  
Psychology »

2 ans – 120  
ECTS

p.ex. «Advanced Skills en intervention»  
Analyse des troubles, étiologie,  
diagnostic avancé, projets de recherche

Formations  
post-grade

Master of  
Advanced  
studies

Différents  
programmes

2-4 ans 60-120

MAS « Psychologie enfant & adolescent »  
MAS « Intervention cognitivo-comportementale »

8



## Comment suivre le cours – comment travailler ?

### Eléments techniques ...



### Indications didactiques et techniques – recommandations !

Les **diapositives** et les **documents** présentés lors du cours **seront distribués au début** de chaque séance.

**Prenez des notes** lors du cours en utilisant les diapositives et les documents distribués. Ils servent de support didactique.

**Retravaillez les contenus** à l'aide de vos diapositives et vos notes. Lisez les lectures proposées le plus régulièrement possible !

**Travaillez ensemble**, en petits groupes : discutez les thèmes et contenus du cours, posez vous des questions mutuellement, faites vos propres petits résumés et documents de travail !

**Préparez l'examen** à la fin de l'année académique. Nous vous proposons un examen-test. Préalablement, vous recevrez des indications pour la lecture préparatoire (chapitres et parties de la documentation distribuée). Lors de l'examen-test vous pouvez répondre à un jeu de questions type. Ensuite, vous aurez un feedback par rapport à vos réponses.



# La psychologie clinique

**Exemple de cas**

**Définitions**

**Déroulements**

**Domaines scientifiques**





## Psychologie clinique: exemple de cas (patient 42 ans, M.A.)

### Présentation

Depuis 3 ans, Monsieur A. souffre - avec une intensité variée - de différents problèmes : problèmes de concentration, de mémoire, de langage (recherche des mots, lapsus); des maux de tête, des transpirations/sueurs, des problèmes de respiration et de sommeil, d'un épuisement; des sentiments de culpabilité et, occasionnellement, de la tendance à pleurer; en plus, il a des attentes négatives envers le futur, en particulier dans le domaine professionnel et financier.

Plusieurs diagnostics en médecine n'ont pas révélé de problèmes organiques.

Actuellement - depuis 6 semaines - les symptômes se sont renforcés. En plus, il a des problèmes pour s'activer le matin. Il a dû prendre congé de maladie. Des choses et actions qui lui faisaient plaisir auparavant (être avec ses enfants, ou cuisiner, savourer un bon repas, un verre du rouge) le laissent maintenant désintéressé et "froid".

Cette aggravation se présente depuis l'annonce des changements importants dans l'entreprise, où il travaille comme informaticien (fonction cadre, dirigeant un groupe de travail) : suite à une fusion de l'entreprise, on vise à réduire le personnel à la moitié de l'effectif actuel.

13



## Psychologie clinique : exemple de cas (M. A. suite)

### Informations anamnétiques

M. A est marié et a 2 enfants (8 et 11 ans).

Son père était mort à l'âge de 47 ans, quand le patient avait 11 ans. Après, il remplissait beaucoup de fonctions à la maison, dans la famille.

Il existe une relation étroite avec sa mère, par laquelle il se sent de moins en moins valorisé (p.ex. en comparaison avec ses deux frères plus âgés). Il y a des conflits, rarement exprimés, avec elle.

Il a vécu une crise maritale importante. Lors de son examen à la Haute-école (à 29 ans), sa femme commençait une relation avec un autre homme. Après une certaine durée et un déménagement dans une ville éloignée, cette relation s'est terminée. Après, lui et sa femme ont fait une thérapie de couple. Sa fille aînée présente depuis quelques mois des problèmes à l'école, surtout concernant ses performances scolaires (en particulier en mathématique). Il s'investit beaucoup pour la convaincre et l'aider, sans succès.

Il a une formation d'ingénieur en informatique. Après ses études, il a fait une carrière professionnelle importante. Actuellement, il occupe une position cadre dans l'entreprise. Il travaille beaucoup, de manière scrupuleuse. Il s'engage beaucoup, sans que ses propositions de projet ou de réorganisation aient été retenus et réalisés par la direction.

Ses multiples efforts au niveau familial et professionnel ont encore réduit ses contacts avec les amis et collègues, déjà assez limités auparavant.

14



## La Psychologie clinique – définition

### La Psychologie clinique en tant que discipline scientifique

- étudie l'ensemble des troubles et problèmes psychiques
- d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental, social ou "psychosomatique"
- avec des méthodes et techniques de la psychologie scientifique
- dans le but de **cerner** (classification, diagnostic), d'**expliquer** (étiologie, maintien) et de **traiter** (thérapie, prévention, réhabilitation) les problèmes et troubles

Elle s'occupe aussi

- des aspects psychologiques de la santé et
- des implications psychologiques des maladies somatiques

15



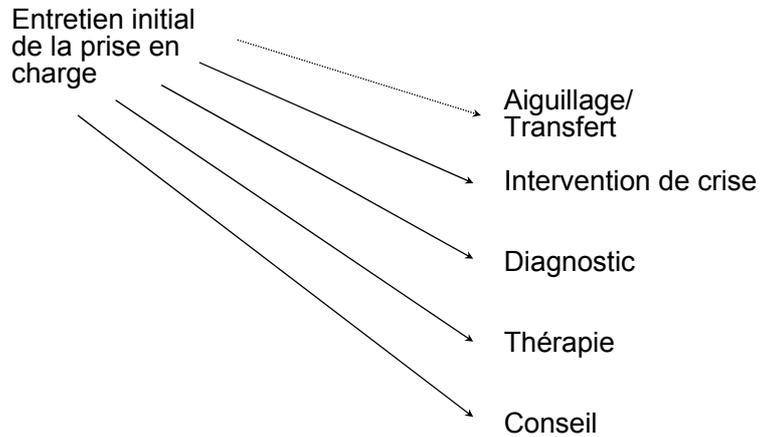
## La prise en charge clinique : déroulement général

1. **Phase initiale :**  
accueil et première(s) entrevue(s)
2. **Phase diagnostique :**  
analyse du problème, diagnostic psychopathologique et classificatoire, diagnostic visant l'intervention
3. **Phase d'intervention :**  
traitement, psychothérapie, conseil
4. **Phase de clôture :**  
préparation à la période post intervention (maintien, prévention de rechute, etc.)
5. **Suivi :**  
reprise de contact, ré-évaluation

16



## L'entretien initial - variantes et suites



17



## Profession : psychologue clinicien-ne Le paradigme « scientist – practitioner »

La psychologie clinique fait partie de ce que l'on appelle

- les professions d'aide ("helping professions"),
- les disciplines de soins psychologiques ("psychological caregiving disciplines") ou encore
- les professions de soins de santé

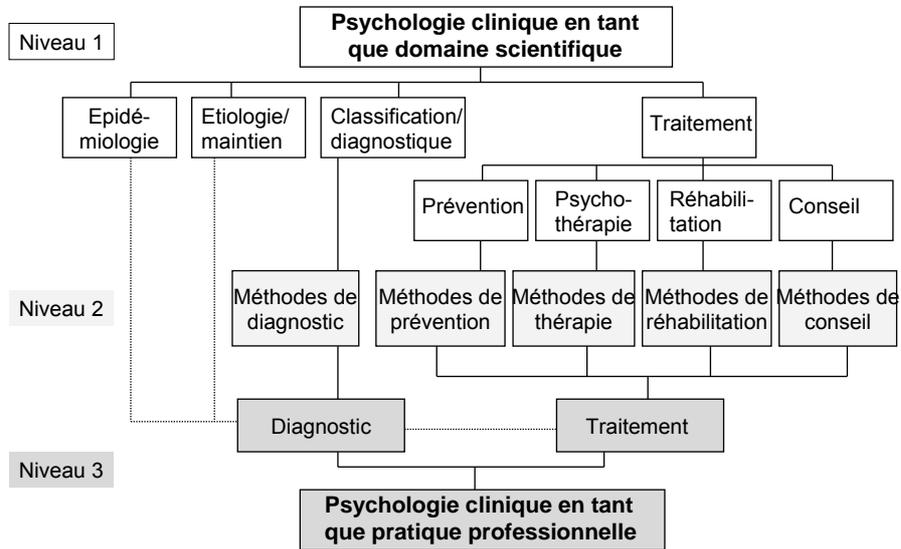
Une particularité de la profession du psychologue clinicien :  
il est « **scientist-practitioner** » – « **scientifique appliquant...** »  
ou « **praticien-scientifique** » ce qui se caractérise par :

1. connaissance et adoption des résultats empiriques dans le travail pratique (« evidence based »)
2. utilisation des méthodes (diagnostic, intervention) scientifiquement développées et fondées
3. application de la méthodologie scientifique (critères et démarches) en travaillant avec les cas individuels

18



## Psychologie clinique en tant que science et pratique





## Séance du 3 octobre 2008

21



22

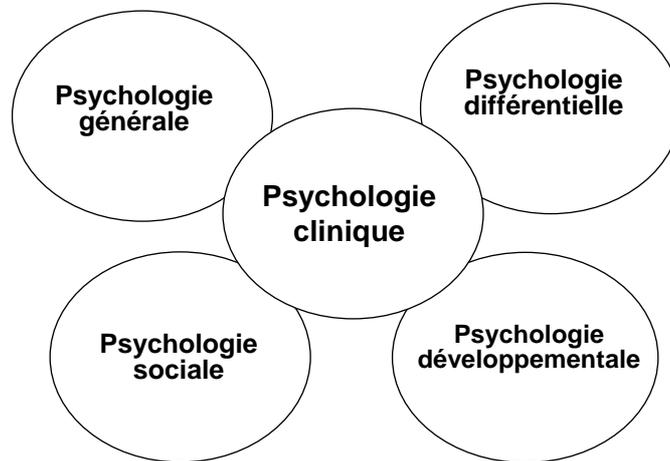


# La Psychologie clinique et les autres disciplines de la Psychologie





## La Psychologie clinique et les autres disciplines : les branches et les domaines de la Psychologie



25



## La Psychologie clinique et les autres disciplines : les branches et les domaines de la Psychologie

### La Psychologie

s'occupe des processus cognitifs, affectifs et comportementaux, ainsi que de l'apprentissage chez l'être humain, le sujet en général. Elle vise à conceptualiser les composantes de ces processus et leurs interactions (description), et à repérer les causes et conditions qui influencent leur fonctionnement (explication).

### La Psychologie

s'occupe de la variété, des différences entre les êtres humains. Elle décrit les dimensions qui les distinguent et leur variation « dans la normalité »; elle cherche à clarifier les conditions qui sous-tendent les différences. Elle vise à expliquer les différentes réponses (comportement et vécu) de la personne, et essaie d'expliquer et de prédire le comportement à partir des caractéristiques (traits) de la personne.

### La Psychologie

s'occupe des liens et implications sociales de l'être humain (par ex. affiliation, formation et fonctionnement des groupes, les normes sociales). Elle décrit les structures et processus qui caractérisent l'interaction entre individus et structures sociales et cherche à clarifier les conditions qui les influencent ou modifient.

### La Psychologie

s'occupe du développement / changement des fonctions et caractéristiques psychiques de l'être humain à travers sa vie (« life cycle »: petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, vieillissement). Elle s'intéresse aussi aux particularités de certaines phases du développement sensibles aux changements et essaie de repérer les conditions susceptibles de modifier le développement (« nature – nurture » et leurs interactions).

26



## La Psychologie clinique et les autres disciplines : les branches et les domaines de la Psychologie

### La Psychologie générale

s'occupe des processus cognitifs, affectifs et comportementaux, ainsi que de l'apprentissage chez l'être humain, le sujet en général. Elle vise à conceptualiser les composantes de ces processus et leurs interactions (description), et à repérer les causes et conditions qui influencent leur fonctionnement (explication).

### La Psychologie différentielle

s'occupe de la variété, des différences entre les êtres humains. Elle décrit les dimensions qui les distinguent et leur variation « dans la normalité » [sur un continuum]; elle cherche à clarifier les conditions qui sous-tendent les différences. Elle vise à expliquer les différentes réponses (comportement et vécu) de la personne, et essaie d'expliquer et de prédire le comportement à partir des caractéristiques (traits) de la personne.

### La Psychologie sociale

s'occupe des liens et implications sociales de l'être humain (par ex. affiliation, formation et fonctionnement des groupes, les normes sociales). Elle décrit les structures et processus qui caractérisent l'interaction entre individus et structures sociales et cherche à clarifier les conditions qui les influencent ou modifient.

### La Psychologie développementale

s'occupe du développement / changement des fonctions et caractéristiques psychiques de l'être humain à travers sa vie (« life cycle »: petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, vieillissement). Elle s'intéresse aussi aux particularités de certaines phases du développement sensibles aux changements et essaie de repérer les conditions susceptibles de modifier le développement (« nature – nurture ») et leurs interactions).

27



## La Psychologie clinique et les autres disciplines : les branches et les domaines de la Psychologie

La Psychologie clinique se base sur les connaissances et méthodes d'autres branches et domaines psychologiques

- Elle tient compte de l'ensemble de différentes fonctions (mentales, affectives, comportementales ou biologiques) caractérisant l'être humain (son vécu et ses comportements)
- Elle vise à définir et à analyser le fonctionnement perturbé ou problématique en le comparant avec ce qui est "normal" ou avec la "variabilité de la normalité"
- Elle base ses stratégies d'intervention (thérapie, prévention, réhabilitation) sur des mécanismes psychologiques élémentaires
- Elle utilise les critères et outils méthodologiques de la Psychologie pour la recherche et l'évaluation (le diagnostic) et les adapte à ses propres fins

28



# La Psychologie clinique et les autres disciplines





## La Psychologie clinique et les autres disciplines : la philosophie, la sociologie et l'informatique (exemples)

### La philosophie :

théorie et philosophie des sciences, la logique,  
l'anthropologie, l'éthique

### La sociologie :

l'influence qu'exercent la classe sociale, les groupes  
marginaux et minoritaires, la famille, l'insertion dans le  
groupe social, les institutions et organisations sociales, sur  
les troubles et problèmes psychiques  
ex : "labeling approach" ("étiquetage")

### L'informatique :

systèmes de traitement de l'information,  
systèmes informatisée pour le testing, pour l'observation  
(enregistrement, système d'experts pour le diagnostic,  
analyse, etc.), télé-psychologie, modèles de simulation

31



## Psychologie clinique et les autres disciplines: la médecine

**Psychiatrie** : s'occupe des maladies et troubles psychiques, se centre surtout  
sur les composantes somatiques ou biologiques

**Psychopathologie** : la branche de la médecine qui étudie la description  
(symptomatologie), la systématisation (nosologie), les causes et le  
développement des troubles psychiques (pathogénèse)

**Médecine psychosomatique** : étudie le rôle des facteurs psychologiques  
(personnalité, conflits, biographie) par rapport aux maladies somatiques; liée  
notamment aux conceptions psychanalytiques, cible des maladies dites  
"psychosomatiques" (p. ex. asthme bronchique, ulcère gastrique,  
hypertension)

**Médecine comportementale** : vise l'analyse des facteurs psychologiques  
intervenant dans l'étiologie, la prévention et le diagnostic des maladies, aux  
méthodes de promouvoir l'ajustement, la réhabilitation des troubles physiques.

Et encore: **Gériatrie, Neurologie, Neurobiologie – Neuropsychologie, ...**

Attention: **Psychologie de la santé**: la contribution scientifique et pratique de  
la Psychologie à l'amélioration et au maintien de la santé, à la prévention, au  
traitement et à la réhabilitation des maladies, à l'analyse des comportements à  
risque et des causes des problèmes de la santé ainsi qu'à l'amélioration des  
systèmes des soins. Est une spécialisation post-grade en Psychologie (FSP)

32



## Les activités des psychologues cliniciens : la prise en charge dans le milieu médical (I)

### Diagnostic

Diagnostic psychologique et différentiel en lien avec les problèmes et maladies somatiques (p. ex. douleurs, maladies "psychosomatiques", facteurs et comportements à risque)

### Intervention

- **Prévention**  
Préparation à un traitement médical important (p. ex. une opération chirurgicale importante)
- **Thérapie**  
Traitement psychologique accompagnant un traitement médical (p. ex. chimiothérapie d'un cancer)  
Accompagnement des patients atteints d'une maladie chronique grave ou des patients en face de la mort

33



## Les activités des psychologues cliniciens : la prise en charge dans le milieu médical (II)

- **Réhabilitation**  
Suivi et accompagnement après opération ou accident (p. ex. réhabilitation psychologique d'un infarctus, réhabilitation "psychoéducative" en neurologie après des lésions cérébrales)
- **Conseil**  
Concernant des décisions médicales à prendre, évaluant les implications psychologiques des démarches, des risques, du pronostic

34



# Que font les les psychologues cliniciens et cliniciennes ?

35



36



## **Problèmes qui motivent à consulter une psychologue (clinicienne)**

(selon Bouyer & Mietkiewicz, 1998, document de l'Association des psychologues libéraux de l'Est, France)

### **La consultation psychologique "est indiquée" quand une personne**

- est angoissée ou déprimée
- souffre
- traverse une crise
- éprouve la solitude
- ne peut pas prendre une décision importante
- se pose des questions d'orientation (professionnelle, etc.)
- s'interroge sur ses compétences / possibilités (scolaires, universitaires, professionnelles)
- éprouve des difficultés de communication
- vit des rapports conflictuels (en couple, en famille, au travail) etc., etc.

37



## **L'expérience subjective des problèmes et troubles psychiques (I)**

- L'expérience subjective des troubles psychiques se caractérise comme expérience d'un manque, d'une déviation (déficit ou excès), d'une souffrance.
- Les problèmes et/ou la souffrance ne sont pas "compris" ni "compensés" par la personne.
- La perte de liberté et de contrôle et les tentatives de solution infructueuses dérangent l'épanouissement de la personnalité ou « bloquent » son développement.

38



## L'expérience subjective des problèmes et troubles psychiques (II)

Exemples : les patients disent

- par rapport au manque et au désordre / souffrance vécu
  - “Quelque chose ne va pas” ou “ne va plus”
  - “Quelque chose n’est pas en ordre”
  - “Ma vie n’a pas de sens”
  - “Je manque d’harmonie en moi”
  - “Je ne suis plus la personne que j’ai été”
  - “Je ne me comprends plus”
  - “Je me sens complètement bloqué”
- par rapport à l’impuissance de résoudre le problème
  - “Je ne sais plus quoi faire”
  - “Je ne vois pas d’issue”
  - “J’ai essayé tant de choses, mais rien n’a vraiment changé. Et après, je me suis senti encore plus perdu.”

39



## Psychologues cliniciens - Domaines d'exercice en France

(selon Bouyer & Mietkiewicz, 1998)

### **Le secteur médical et psychiatrique**

hôpital psychiatrique, secteur psychiatrique de l'hôpital général, neurochirurgie/neuropsychologie, gynécologie-obstétrique, oncologie, gérontologie

### **Le champ médico-social**

Centres d'accueil médico-social, Centres médico-psychologiques, médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques  
Centres d'accueil / postcure pour toxicomanes

### **L'école**

Conseiller d'orientation-psychologue, psychologue scolaire

### **Le monde du travail**

Gestion des ressources humaines

### **L'activité libérale**

Thérapie et conseil en cabinet

40



## Institutions dans le Canton de Fribourg (exemples) dans lesquels travaillent des Psychologues cliniciens

Hôpital psychiatrique de Marsens

Service psycho-social (SPsy)

Unité de traitement des addictions (UTA; rattaché au SPsy)

Service de pédopsychiatrie (SPP)

Services de psychologie scolaire

Centre pour Troubles alimentaires (CEPTADE)

Conseil psychologique du Département de Psychologie (Université)

Cabinets de Psychologues cliniciens et de Psychothérapeutes

Cabinets de Psychiatres

41



42



## Séance du 10 octobre 2008

43



44



## Exercices

pour le 10 octobre

**De quel problème souffre Mme D.?**

**Le « scientist-practitioner » -  
caractéristiques ?**

45



### Exemple de cas : Madame D.

Mme D., 27 ans, consulte pour des problèmes d'anxiété qui se sont déclenchés peu après la séparation d'avec son milieu familial pour aller vivre avec son mari, et qui persistent depuis une année environ et qui s'aggravent.

La patiente éprouve une forte anxiété dans différentes situations : sortir en général, mais en particulier les rues peuplées, le cinéma, le restaurant, mais aussi de conduire seule et lors des voyages.  
Comme symptômes de l'émotion anxieuse, elle décrit des accès de migraine, des diarrhées, des vomissements, mais aussi l'accélération du rythme cardiaque et de la respiration, ainsi que l'augmentation de la tension musculaire. Elle évite si possible les sorties et rencontres à l'extérieur, le cinéma et les voyages.

Elle anticipe des attaques d'angoisse à des moments variables et sans stimuli précis, lors desquelles elle subit des céphalées, diarrhées et craint de tomber malade. Les pensées qui surgissent – en étant dans les situations et en les anticipant – s'organisent autour du thème d'être complètement ridicule, au point de s'interroger dans ces moments si elle devient folle, peut-être.

Quant à son entourage, elle essaie de le cacher à tout le monde, sauf à son mari, qui se montre très compréhensif et ne la critique pas.

46



## Profession : psychologue clinicien

La psychologie clinique fait partie de ce que l'on appelle

- les professions d'aide ("helping professions") ou
- les disciplines de soins psychologiques ("psychological caregiving disciplines") ou encore
- les professions de soins de santé

Une particularité de la profession du psychologue clinicien :  
il est "**scientist-practitioner**" – "**scientifique appliquant...**" ou  
"**praticien scientifique**" ce qui se caractérise par :

- 1.
- 2.
- 3.





## La Psychologie clinique en tant que science:

Questions –  
Définitions –  
Objets –  
Méthodes





## Psychologie clinique – définitions

**Kraepelin** (1895, p. 91; d'après Huber, 1993)  
sur l'introduction d'un laboratoire de psychologie expérimentale  
dans la clinique psychiatrique :

“Il est grand temps qu'également chez nous en matière de  
questions psychologiques, l'étude de cas sérieuse et  
consciencieuse prenne la place des affirmations spirituelles et des  
inventions au sens profond, l'improuvable et le non-documentable  
ne nous avancent pas. Nous avons besoin de faits, pas de  
théories... Nous voulons tenter d'y donner une réponse, non pas à  
la table verte, mais au laboratoire, non pas avec des idées  
brillantes, mais par la mesure et le calcul.”

**Huber** (1993, p. 15)

La branche de la Psychologie qui a pour l'objet les problèmes et  
troubles psychiques ainsi que la composante psychique des  
troubles somatiques. Elle est donc l'étude des problèmes  
psychiques se manifestant dans des conduites normales et  
pathologiques, et de l'intervention dans ces conduites

51



## Psychologie clinique – définitions

**Bouyer & Mietkiewicz** (1999, p.101)

La psychologie clinique est la psychologie qui se spécifie par  
l'approche clinique, dont la particularité est de considérer  
chaque personne comme un être singulier

**D'autres "approches" de définition**

“C'est ce que font les psychologues cliniciens”

“C'est ce qui s'enseigne à l'Université”

etc.

52



## Psychologie clinique en tant que science : questions

- Quels sont les troubles et problèmes cliniques à distinguer ?
- Quelle est leur fréquence, intensité et durée ?
- Comment sont-ils à mettre en évidence dans les cas individuels ?
- Quelles sont les conditions qui les facilitent et déclenchent ? Quelles les maintiennent ?
- Quel est le mode de (dys)fonctionnement psychique qu'ils impliquent ?
- Quels sont les moyens pour changer (améliorer, atténuer, modifier) les problèmes et troubles cliniques ?

53



## La Psychologie clinique – définition

### La Psychologie clinique en tant que discipline scientifique

- étudie l'ensemble des troubles et problèmes psychiques
- d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental, social ou "psychosomatique"
- avec des méthodes et techniques de la psychologie scientifique
- dans le but de **cerner** (classification, diagnostic), d'**expliquer** (étiologie, maintien) et de **traiter** (thérapie, prévention, réhabilitation) les problèmes et troubles

Elle s'occupe aussi

- des aspects psychologiques de la santé et
- des implications psychologiques des maladies somatiques

54



## Les types de savoir en Psychologie clinique

55



56



## Types de savoir en psychologie clinique (d'après Bunge, 1967; Perrez, 1989; Reicherts, 1999)

- (1) Le savoir factuel
- (2) Le savoir nomologique
- (3) Le savoir nompragmatique
- (4) Le savoir conceptuel

- (1) Le savoir factuel porte sur des faits singuliers et est décrit par des propositions singulières (faits établis par une démarche objective ou intersubjective). Il concerne des caractéristiques définies d'une population ou d'un individu déterminés, à un moment donné.

Exemples :

"le patient X a subi un événement critique de vie (p. ex. licenciement) au moment T".

"La prévalence d'un trouble X au moment T est de Y%"

57



## Types de savoir en psychologie clinique (d'après Bunge, 1967; Perrez, 1989; Reicherts, 1999) (suite)

- (2) Le savoir nomologique porte sur des relations entre variables et vise l'explication et la prédiction des phénomènes en question. Ces propositions sont souvent exprimées sous forme de "loi" :

"Si A, alors B" ou "Plus A, plus B"

Exemples :

"Si expériences non-contrôlables (A), alors détresse apprise (B)" (version déterministe)

"Si expériences non-contrôlables (A), alors - avec la probabilité p - détresse apprise (B)" (version probabiliste)

58



### Types de savoir en psychologie clinique (d'après Bunge, 1967; Perrez, 1989; Reicherts, 1999) (suite)

- (3) Le savoir nomopragmatique (technologique) concerne les modifications, les relations moyen-fin. Il se définit par sa référence à l'action. Il décrit des actions (A) et les effets auxquels elles conduisent (E), sous certaines conditions (C).  
La structure  
"E par A, si C" ou  
"Pour atteindre E, dans les conditions C, fais A !"
- (4) Le savoir conceptuel porte sur les représentations des phénomènes de la réalité en précisant les définitions scientifiques, leur liens avec d'autres concepts théoriques, et leurs critères d'application (opérationnalisation).  
Exemples :  
les définitions (opérationnelles) des concepts ("constructions ou construits théoriques") comme le "renforcement instrumental positif" ou la "détresse acquise";  
les concepts ou catégories diagnostiques des troubles, p. ex. "épisode dépressif majeur"

59



### Types de savoir en psychologie clinique Exercice : quelles phrases représentent quel savoir ?

- A. La phobie se caractérise (entre autres) par une peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.
- 
- B. Pour qu'un patient phobique apprenne à se confronter à une situation X redoutée, on devrait l'aider à imaginer progressivement la situation X alors qu'il est en état de relaxation.
- 

60



### Types de savoir en psychologie clinique

#### Exercice : quelles phrases représentent quel savoir ?

- C. Si on présente une conséquence agréable suite à un comportement, la fréquence de ce comportement devrait se renforcer/augmenter de manière très probable.  
→
- D. Monsieur A. souffre depuis 3 ans de différents problèmes (troubles de la concentration, pertes de mémoire, perturbations du sommeil,...).  
→
- E. L'ampleur d'une réponse (réaction) est fonction de l'intensité d'un stimulus pertinent.  
→

61



### Types de savoir en psychologie clinique

#### Exercice : quelles phrases représentent quel savoir ?

- A. La phobie se caractérise (entre autres) par une peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.  
→ catégorie diagnostique, DSM-IV : savoir CONCEPTUEL
- B. Pour qu'un patient phobique apprenne à se confronter à une situation X redoutée, on devrait l'aider à imaginer progressivement la situation X alors qu'il est en état de relaxation.  
→ technique de la désensibilisation systématique (Wolpe)  
savoir NOMOPRAGMATIQUE

62



### Types de savoir en psychologie clinique

#### Exercice : quelles phrases représentent quel savoir ?

- C. Si on présente une conséquence agréable suite à un comportement, la fréquence de ce comportement devrait se renforcer/augmenter de manière très probable.  
→ conditionnement opérant : savoir NOMOLOGIQUE
- D. Monsieur A. souffre depuis 3 ans de différents problèmes (troubles de la concentration, pertes de mémoire, perturbations du sommeil,...).  
→ savoir FACTUEL (portant sur un individu)
- E. L'ampleur d'une réponse (réaction) est fonction de l'intensité d'un stimulus pertinent.  
→ Lois du comportement selon Skinner (1938)  
savoir NOMOLOGIQUE

63



64



## Séances du 17 et 24 octobre 2008

65



66



# La Psychologie clinique en tant que science :

## L'explication scientifique





### **Le terme « explication » (Stegmüller, 1969; Huber, 1993)**

- Explication de la signification d'un mot (explication informelle d'une définition précise ou d'un usage langagier)
- L'interprétation d'un texte d'un film, d'une oeuvre d'art
- Description détaillée d'actions (comment l'auteur les a accomplies)
- L'explication d'une façon de faire (« mode d'emploi »)
- Eclaircissement du fonctionnement d'un objet complexe
- Justification (morale) d'actions qui ne correspondent pas aux normes
- **Explication causale de faits et de processus  
-> explication scientifique**

69



### **L'explication scientifique en Psychologie (clinique)**

#### **Variantes de l'explication scientifique en psychologie clinique**

- (1) L'explication déductivo-nomologique
- (2) L'explication dispositionnelle
- (3) L'explication historique-génétique
- (4) L'explication « incomplète »  
(p. ex. explication «comment a-t-il été possible que...»)

70



## L'explication déductive-nomologique : structure et composantes

<b>Structure</b>	L <sub>1</sub> , L <sub>2</sub> ,... <i>Explanans</i> (ce qui explique) A <sub>1</sub> , A <sub>2</sub> ,... ----- E <i>Explanandum</i> (ce qui est à expliquer)
<b>Composantes</b>	L <sub>1</sub> , L <sub>2</sub> ,... étant des <b>lois générales</b> , des <b>hypothèses</b> ou des suppositions théoriques de nature déterministe  A <sub>1</sub> , A <sub>2</sub> ,... étant des propositions décrivant les <b>conditions antécédentes</b>  E étant la <b>description de l'événement</b> qu'il s'agit d'expliquer.  ----- indiquant que E <b>suit logiquement</b> de L <sub>1</sub> , L <sub>2</sub> ,... et de A <sub>1</sub> , A <sub>2</sub> ,... (et symbolisant le passage à la conclusion).

71



## L'explication déductive-nomologique : structure et composantes

### Exemple appliqué à la psychologie

- L :** Toute réaction suivie d'un renforcement positif augmente sa probabilité d'apparition.
- A :** La réaction **x** est suivie d'un renforcement positif.  
-----
- E :** La probabilité d'apparition de la réaction **x** augmente.

72



### Conditions de validité des explications déductives-nomologiques

Pour être valables, de telles explications doivent satisfaire certaines conditions d'adéquation qui sont, d'après Hempel et Oppenheim (1948) et Stegmüller (1969, p.46) :

- B1: L'argument qui conduit de l'*explanans* à l'*explanandum* doit être **logiquement correct**.
  - B2: L'*explanans* doit contenir **au moins une loi générale** (ou une proposition dont on puisse déduire une loi générale).
  - B3: L'*explanans* doit avoir un **contenu empirique**.
  - B4+ Les propositions constituant l'*explanans* doivent être **vraies**.
- B4+ peut être remplacé par B4:*
- B4 Les propositions constituant l'*explanans* doivent être **bien confirmées ou corroborées**.

73



### La théorie de la détresse acquise « Learned helplessness » selon Seligman et coll. (1975) - L'expérience originale (1)

Seligman et collaborateurs ont réalisé des expériences de conditionnement avec des chiens (en tant que « modèle animal »).

#### La structure de l'expérimentation - le « paradigme » expérimental

**1ère phase:** installés dans une fixation / harnachement (selon Pavlov) les chiens ont reçu des chocs électriques douloureux, mais inoffensifs.

Les chocs ont été appliqués sans qu'aucun signal les précédait ou indiquait. L'animal avait aucune possibilité de réaction pour éviter les chocs ou alors de prédire leur occurrence.

**2ème phase** (le lendemain): les chiens ont été mis dans une cage à deux compartiments, séparés par une barrière qu'ils pouvaient surmonter. La cage comprenait un sol permettant de donner des chocs électriques.

En sautant sur la barrière (réaction), il a été possible de s'échapper au choc. Un signal lumineux (baisse de luminosité) précédait de 10 sec. le choc électrique.

Les chiens du **groupe contrôle** (« yoked control ») ont reçu le même nombre de chocs lors de la première phase, en ayant la possibilité de les contrôler

74



## La théorie de la détresse acquise « Learned helplessness » selon Seligman et coll. (1975) - L'expérience originale (2)

**Résultats:** Les chiens (en grande majorité) ayant été entraînés à la « **helplessness** » - quoi qu'ils faisaient il n'y avait ni possibilité de s'échapper ni prédiction de l'expérience aversive - ont montré des comportements de détresse, c.-à-d. dans ce contexte:

(1) Ils sursautent d'abord, bougent rapidement, sans orientation.

(2) Ils se couchent, gémissent, deviennent de plus en plus passifs.

Or, le **chien contrôle** (sans cet entraînement à la détresse) réagit dans la cage d'abord comme le chien « en détresse », en sursautant etc.. Mais il continue à bouger et à explorer lors de l'expérience aversive (le choc), jusqu'à ce qu'il essaie de sauter sur la barrière – et s'échappe ainsi aux chocs.

Après un certain nombre d'essais, tous les chiens contrôle apprennent correctement: une fois dans la cage, ils s'installent proche de la barrière et attendent l'arrivée du signal pour sauter...

**Des recherches ultérieures** montrent que les manifestations de détresse acquise (« learned helplessness ») comprennent le niveau somatique (végétatif), moteur (mouvements) et cognitif (attente, orientation perceptive, etc.)

75



## L'explication scientifique en Psychologie

### Explication déductivo-nomologique (exemple)

L : L'exposition à des situations aversives et non contrôlables (p.ex. événements critiques) produit des réactions de détresse acquise

A : Il y a exposition à une situation aversive et non contrôlable

—

E : Des réactions de détresse acquise apparaissent

76



### Le modèle reformulé de la détresse acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

L'interprétation (attribution) causale comprend **trois dimensions** :

<b>Des causes</b>	1. internes	versus	externes
	2. globales	versus	spécifiques
	3. stables	versus	instables/variables

**Exemples d'attribution : « Pourquoi j'ai raté mon examen en stat »**

Attribution	Internale		Externale	
	Stable	Variable	Stable	Variable
Globale	Il me manque l'intelligence	Je suis épuisé	Tous les examens ne sont pas « fair »	C'est une journée de malchance : vendredi le 13
Spécifique	Il me manque le talent mathématique	J'en ai marre des statistiques	Les examens en stat ne sont pas « fair »	J'avais le code « 13 » sur ma copie de stat

77



### Le modèle reformulé de la détresse acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

L'interprétation (attribution) causale comprend trois dimensions :

Des causes

1.	Internes	versus	externes
2.	Globales	versus	spécifiques
3.	Stables	versus	variables

**Style d'attribution causale « self-serving bias » par rapport aux événements positifs et négatifs :**

Attribution	Internale		Externale	
	Stable	Variable	Stable	Variable
Globale	<b>Événement +</b>			
Spécifique	<b>Événement -</b>			

78



## Le modèle reformulé de la détresse acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

L'interprétation (attribution) causale comprend trois dimensions :

Des causes

- |    |          |        |             |
|----|----------|--------|-------------|
| 1. | Internes | versus | externes    |
| 2. | Globales | versus | spécifiques |
| 3. | Stables  | versus | variables   |

**Style d'attribution causale par rapport aux événements positifs et négatifs chez les sujets dépressifs :**

Attribution	Internale		Externale
	Stable	Variable	Stable Variable
<hr/>			
Globale	<b>Événement -</b>		
Spécifique			<b>Événement+</b>
<hr/>			

79



## L'explication scientifique en Psychologie

### Explication dispositionnelle (exemple)

L : Les attributions causales dysfonctionnelles se produisent chez les personnes qui ont une tendance à interpréter les événements négatifs comme une conséquence des causes internes, globales et stables

A1 : Le client présente une forte tendance à l'attribution causale dysfonctionnelle

A2 : Le client vit un événement négatif

—

E : Le client interprète l'événement négatif comme une conséquence des causes internes, globales et stables

80



## L'explication scientifique en Psychologie (clinique)

### Variantes de l'explication scientifique en psychologie clinique

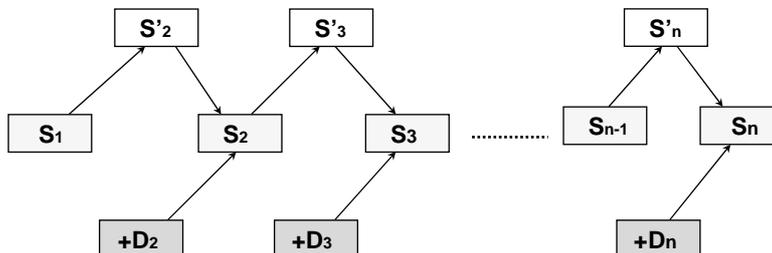
- (1) L'explication déductivo-nomologique
- (2) L'explication dispositionnelle
- (3) L'explication historique-génétique
- (4) L'explication « incomplète »  
(p. ex. explication « comment a-t-il été possible que... »)

81



### L'explication historique-génétique: structure

Hempel (1965, p.451) a représenté cette chaîne d'arguments de l'explication historique-génétique de la façon suivante:



Les symboles ( $S_1, \dots, S_n$ ) représentent des propositions pouvant expliquer (influencer / déterminer) certains états.

Les **flèches** représentent des relations ayant caractère de loi.

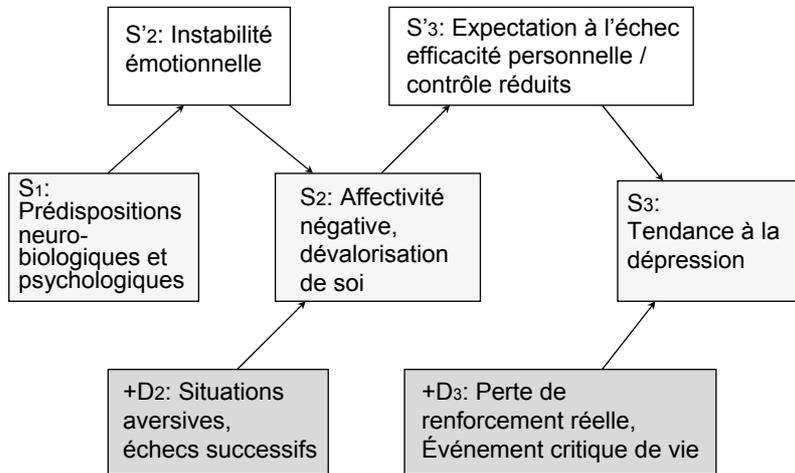
$S'_2, \dots, S'_n$  représentent des propositions décrivant des faits pouvant être expliqués à partir des états précédents.

$D_2, \dots, D_n$  représentent des informations complémentaires (qui doivent être insérées sans être expliquées, par ex. des événements de vie).

82



### L'explication historique-génétique: Exemple



83



84



## **Exercices**

**Pour la séance du 24 octobre 2008**

## **Réponses**





## Types de savoir en psychologie clinique

### Exercice : quelles phrases représentent quel savoir ?

1. L'empathie, en tant que « verbalisation des expériences émotionnelles », se réfère à la capacité du thérapeute à comprendre le client dans le cadre de référence de ce dernier et à lui communiquer ce qu'il vient de comprendre.

→ savoir conceptuel (*définition: en tant que « ... »*)

2. Si la valence négative d'une situation de stress est élevée, alors réalise dans une large mesure des comportements de type *régulation émotionnelle* !

→ savoir nomopraxique  
(*attention: comprend une action; le but est à compléter :  
par ex. « pour rétablir le bien-être / gérer le stress »*)

3. Les troubles dépressifs sont actuellement 1.5 à 3 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

→ savoir factuel

87



## Types d'explication en psychologie clinique

4. L'explication déductive-nomologique comprend les éléments suivants:

L : Une ou plusieurs lois (« régularité(s) »)

A : l'antécédent (une condition (ou plusieurs) qui précède)

L'opération logique de conclusion (« alors / suit... ») : « \_\_\_\_\_ »

E: L'explanandum (la conséquence à expliquer)

5. L'explication dispositionnelle comprend les éléments suivants:

L : Une ou plusieurs lois comprenant une disposition

A1 : un antécédent portant sur la disposition  
(comme condition qui est donnée et qui précède)

A2 : un antécédent portant sur la condition qui précède

L'opération logique de conclusion (« alors / suit... ») : « \_\_\_\_\_ »

E: L'explanandum (la conséquence à expliquer)

88



## Séance du 31 octobre 2008

89



90



# Critères et procédures scientifiques

## – Généralités

91



92



## La démarche scientifique et empirique en psychologie clinique

La démarche de la psychologie clinique en tant que science (sociale) empirique porte sur la théorie, la réalité et leur relation.

Elle comporte une double tâche :

- (1) produire un certain nombre de propositions sur la réalité empirique
- (2) contrôler et mettre à l'épreuve le rapport de ces propositions à la réalité observable

Elle comprend selon Reichenbach (1949) :

Activités (1) : intuition, observation, induction  
-> "**contexte de découverte**"

Activités (2) : observation, analyse, (re)construction selon des critères logiques et méthodologiques  
-> "**contexte de justification**"



## La démarche scientifique et empirique en psychologie clinique

Mise à l'épreuve de la relation entre  
(a) propositions (théories et hypothèses) et  
(b) réalité

se fait à l'aide des "prédictions" basée sur

- le raisonnement déductif et
- le principe de causalité

Pour prédire les effets, il suffit de connaître les lois et les antécédents

La "confirmation" d'une hypothèse à partir d'une prédiction consiste alors à

- appliquer cette hypothèse à une situation déterminée
- prédire un événement précis
- en respectant les règles logiques et méthodologiques

**Le but** : éviter les erreurs commises par les démarches non critiques



## Principe et critères de causalité

Tout phénomène procède d'un antécédent selon une certaine règle

A -> B

Dans des conditions identiques, les mêmes causes produisent les mêmes effets

Critères de causalité (stricte) :

- (1) covariation : B covarie avec A
- (2) séquence (temporelle) : B suit A
- (3) Spécificité : B seulement, si A

Remarque :

la notion de "cause" ne se réduit pas à la seule causalité linéaire simple (mono-causale), elle comprend aussi

- les processus d'interdépendance
- la rétro-action ("causalité réciproque") ou
- les processus dans un système

95



## Principe et critères de causalité : Exemple

Les 3 critères de causalité illustrés par un exemple  
**d'une phobie des araignées**

**Covariation :**

Plus le stimulus phobogène (araignée) est proche, plus le vécu anxieux augmente.

**Séquence temporelle (principe de succession) :**

La rencontre avec le stimulus phobogène (araignée) doit précéder la réaction anxieuse pour qu'elle puisse en être la cause !

**Spécificité :**

La réaction anxieuse ne se produit qu'en présence d'un stimulus phobogène (araignée).

96



## Séance du 7 novembre 2008

97



98



## **La Psychologie clinique en tant que science :**

### **Les outils – plans – méthodes de recherche (reprise et suite)**

99



### **Critères et méthodes de la recherche en Psychologie clinique**

- Les critères épistémologiques généraux :  
logique, causalité, théories - hypothèses
- Les types de recherche et plans de recherche  
(« design »)
- L'analyse de données  
méthodes et démarches de l'analyse de données

100



## Critères et méthodes de la recherche en psychologie clinique (suite)

### Les plans de recherche (« design ») :

Les plans de recherche comprennent des règles qui disent

- quels sujets et comment les recruter
- comment assigner les sujets aux différentes conditions expérimentales
- quelles variables seront à évaluer
- comment réaliser les mesures (séquence et arrangement des mesures et instruments)

### But → simplifier et clarifier la situation :

Les phénomènes observés sont complexes et de nombreuses variables les influencent. **Séparer les influences de ces nombreuses variables** (via le plan et certaines procédures statistiques) nous permet de limiter le nombre d'interprétations possibles d'un phénomène particulier (p. ex. Kazdin, 1980).

Ex. : « Est-ce que le traitement X produit un changement thérapeutique? »

→ 2 conditions/groupes expérimentaux : traitement X versus liste d'attente

101



## Recherches en Psychologie clinique : Dimensions méthodologiques des “designs”

### (1) Nombre de sujets (ou d'études) :

- N=1
- "petit N"
- étude de groupe(s)
- méta-analyse

### (2) Nombre de points de mesure (axe temporel) :

- étude transversale
- étude longitudinale / prospective
  - à distinguer :
    - perspective “macro” (changements à plus long terme)
    - perspective “micro” (processus à plus court terme)

102



## Recherches en Psychologie clinique : Dimensions méthodologiques des "designs" (suite)

### (3) Degré de "contrôle" des conditions :

- étude expérimentale
- étude quasi-expérimentale
- étude non-expérimentale

### (4) Degré de "similarité" :

- étude analogique
- étude clinique

103



## Degré et critères de « contrôle » des conditions en recherche clinique

### Etude expérimentale

- Manipulation et contrôle de la variable indépendante
- Assignation des sujets randomisé aux conditions
- Variation des conditions alternatives
- Contrôle des sources de biais (variables à contrôler)

### Etude quasi-expérimentale

- Variable indépendante est manipulé dans une certaine mesure
- Pas de contrôle complet des conditions
- et / ou pas d'assignation de sujets randomisé

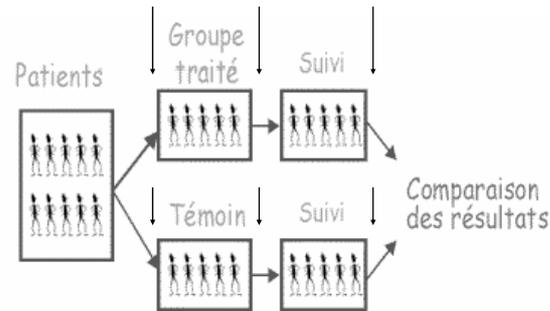
### Etude non-expérimentale (« passive-observationnelle »)

- Relations entre variables sont observées et pas manipulées
- Observation des variables qui varient / co-varient
- éventuellement prise en compte de la séquence (axe temporel)

104



## Étude expérimentale (essai contrôlé randomisé)



Répartition  
au hasard

↓ mesures (VD): au minimum avant et après le traitement (ex. score de dépression)

traitement (VI): seulement un groupe traité (=manipulation),  
toutes conditions égales par ailleurs

105

Image tirée de: [http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/typ\\_etud.htm](http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/typ_etud.htm)



## Recherche en intervention Plans de recherche et nombre de groupes (APA, 1982; Baumann, 1986, Kazdin, 1980)

### A. Plans sans groupe contrôlé

- Un groupe avec une mesure rétrospective
- Un groupe avec deux mesures minimum (pré-post intervention)
- Un groupe avec phase contrôlé (patients restent sans traitement pendant un certain temps ("baseline"), comparaison des phases contrôlé et intervention)

106



**Recherche en intervention**  
**Plans de recherche avec au niveau de groupes**  
**(APA, 1982; Baumann, 1986, Kazdin, 1980) (suite)**

**B. Plans avec groupe(s) contrôle**

4. Condition de contrôle sans traitement
5. Condition de contrôle sans traitement lors de la phase de contrôle, ensuite traitement : groupe « liste d'attente »
6. Condition de contrôle avec peu de traitement ou avec « quasi-traitement » : groupe « placebo »
7. Condition de contrôle avec traitement standard (« treatment as usual » TAU)
8. Condition de contrôle avec d'autres formes d'intervention
9. Condition de contrôle avec traitement spécifique : variations paramétriques (addition, soustraction d'éléments thérap.)
10. Combinaisons des variantes 4. à 9.

107



108



# Exemples de la recherche en Psychologie clinique - psychothérapie





### **Exemple de cas : agoraphobie avec attaques de panique**

Mme D., 27 ans, consulte pour une agoraphobie avec attaques de panique qui s'est déclenchée peu après la séparation d'avec son milieu familial pour aller vivre avec son mari.

La patiente éprouve une forte anxiété dans différentes situations : sortir (en général), rues, cinéma, restaurant, mais aussi de conduire seule et lors des voyages.

Comme symptômes corporels de l'émotion anxieuse (panique), elle décrit des accès de migraine, des diarrhées, des vomissements, mais aussi l'accélération du rythme cardiaque et de la respiration, augmentation de la tension musculaire.

Elle évite (activement) les sorties et rencontres à l'extérieur, le cinéma et les voyages.

Elle anticipe des attaques d'angoisse à des moments variables et sans stimuli précis, lors desquelles elle subit des céphalées, diarrhées et craint de tomber malade.

Quant à son entourage, elle essaie de le cacher à tout le monde, sauf à son mari, qui se montre "compréhensif" et ne la critique pas.

Les cognitions qui surgissent – en étant dans les situations et en les anticipant – s'organisent autour du thème "d'être ridicule".

111



### **EXEMPLE de plan de recherche AVEC groupe/s contrôle/s**

#### **Recherche en psychothérapie: traitement du trouble panique + agoraphobie**

**Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. & Klosko, J.S. (1989).**  
**Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 20,**  
**261-282.**

#### **Groupes expérimentaux, conditions de traitement (les clients sont assignés par randomisation à l'un des groupes)**

WL	Liste d'attente
R	Relaxation (relax. musculaire progressive)
E&C	Exposition et restructuration cognitive
Comb.	Combinaison E&C + R

112



### Recherche en psychothérapie Analyse d'un article original : Barlow et al. 1989

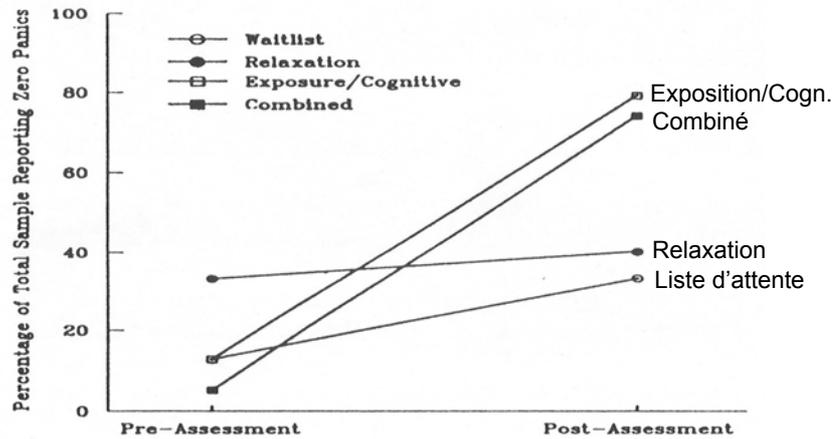


Fig. 3B. Percentage of total sample who self monitored zero panic attacks over a two week interval at pre and post assessment.

113



### EXEMPLE de recherche SANS groupe contrôle

#### La recherche en intervention psychologique

#### Recherches sur les processus

#### L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (I)

#### Hypothèse :

Les interventions empathiques (empathie comme variable du processus de la part du thérapeute, en terme des "verbalisations des expériences émotionnelles" (VEE) influencent l'"auto-exploration" du client (variable du processus du client, en terme de AE)

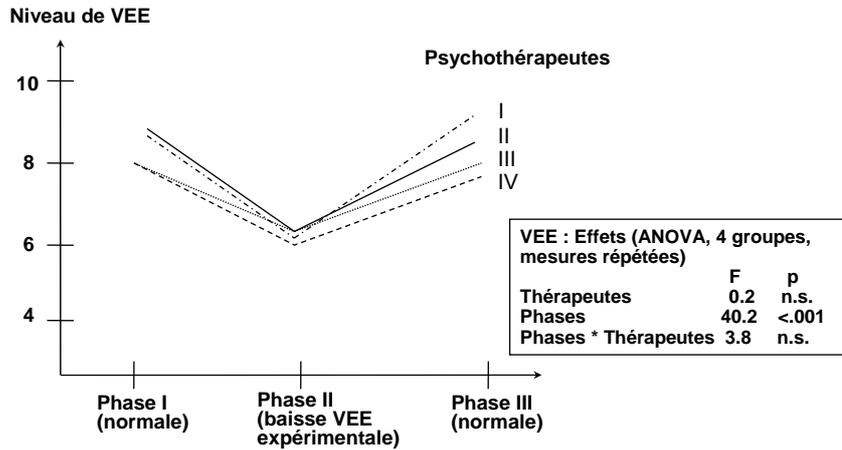
#### Réalisation :

Les thérapeutes (N=4) baissent leur niveau de VEE pendant 10 minutes au milieu d'une séance thérapeutique régulière et le remontent après au niveau normal.  
On observe les effets sur AE chez N=12 clients (3 par thérapeute).

114



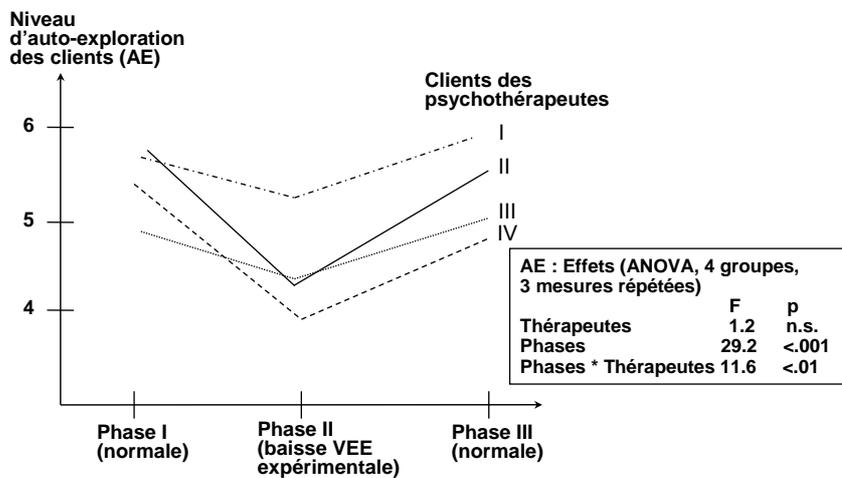
**La recherche en intervention psychologique**  
**Recherches sur les processus**  
**L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (II)**



115



**La recherche en intervention psychologique**  
**Recherches sur les processus**  
**L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (III)**



116



## La recherche en intervention psychologique Recherche sur les processus: empathie et auto-exploration L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (IV)

### Résultats :

- Les interventions empathiques ont été réalisées expérimentalement comme prévues – « manipulation check »: les 4 thérapeutes baissent effectivement le niveau de leur empathie active, durant la phase II et le remontent lors de la phase III (effet « phases » très significatif). Les 4 thérapeutes agissent de la même manière (effet «thérapeutes» n.s.)
- Les clients changent le niveau de leur auto-exploration en fonction du changement de l'empathie de leurs thérapeutes (effet « phases » significatif).
- Les clients des 4 thérapeutes ne le font pas exactement de la même manière (effet d'interaction « phase \* Thérapeute » significatif); par ex. les clients du thérapeute I baissent peu leur niveau, tandis que les clients du thérapeute II le réduisent beaucoup.

117



## Critères de validité des plans de recherche

Type	Question	Menaces de validité
Validité Interne	Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils dus à la variation de la VI ?	Changements dus à d'autres influences: événements extérieurs, processus intérieurs aux sujets (maturation), effets de testing, régression statistique, perte spécifique de sujets
Validité Externe	Dans quelle mesure peut-on généraliser les résultats obtenus à d'autres personnes, settings, temps, mesures ?	Limitations par les caractéristiques de l'échantillon, des conditions, mesures et setting de l'étude
Validité des variables	Dans quelle mesure les variables opérationnalisées représentent-elles les variables théoriques ?	Interprétations alternatives des liens observés d'autres explications théoriques
Validité statistique	Dans quelle mesure est un résultat valable et évident statistiquement ? Dans quelle mesure peut-on détecter des effets s'ils existent ?	Tous les facteurs liés à l'évaluation quantitative pouvant influencer l'interprétation des résultats : puissance statistique faible Fidélité des mesures faible Test statistique inadéquat

118



## Séance du 14 novembre 2008

119



120



## **La Psychologie clinique en tant que science :**

### **Exemples de recherches cliniques (suite)**

121



122



## Traitement affectif et l' « Ouverture émotionnelle » (Reichert, 2007)

### Questions de recherche et hypothèses :

Le traitement affectif – en termes d' « Ouverture émotionnelle » -  
est lié à des problèmes et troubles psychologiques:

Les personnes souffrant de différents troubles (par ex. troubles  
de la dépendance, certains troubles de la personnalité, troubles  
alimentaires, somatoformes, burnout, etc.) présentent des  
déficits spécifiques dans le traitement affectif:

La représentation cognitive des émotions est modifiée

La communication émotionnelle est modifiée

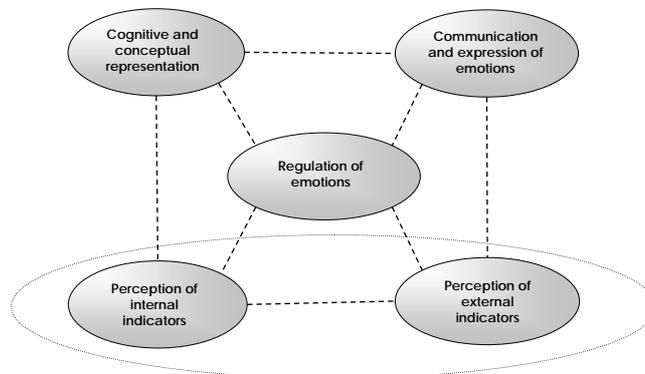
La régulation émotionnelle est réduite

La perception des indicateurs corporels des émotions est modifiée

123



## Traitement affectif et l' « Ouverture émotionnelle » modèle schématique (Reichert et al., 2007)



124



## Dimensions de l' Ouverture Emotionnelle

### Le questionnaire DOE (DOE-trait, 20 items; Reicherts, 2007)

Scale	Item examples (original French version)	Alpha mean
REPCON	"Je distingue bien les états dans lesquels je me trouve"	.82
EMOCOM	"Je fais volontiers part aux autres de mes émotions, même désagréables"	.82
PERINT	"Mes sentiments sont accompagnés de réactions corporelles internes"	.77
PEREXT	"Mon humeur se voit à travers mes comportements et mes expressions"	.72
REGEMO	"J'arrive à atténuer mes émotions, même dans des situations difficiles"	.76

Confirmatory Factor Analysis of the 5 factor model (20 items, 4 per scale; N=269)  
SEM Fit indices: Chi2/df = 1.54; CFI = .956; TLI = .948; RMSEA = .041

125



## Etudes cliniques de l' "Ouverture émotionnelle" (I)

### (Reicherts, Casellini, Duc & Genoud, 2007)

- Régulation des émotions dans les Troubles :

**Dependance** (n=21)

d = -0.70

**Dependance**  
(n=20; étude traitement)

d = -0.83

**Dependance avec trouble de la personnalité** (n=21)

d = -1.74

**Trouble de la personnalité**  
(borderline; n=14)

d = -0.92

**Troubles alimentaires**  
(anorexie; n=21)

d = -0.50

-1.5    -1.0    -0.5    0

126



## Etudes cliniques de l' "Ouverture émotionnelle" (II) (Reicherts, Casellini, Duc & Genoud, 2007)

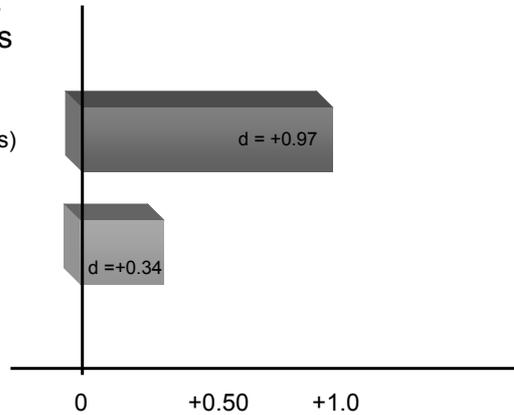
- Etudes de traitement:  
Régulation des émotions

**Dependance** (n=20) TCP,  
Programme combiné (3 months)

d = +0.97

**Anorexia nervosa** (n=21)  
TCC programme (post)

d = +0.34



127



## Clinical studies of DOE "Conceptual representation"

- Disorders

**Dependency** (n=21)

d = -0.78

**Dependency** (n=20)  
(treatment study, pre)

d = -0.90

**Dependency with  
Personality disorder** (n=31)

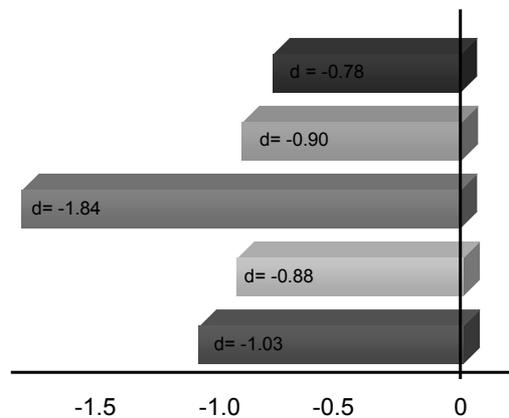
d = -1.84

**Personality disorder**  
(borderline; n=14)

d = -0.88

**Eating disorders: anorexia**  
(n=21; treatment study, pre)

d = -1.03



128



## Clinical studies of DOE “Conceptual representation”

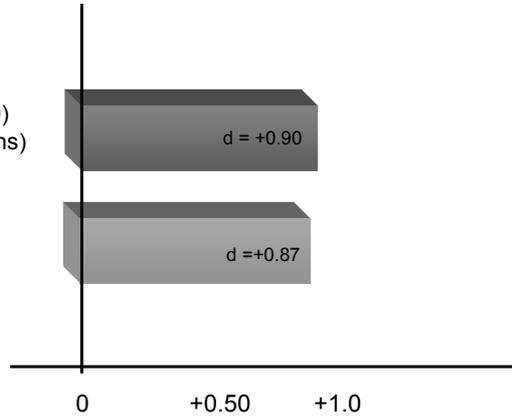
- **Treatment studies** (change effect sizes)

**Dependency patients** (n=20)  
Comb. program (after 3 months)

d = +0.90

**Anorexia nervosa** (n=21)  
CBT program (post)

d = +0.87



129



130



## **La Psychologie clinique en tant que science :**

**Recherche en intervention - variantes**

**Recherches sur les effets, les  
processus et l'efficacité**





## Questions principales – types de recherches en intervention - psychothérapie

### La recherche sur les effets – les niveaux d'effets

- Amélioration des symptômes et résolution des problèmes
- Changement de structure de la personnalité et son enrichissement / épanouissement
- Amélioration des relations sociales
- Etablir / rétablir la capacité de travailler

### La recherche sur les processus et mécanismes

- Variables patient
- Variables thérapeute
- Interactions

133



## EXEMPLE de recherche SANS groupe contrôle

### La recherche en intervention psychologique

#### Recherches sur les processus

#### L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (I)

#### Hypothèse :

Les interventions empathiques (empathie comme variable du processus de la part du thérapeute, en terme des "verbalisations des expériences émotionnelles" (VEE) influencent l'"auto-exploration" du client (variable du processus du client, en terme de AE)

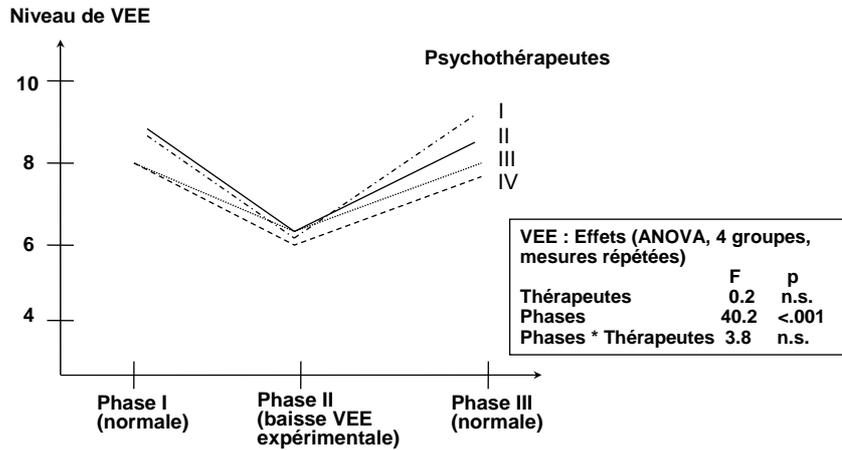
#### Réalisation :

Les thérapeutes (N=4) baissent leur niveau de VEE pendant 10 minutes au milieu d'une séance thérapeutique régulière et le remontent après au niveau normal.  
On observe les effets sur AE chez N=12 clients (3 par thérapeute).

134



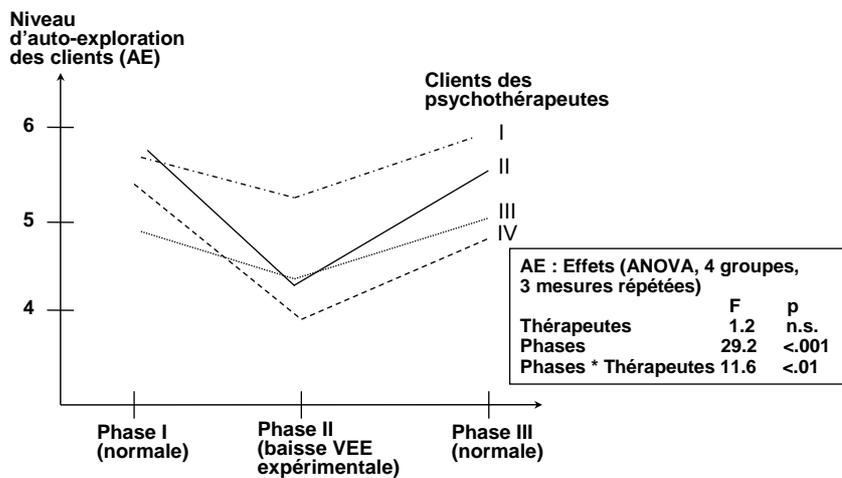
**La recherche en intervention psychologique**  
**Recherches sur les processus**  
**L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (II)**



135



**La recherche en intervention psychologique**  
**Recherches sur les processus**  
**L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (III)**



136



## La recherche en intervention psychologique Recherche sur les processus: empathie et auto-exploration L'étude de Sander, Tausch, Bastine & Nagel (1969) en TCP (IV)

### Résultats :

- Les interventions empathiques ont été réalisées expérimentalement comme prévues – « manipulation check »: les 4 thérapeutes baissent effectivement le niveau de leur empathie active, durant la phase II et le remontent lors de la phase III (effet « phases » très significatif). Les 4 thérapeutes agissent de la même manière (effet «thérapeutes» n.s.)
- Les clients changent le niveau de leur auto-exploration en fonction du changement de l'empathie de leurs thérapeutes (effet « phases » significatif).
- Les clients des 4 thérapeutes ne le font pas exactement de la même manière (effet d'interaction « phase \* Thérapeute » significatif); par ex. les clients du thérapeute I baissent peu leur niveau, tandis que les clients du thérapeute II le réduisent beaucoup.

137



## Questions principales – types de recherches en intervention - thérapie (suite)

### La recherche sur l'efficacité

- Investissement thérapeutique
- Coûts et bénéfices de l'intervention
- Rapport coûts – bénéfices

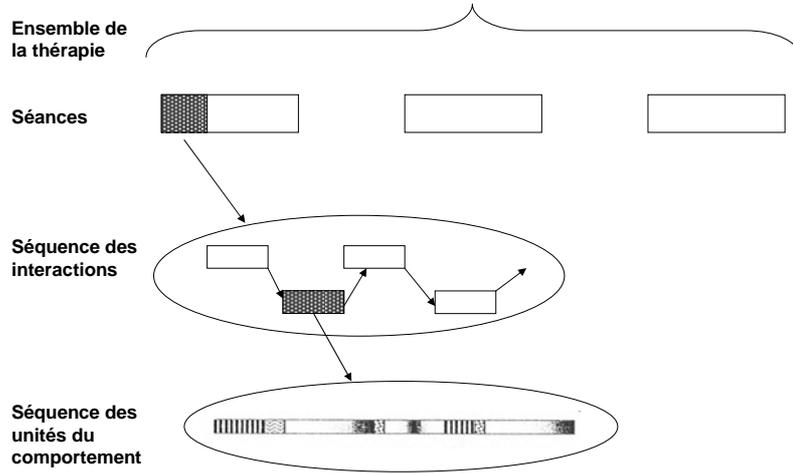
### La recherche sur les indications

“Indication thérapeutique” : recommandation justifiée par des arguments rationnels et empiriques d'une méthode efficace pour la résolution d'un problème ou pour le traitement d'un trouble

138



## Recherches sur les processus en thérapie/intervention – différents niveaux de résolution



139



140



## **La Psychologie clinique en tant que science :**

**Plans de recherche  
(« designs » ou « protocoles »)**

**pour cas singulier  
(« single subject design »)**





## Plans de recherche pour l'analyse expérimentale des cas singuliers

A ligne de base  
B intervention

### Design élémentaire :

A – B (– A)

### Reversal design :

A – B – A – B (– A)

### Multiple baseline design :

(plan à ligne de base multiple)

A<sub>1,2,...,n</sub> – B<sub>1</sub> – B<sub>2</sub> – .. – B<sub>n</sub> (– A)

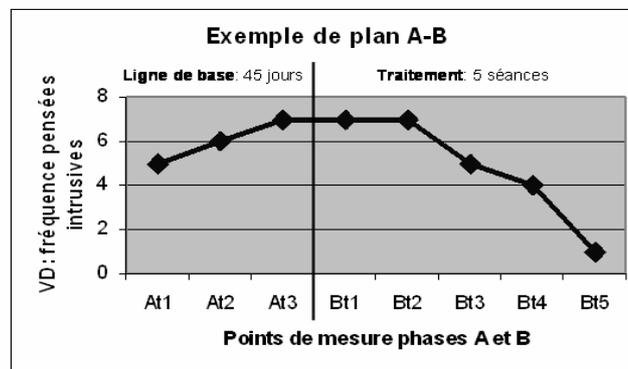
Exemple :

A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>			
A <sub>2</sub>		B <sub>2</sub>		
A <sub>3</sub>			B <sub>3</sub>	

143



## Plans de recherche pour l'analyse des cas singuliers : ex. de protocole A-B

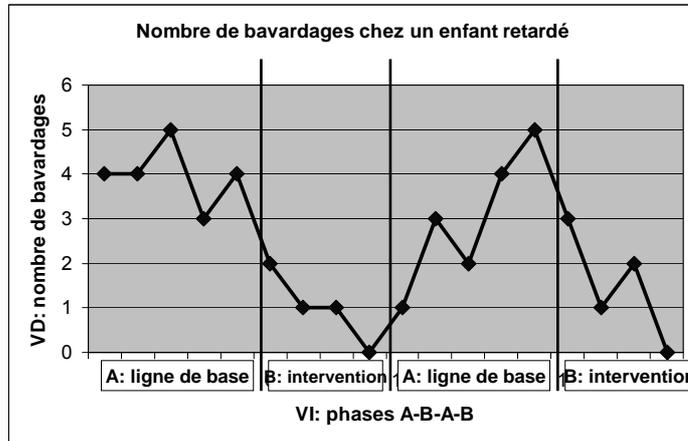


Stress post-traumatique: évaluation de la fréquence des pensées intrusives  
Source: Cottraux (2002, p. 22, d'après Cottraux, 1981)

144



## Plans de recherche pour l'analyse des cas singuliers : ex. de protocole A-B-A-B



**Intervention:**  
le professeur  
ignore les  
bavardages  
et  
renforce par  
l'attention le  
comportement  
approprié  
(silence et stabilité)

Source : Cottraux (2002, p.24, d'après Hersen et Barlow, 1976)

145



## Le design à ligne de base multiple (exemple)

### But :

- Traiter successivement plusieurs symptômes / comportements
- Montrer que les changements sont consécutifs à la mise en œuvre de l'intervention

### Exemple : Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Patient présentant obsessions-compulsions de 3 types  
qui sont traitées successivement :

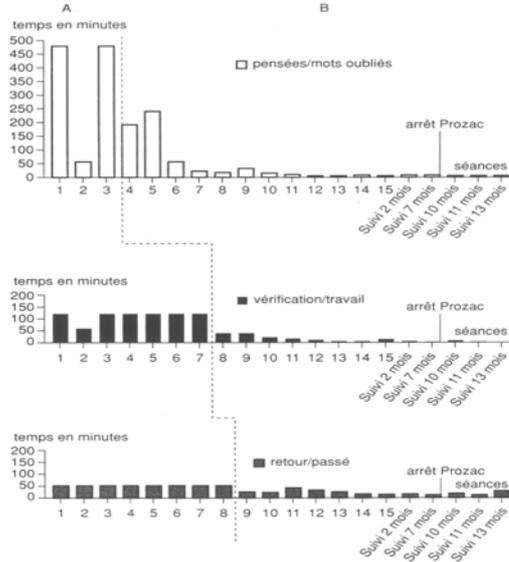
1. Penser compulsivement à des mots qu'il peut avoir oublié
2. Vérifications excessives de son travail
3. Retour compulsif sur son passé

Psychothérapie 15 séances, accompagné d'un traitement  
pharmacologique (Prozac) arrêté 6 mois après psychothérapie

146



## Multiple Baseline Design : traitement d'un TOC



147



## Critères de validité des plans de recherche

Type	Question	Menaces de validité
Validité Interne	Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils dus à la variation de la VI ?	Changements dus à d'autres influences: événements extérieurs, processus intérieurs aux sujets (maturation), effets de testing, régression statistique, perte spécifique de sujets
Validité Externe	Dans quelle mesure peut-on généraliser les résultats obtenus à d'autres personnes, settings, temps, mesures ?	Limitations par les caractéristiques de l'échantillon, des conditions, mesures et setting de l'étude
Validité des variables	Dans quelle mesure les variables opérationnalisées représentent-elles les variables théoriques ?	Interprétations alternatives des liens observés d'autres explications théoriques
Validité statistique	Dans quelle mesure est un résultat valable et évident statistiquement ? Dans quelle mesure peut-on détecter des effets s'ils existent ?	Tous les facteurs liés à l'évaluation quantitative pouvant influencer l'interprétation des résultats : puissance statistique faible, Fidélité des mesures faible, Test statistique inadéquat

148



### Complément: plans et méthodes de recherche (voir Huber pp.38-42)

#### (1) L'étude de cas:

Observation approfondie et prolongée d'un individu

Visé à la description des phénomènes, permet de faire des hypothèses

A l'avantage d'être proche de la réalité concrète, flexible, de permettre la description de phénomènes rares, de fournir des hypothèses.

A l'inconvénient majeur de ne pas permettre une généralisation de ce qui a été observé à d'autres cas, est lié à la subjectivité du thérapeute et du patient (attention et mémoire subjectives), ne permet pas d'établir des liens de causalité

#### (2) L'étude corrélacionnelle:

Étude du degré d'association entre deux (ou plusieurs) variables: une corrélation

positive indique que deux variables se comportent de la même façon (augmentent ou

diminuent les 2 sur leurs échelles respectives: ex. une personne dépressive dont

l'humeur baisse ainsi que son poids); une corrélation négative indique que les 2

variables vont dans un sens opposé (l'une augmente alors que l'autre diminue: ex. une

personne dépressive dont l'humeur baisse alors que son poids augmente). Une

corrélation nulle (proche de 0) indique l'absence d'association entre 2 variables.

Ce type d'étude permet d'affirmer (ou non) une relation d'association entre deux variables, mais en aucun cas une relation de causalité (les deux variables peuvent être influencées par une troisième variable non mesurée).

A l'avantage de se faire en contexte naturel, sans manipulation des variables, de fournir des infos précises (quantitatives) sur le lien entre les variables, d'être plus fiable car repose sur un plus grand nombre de cas, de fournir une alternative à l'expérimentation (qui manipule les variables) lorsqu'elle n'est pas possible pour des raisons éthiques ou autres.

A l'inconvénient de ne pas permettre l'affirmation d'une relation causale.

149



### Complément: plans et méthodes de recherche (voir Huber pp.38-42)

#### (3) L'étude « normative »:

Étude d'un groupe représentatif (censé représenter au mieux une population donnée) d'individus ayant une certaine caractéristique.

Ex. On constitue un groupe de femmes, représentatif de la population générale, et on observe si dans ce groupe il y a un pourcentage élevé de dépressives (si c'est le cas, on peut *supposer* une relation entre le sexe féminin et la dépression). On peut ensuite comparer ce groupe de femmes à un groupe d'homme (toujours représentatif de la population générale): quel est le pourcentage de personnes dépressives dans le groupe d'hommes ? S'il est inférieur à celui des femmes, cette différence est-elle significative du point de vue statistique (avec quelle probabilité d'erreur peut-on dire qu'il y a une différence entre les deux groupes?)

Utile pour la comparaison de plusieurs catégories de personnes (ex. hommes-femmes, niveau socio-économique, etc.) en termes de psychopathologie, personnalité, etc.

#### (4) L'expérimentation:

Étude visant à confirmer ou infirmer une ou plusieurs hypothèses formulées en termes de variables (la VI manipule, et la VD varie en fonction des manipulations de la VI, toutes autres influences sous contrôle/maintenues constantes). Voir exemple dans Huber, p.41

Avantages: permet d'établir des relations causales entre variables, de généraliser les résultats à la population dont est tiré l'échantillon, de répéter l'expérience (car ses conditions sont clairement définies, variables opérationnalisées)

Désavantages: « artificiel », plus éloigné de la réalité clinique que les études précédentes, applicabilité restreinte pour des raisons éthiques et pratiques.

150



## **Exercices**

**pour la séance du 7 novembre 2008**

## **Réponses**

**Modèle d'une recherche réalisée**





### Exemple de recherche (« design ») à réfléchir...

#### INFORMATIONS DE BASE

On sait qu'on a deux fois plus de chances d'arrêter de fumer si on utilise des substituts de nicotine (patchs, gommages, etc.).

Notre idée: si en arrêtant on fait plus de sport, alors on devrait (encore) augmenter les chances de réussir à arrêter (probablement coupe les envies, hygiène de vie, moins de prise de poids...).

- 1) Comment planifier une recherche qui permette de démontrer que faire du sport augmente les chances d'arrêter de fumer?
  - Quels sujets (caractéristiques importantes)
  - Quelles conditions / nombre de groupes?
  - Quelles mesures (variables dépendantes et variables à contrôler)
- 2) On décide de faire deux groupes entre lesquels les sujets sont répartis de manière aléatoire (randomisés): Pourquoi on ne laisse pas les sujets choisir leur groupe?

153



### Etude « Physical activity as an aid for smoking cessation » Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Dr J. Cornuz et coll.

#### Quels sujets?

#### Critères d'inclusion des sujets:

- Adultes de 18-65 ans, fumeurs
- Sédentaires (peu actifs physiquement)
- Sans problèmes médicaux empêchant l'activité sportive

#### Quelle structure et procédure expérimentale?

#### Variables indépendantes : conditions expérimentales – 2 groupes

- A avec activité physique
- B sans activité physique

#### Randomisation des sujets (tirage au sort)

(si le choix est laissé, seuls les plus motivés au sport choisiront le groupe « activité physique »)

#### Réalisation des mesures : variables dépendantes et axe temporel?

**4 points de mesure:** pre – post (3 mois) – suivi 6 mois – suivi 12 mois

154



**Etude « Physical activity as an aid for smoking cessation »**  
Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Dr J. Cornuz et coll.

**Intervention (mêmes intervenants dans les deux groupes):**

Structure: 12 séances, 1/semaine pendant 3 mois, avec

**Groupe**

- A conseils/entretiens motivationnels + médication substitutive adaptée + 60' d'activité physique en groupe
  
- B conseils/entretiens motivationnels + médication substitutive adaptée + 60' de séance d'information sur différents thèmes relatifs à la santé

155



**Etude « Physical activity as an aid for smoking cessation »**  
Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne, Dr J. Cornuz et coll.

**Quelles variables seront à évaluer contrôler?**

**Variables évaluées et contrôlées :**

- Anamnèse médicale, tabagique et sportive
- Symptômes de sevrage (physiques et psychiques),
- Rechutes et nombre de cigarettes fumées pendant
- Auto-efficacité et attentes de résultat,
- Médication (type de substitut + dosages),
- Quantité d'activité physique réalisée pendant la semaine
- **Etat/status à 3 mois (fumeur/abstinent), à 6 mois et à 1 an (auto rapporté et via prise de sang)**

**Une variable particulière à contrôler :**

- Effets des dynamiques de groupe (15 cohortes de 2 x 20 participants; total N =600)

156



## **Exercice à domicile**

**Cas à préparer pour la séance  
du 21 novembre**

**De quoi souffre Monsieur P.**





### Cas de Monsieur P.

Monsieur P., informaticien au chômage âgé de 28 ans, est de plus en plus handicapé par des accès d'extrême peur, la peur de sortir et des préoccupations pour sa santé physique, au point qu'il ne peut plus supporter d'être seul et qu'il ne peut pas quitter la maison sans être accompagné. Ses accès d'extrême peur se caractérisent par des palpitations cardiaques, des fourmillements dans les mains et il peut à peine retrouver son souffle. Il se sent chaud, tremblant et désorientée, se sent « quitter son corps » et ressent « la réalité s'éloigner » et il est persuadée qu'il fait une « grave crise psychique ». Les accès tombent du ciel, évoluent en une à deux minutes au maximum et durent 20 à 30 minutes – une « éternité en enfer ».

Le patient avait déjà ressenti de temps en temps des symptômes similaires pendant plusieurs années mais la situation s'est aggravé il y a 4 mois quand son amie l'a soudainement quitté à cause de sa « passivité ». Maintenant, le fait de refaire ces accès crée une peur de devenir fou et de commencer une psychose. Il passe maintenant presque tout son temps chez ses parents où il se comporte, et est traité, comme un invalide.

Monsieur P. est fils unique; ses parents avaient déjà presque la quarantaine quand il est né. Il présentait une anxiété de séparation considérable lors de son enfance; par ex. il ne pouvait pas être laissé avec des baby-sitters. Il a été un enfant timide vis-à-vis de ses camarades de classe et des paires, mais il n'a pas mal réussi le lycée.

Il a étudié dans une université près de chez lui ce qui lui permettait de vivre chez ses parents. Il commença ensuite à travailler dans la petite entreprise de son père. Il souhaitait sortir avec des filles mais était le plus souvent trop timide pour faire le premier pas et avait besoin que sa mère lui serve d'intermédiaire.

159



### Cas de Monsieur P. (suite)

Les symptômes de M. P. ont évolué avec des hauts et des bas depuis 10 ans. Il a parfois essayé de s'affirmer de diverses manières: en voyageant à l'étranger, en sortant avec des filles qu'il avait choisies lui-même, et même en quittant l'entreprise de son père et en trouvant un emploi par lui-même. Ces tentatives se sont toujours soldées par des échecs humiliants car il devenait chaque fois anxieux, ruminait qu'il était en train de faire une erreur et finissait par abandonner et par retourner dans le « giron familial ».

Le patient se sent particulièrement lié à sa mère qui est souffrante physiquement. Il craint qu'elle ne meure bientôt et a peur qu'elle se sente seule s'il n'est pas près d'elle, de même que lui se sent quand elle n'est pas à ses côtés. La mère de M. P. est également liée à son fils. Elle ne peut pas supporter ses « souffrances » et est prête à sacrifier sa relation avec son mari et sa vie sociale pour être avec son fils. Quand ils sont séparés, M. P. et sa mère se téléphonent plusieurs fois par jour. En même temps, le patient est en colère contre ses parents et les responsabilise pour ses propres difficultés, leur reprochant de ne pas l'aimer assez et aussi de l'aimer trop, de ne pas s'occuper de lui mais aussi de le rendre trop dépendant. Il méprise en particulier son père qui présente également quelques phobies légères.

M. P. se sent anormal et inférieur. Il s'attend à être critiqué par les autres et est sensible au rejet. Il est également très critique d'autrui et se sent constamment déçu. Il a eu des amis proches dans le passé mais se sent maintenant trop gêné pour les contacter. Depuis 4 mois il vit une vie « retirée » et à l'abri et fait s'aider par ses parents, notamment sa mère, qui prennent toutes les responsabilités et décisions pour lui.

Monsieur P. a suivi deux psychothérapies, pendant chaque fois un an environ. Il est devenu de plus en plus exigeant puis est déçu et désillusionné par ses thérapeutes et décide que cela ne mène à rien. Il risque de devenir dépendant de tranquillisants (benzodiazépines), décrivant notamment des difficultés de les utiliser aux doses recommandées. Il est intelligent et a une assez bonne perception de ses motivations et de ses comportements, tout en étant incapable de les modifier.

160



## Séance du 21 novembre 2008

161



162



## Concepts et modèles de « maladie » et « santé »

163



164



## L'expérience subjective des problèmes et troubles psychiques

- L'expérience subjective des troubles psychiques se caractérise comme expérience d'un manque, d'une déviation (déficit ou excès), d'une souffrance.
  - Les problèmes et/ou la souffrance ne sont pas "compris" ni "compensés" par la personne.
  - La perte de liberté et de contrôle et les tentatives de solution infructueuses dérangent l'épanouissement de la personnalité.
- (-> Ceci distingue les troubles psychiques des problèmes et crises de la vie normale)

165



## L'expérience subjective des problèmes et troubles psychiques (suite)

- Exemples : les patients disent
- par rapport au manque et au désordre / souffrance vécu
    - “Quelque chose ne va pas” ou “ne va plus”
    - “Quelque chose n'est pas en ordre”
    - “Ma vie n'a pas de sens”
    - “Je manque d'harmonie en moi”
    - “Je ne suis plus la personne que j'ai été”
    - “Je ne me comprends plus”
    - “Je me sens complètement bloqué”
  - par rapport à l'impuissance de résoudre le problème
    - “Je ne sais plus quoi faire”
    - “Je ne vois pas d'issue”
    - “J'ai essayé tant de choses, mais rien n'a vraiment changé. Et après, je me suis senti encore plus perdu.”

166



## Le concept de "maladie" vs "santé"

### Le concept de "maladie" comprend

- Expérience subjective de malaise, d'indisposition et d'être handicapé
- Modification de la personne et/ou du corps en ce qui concerne le bien-être (sentiment, humeur), le comportement et le niveau de performance
- Un rôle social comportant des droits et des devoirs

### Le concept de "santé" comprend

- L'absence de maladie : l'absence d'écarts biologiques au niveau des structures et des processus corporels
- L'état de bien-être corporel, psychique et social "parfait", le fait d'être bien-portant
- "L'état de capacité optimale d'un individu en vue de la réalisation efficace des rôles et des tâches pour lesquels il est socialisé" (Parsons, 1967)

167



## Définition du bien-être et de la santé de la OMS

L'**OMS** – l'organisation mondiale de la santé - (1993) définit la « **Qualité de vie** » (« quality of life » QoL) comme suit (selon Ogden, 2004):

*« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.*

*C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé **physique** du sujet, son état **psychologique**, son niveau **d'indépendance** et ses relations **sociales** et ses relations avec les facteurs saillants de son **environnement** ».*

168



## Indicateurs des états de santé et de maladie d'après Becker & Minsel (1986), tiré de Huber (1993)

Signes de maladie		Signes de santé	
Maladie corporelle	Maladie psychique	Maladie corporelle	Maladie psychique
Plaintes concernant l'état actuel		Satisfaction concernant l'état actuel	
Persévérance diminuée		Persévérance	
Atteinte de la capacité à jouer son rôle et à accomplir des tâches, atteinte de la capacité de travail		Capacité intacte à jouer son rôle et accomplir ses tâches, productivité accrue	
Intérêt réduit à l'entourage, capacité d'amour réduite		Intérêt accru pour l'entourage; engagement dans des projets, capacité d'amour, générativité	
Vécu de contrôle diminué, impuissance		Conviction de contrôle interne, autonomie	
Estime de soi diminuée; auto-critique accrue; manque de confiance en soi		Estime de soi accrue, confiance en soi	

Dispositions émotionnelles négatives

Manque d'énergie et d'élan

Défensive, troubles fonctionnels et d'efficacité

Centration sur soi

Recherche d'aide, dépendance

Sentiment de valeur personnelle faible

Dispositions émotionnelles positives

Intérêt et niveau d'énergie élevé

Expansivité, Efficacité optimale et productivité

Transcendance de soi

Autonomie

Sentiment de valeur personnelle élevée

169



## Le concept général de "maladie" en médecine

- (1) Les malaises, les modifications ou déviations physiques et psychiques (la maladie) ont leur origine dans une déficience spécifique.
- (2) La déficience se trouve dans l'individu et constitue l'essence de la maladie.
- (3) La maladie a son origine dans une cause - ou un ensemble (récurrent) de causes spécifiques, univoques.
- (4) La maladie est de nature physique (corporelle).

170



### **Le modèle médical des « maladie mentales » (d'après Huber, 1993)**

- (1) Le comportement anormal et les troubles psychiques sont conçus comme les symptômes d'une maladie sous-jacente.
- (2) Cette maladie est dans l'individu et doit être décrite comme entité morbide ayant une cause et un développement spécifique.
- (3) Les véritables causes de la maladie sont somatiques (dans le corps), mais il y a des situations déclenchantes non somatiques.
- (4) Conséquence : le processus pathogène se déroule selon les lois et facteurs inhérents à l'individu et de façon indépendante du patient et de son entourage.

171



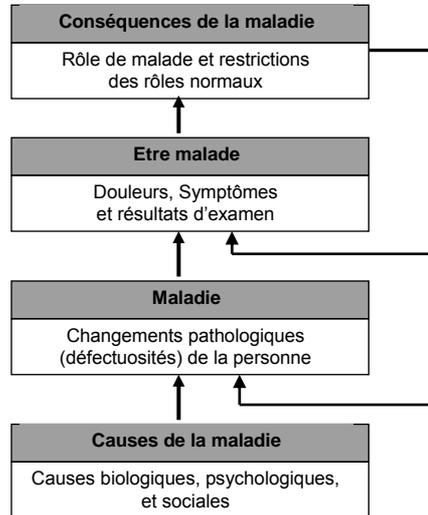
### **Modèles de maladie**

- (1) **Le modèle médical**  
les troubles ont leur origine et cause dans des facteurs organiques
- (2) **Le modèle psycho-social**  
les facteurs psycho-sociaux jouent un rôle important :  
exemples
  - l'approche "comportementale" : le trouble est appris dans un milieu et selon des processus défavorables
  - l'approche psychanalytique : le trouble se base sur des événements traumatisant et les conflits qui en découlent
  - l'approche "sociologique" : le trouble est appris en termes d'un rôle social; désigné par l'étiquetage et l'attitude du milieu
- (3) **Le modèle bio-psycho-social**
  - une synthèse multi-causale entre les modèles précédents
  - les troubles psychiques et physiques sont le résultat d'une multiplicité de facteurs se trouvant en interaction
  - exemple : le "choix de la maladie" par rapport au stress chronique

172



## Modèles de maladie, facteurs d'influence et rôles



173



174



## Problèmes, troubles et "normalité" : les différentes normes

- (1) **Normes sociales (critères socio-culturels)**  
les normes (standards) portant sur les attitudes, les émotions et les comportements (règles de comportement)
  - concernent des situations
  - impliquent des sanctions
  - sont de nature formelles ou informelles
  - se situent au niveau de la culture entière, de la société, des groupes (informels et formels)
- (2) **Normes statistiques (critères statistiques)**  
la moyenne, écart-type, écart à la moyenne  
le mode, etc. basées sur des études empiriques
- (3) **Normes subjectives (critères personnels)**  
les attentes ou buts personnels, le fonctionnement antérieur, la comparaison sociale

175



## Problèmes, troubles et "normalité" : les différentes normes (suite)

- (4) **Normes d'experts**  
normes (plus ou moins fondées) concernant le fonctionnement normal vs. clinique, basées sur des études comparatives, l'expérience clinique
- (5) **Normes idéales**  
critères d'un fonctionnement de "perfection"  
considéré comme souhaitable  
exemple : "fully functioning person" selon Carl Rogers :  
image (concept) du Self réaliste et positive sans façade,  
ouverture à toute expérience, autonomie et responsabilité
- (6) **Normes biologiques**  
critères de fonctionnement biologique "normal"  
exemples : la température, indicateurs cardio-vasculaires,  
taux de métabolisme

176



# **Description et classification des troubles et problèmes psychiques (Psychopathologie)**

177



178



## Description et classification des troubles et problèmes psychiques

### Fonctions principales (Huber, 1993)

(1) Fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles psychiques (symptomatologie, étiologie, évolution)

-> But : indications générales pour la prise en charge et la thérapie

(2) Faciliter la communication entre praticiens et entre chercheurs

179



## Description et classification des troubles et problèmes psychiques

### Classification (Huber, 1993) :

La mise en ordre d'un certain nombre de phénomènes (caractéristiques, symptômes, individus)

- rangement ou groupement dans un ensemble (système)
- système divisé en classes ou catégories
- une classe / catégorie consiste en un ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes

-> le développement du système de classification et le système lui-même

-> le processus de rangement d'un individu / cas dans le système (diagnostic classificatoire)

### Différentes variantes de description

- Catégories
- Types et prototypes
- Dimensions

180



## Description et classification des troubles et problèmes psychiques

### Critères généraux caractérisant les systèmes de classification I (critères méthodologiques et pratiques)

#### (1) Etendue et différenciation de la classification

(l'intégralité ou envergure)

- nombre de catégories
- domaines couverts

#### (2) Fidélité (objectivité et inter-subjectivité)

- fidélité inter-juges ("accord inter-juges")
- stabilité (fidélité intra-juge)

#### (3) Validité de la classification diagnostique

- validité étiologique
- validité prédictive : évolution / traitement

181



## Description et classification des troubles et problèmes psychiques

### Critères généraux caractérisant les systèmes de classification II (critères méthodologiques et pratiques)

#### (4) Aspects économiques et utilité pratique

(coût de la procédure, etc.)

#### (5) Opérationnalisation

- critères d'inclusion et d'exclusion opérationnalisés par rapport aux catégories concernées (p. ex. symptômes, durée)
- procédures de récolte des données (p. ex. interview standardisée)
- procédures d'évaluation et de décision (p. ex. algorithmes, standardisation)

182



# **Description et classification des troubles et problèmes psychiques (Psychopathologie)**

## **Les systèmes CIM et DSM**

183



184



## Diagnostic clinique Diagnostic psychopathologique classificatoire Les systèmes diagnostiques DSM et CIM

### DSM-IV

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux  
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)  
American Psychiatric Association (APA), 1995  
version française, 1996

**DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision) APA, 2004**

### CIM-10

Classification Internationale des Maladies.  
(ICD-10 International Classification of Diseases)  
Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement  
Organisation Mondiale de la Santé OMS, 1993  
version française 1994

185



## Classification : les grandes catégories Définitions générales (CIM-9,1978) - (*ancienne CIM*)

**Psychoses** : "Troubles mentaux dans lesquels l'atteinte du fonctionnement mental est telle qu'elle perturbe gravement la conscience, le contact avec la réalité et les possibilités de faire face aux nécessités de l'existence."

**Névroses** : "Les troubles névrotiques sont les troubles mentaux sans aucune base organique démontrable vis-à-vis desquels le malade peut garder une parfaite lucidité, qui ne s'accompagnent d'aucune altération du sens de la réalité et dans lesquels, habituellement, le sujet ne confond pas ses expériences subjectives et ses fantasmes morbides avec la réalité extérieure.

Le comportement peut être très perturbé bien que restant généralement dans les limites socialement acceptables, mais la personnalité n'est pas désorganisée.

Les principales manifestations sont une anxiété excessive, des symptômes hystériques, des phobies, des symptômes obsessionnels et compulsifs, la dépression."

186



## **Classification : les grandes catégories** **Définitions générales (CIM-9,1978; suite) (*ancienne CIM*)**

### **Troubles de la personnalité :**

"Modes de comportement inadapté profondément enracinés, habituellement reconnaissables au moment de l'adolescence ou plus tôt et persistant pendant la plus grande partie de la vie adulte ... La personnalité est anormale, soit concernant l'équilibre, la qualité ou l'expression de ses composantes, soit globalement. Cette altération est cause de souffrance pour le malade ou son entourage, a des conséquences nocives pour l'individu ou la société."





# **Description et classification des troubles et problèmes psychiques (psychopathologie)**

## **Le système multi-axial du DSM**

189



190



**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)  
Innovations du DSM III (Klerman, 1986)**

- (1) Notion de troubles multiples et séparés
- (2) Critères d'inclusion et d'exclusion opérationnels
- (3) Critères basés sur la description des troubles observés
- (4) Fidélité et validité (testées sur le terrain)
- (5) Introduction d'un système multiaxial

191



**DSM IV et DSM IV TR  
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux  
Evaluation / diagnostic multiaxial**

Axe

- I Troubles cliniques
- II Troubles de la personnalité / Retard mental
- III Affections médicales générales
- IV Problèmes psychosociaux et environnementaux
- V Evaluation globale du fonctionnement

Chaque axe représente "un domaine particulier, susceptible d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic."

"Le format offert par le système multiaxial est adéquat pour le classement et la communication des informations cliniques, pour saisir leur complexité et pour décrire l'hétérogénéité des sujets qui ont un même diagnostic. De plus, le système multiaxial stimule l'application du modèle biopsychosocial dans les institutions cliniques de formation et de recherche." (p. 31)

192



### **DSM-IV Axe I : Troubles cliniques – survol des groupes de troubles**

Troubles habituellement diagnostiqués pendant  
la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence  
Delirium, Démence, Trouble amnésique, autres troubles cognitifs  
Troubles mentaux dus à une affection médicale générale  
Troubles liés à une substance  
Schizophrénie et autres troubles psychotiques  
Troubles de l'humeur  
Troubles anxieux  
Troubles somatoformes  
Troubles factices  
Troubles dissociatifs

193



### **DSM-IV Axe I : Troubles cliniques – survol des groupes de troubles (suite)**

Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle  
Troubles de l'alimentation  
Troubles du sommeil  
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs  
Troubles de l'adaptation  
(D'Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique)

194



## Séance du 28 novembre 2008

195



196



# **Description et classification des troubles et problèmes psychiques (psychopathologie)**

## **Le système multi-axial du DSM**

### **Exemples**

197



198



### Cas de Monsieur P.

Monsieur P., informaticien au chômage âgé de 28 ans, est de plus en plus handicapé par des accès d'extrême peur, la peur de sortir et des préoccupations pour sa santé physique, au point qu'il ne peut plus supporter d'être seul et qu'il ne peut pas quitter la maison sans être accompagné. Ses accès d'extrême peur se caractérisent par des palpitations cardiaques, des fourmillements dans les mains et il peut à peine retrouver son souffle. Il se sent chaud, tremblant et désorientée, se sent « quitter son corps » et ressent « la réalité s'éloigner » et il est persuadée qu'il fait une « grave crise psychique ». Les accès tombent du ciel, évoluent en une à deux minutes au maximum et durent 20 à 30 minutes – une « éternité en enfer ».

Le patient avait déjà ressenti de temps en temps des symptômes similaires pendant plusieurs années mais la situation s'est aggravé il y a 4 mois quand son amie l'a soudainement quitté à cause de sa « passivité ». Maintenant, le fait de refaire ces accès crée une peur de devenir fou et de commencer une psychose. Il passe maintenant presque tout son temps chez ses parents où il se comporte, et est traité, comme un invalide.

Monsieur P. est fils unique; ses parents avaient déjà presque la quarantaine quand il est né. Il présentait une anxiété de séparation considérable lors de son enfance; par ex. il ne pouvait pas être laissé avec des baby-sitters. Il a été un enfant timide vis-à-vis de ses camarades de classe et des paires, mais il n'a pas mal réussi le lycée.

Il a étudié dans une université près de chez lui ce qui lui permettait de vivre chez ses parents. Il commença ensuite à travailler dans la petite entreprise de son père. Il souhaitait sortir avec des filles mais était le plus souvent trop timide pour faire le premier pas et avait besoin que sa mère lui serve d'intermédiaire.

199



### Cas de Monsieur P. (suite)

Les symptômes de M. P. ont évolué avec des hauts et des bas depuis 10 ans. Il a parfois essayé de s'affirmer de diverses manières: en voyageant à l'étranger, en sortant avec des filles qu'il avait choisies lui-même, et même en quittant l'entreprise de son père et en trouvant un emploi par lui-même. Ces tentatives se sont toujours soldées par des échecs humiliants car il devenait chaque fois anxieux, ruminait qu'il était en train de faire une erreur et finissait par abandonner et par retourner dans le « giron familial ».

Le patient se sent particulièrement lié à sa mère qui est souffrante physiquement. Il craint qu'elle ne meure bientôt et a peur qu'elle se sente seule s'il n'est pas près d'elle, de même que lui se sent quand elle n'est pas à ses côtés. La mère de M. P. est également liée à son fils. Elle ne peut pas supporter ses « souffrances » et est prête à sacrifier sa relation avec son mari et sa vie sociale pour être avec son fils. Quand ils sont séparés, M. P. et sa mère se téléphonent plusieurs fois par jour. En même temps, le patient est en colère contre ses parents et les responsabilise pour ses propres difficultés, leur reprochant de ne pas l'aimer assez et aussi de l'aimer trop, de ne pas s'occuper de lui mais aussi de le rendre trop dépendant. Il méprise en particulier son père qui présente également quelques phobies légères.

M. P. se sent anormal et inférieur. Il s'attend à être critiqué par les autres et est sensible au rejet. Il est également très critique d'autrui et se sent constamment déçu. Il a eu des amis proches dans le passé mais se sent maintenant trop gêné pour les contacter. Depuis 4 mois il vit une vie « retirée » et à l'abri et fait s'aider par ses parents, notamment sa mère, qui prennent toutes les responsabilités et décisions pour lui.

Monsieur P. a suivi deux psychothérapies, pendant chaque fois un an environ. Il est devenu de plus en plus exigeant puis est déçu et désillusionné par ses thérapeutes et décide que cela ne mène à rien. Il risque de devenir dépendant de tranquillisants (benzodiazépines), décrivant notamment des difficultés de les utiliser aux doses recommandées. Il est intelligent et a une assez bonne perception de ses motivations et de ses comportements, tout en étant incapable de les modifier.

200



## Cas de Monsieur P. - Diagnostic selon DSM IV

### Axe I: troubles cliniques

Trouble panique avec agoraphobie F40.01 [300.21]  
(Antécédents d') Anxiété de séparation F93.0 [309.21]

### Axe II: troubles de la personnalité / retard mental

Personnalité évitante F60.6 [301.82]  
Personnalité dépendante F60.7 [301.6]

### Axe III: affections médicales générales

Aucun

### Axe IV: facteurs psychosociaux et environnementaux

Chômage, abandonné par son amie, maladie de sa mère

### Axe V: niveau de fonctionnement général

Evaluation globale du fonctionnement  
EGF = 50 (actuel); 60 (niveau le plus élevé l'année écoulée)

201



202



# Epidémiologie

## Fonctions et indicateurs

## Données épidémiologiques

203



204



## Epidémiologie Enquête "psychologie heute" (1982, N=1'172)

### Les 10 « problèmes » les plus fréquents

Problèmes	%
Problèmes de l'estime de soi	71
Dépressions	61
Anxiété	56
Problèmes de couple	56
Symptômes physiques	45
Problèmes de contact	44
Difficultés sexuelles	35
Problèmes de travail	33
Intentions de suicide	29
Problèmes familiaux	23

205



## Epidémiologie Fonctions - types de questions et de recherches

- 1. Description**  
de la fréquence et de la distribution des troubles et problèmes psychiques dans la population et en fonction des conditions spécifiques
- 2. Interprétation**  
des résultats corrélatifs par rapport à des conditions éventuelles influençant l'apparition et la distribution des troubles psychiques
- 3. Epidémiologie évaluative**  
prévoyant des mesures préventives pour réduire la fréquence des troubles psychiques (p. ex. amélioration des services de soins)

On distingue aussi :

Epidémiologie **descriptive** (correspondant essentiellement à 1.)  
versus **analytique** (correspondant essentiellement à 2.)

206



## Epidémiologie : critères et paramètres

- 1. Prévalence** = taux de personnes d'une population spécifique souffrant d'une maladie ou d'un trouble (pourcentage)
  - Prévalence **ponctuelle** (p. ex. portant sur la semaine qui précède le point de mesure)
  - Prévalence **par période** (p. ex. sur une année)
  - Prévalence **sur la vie entière** ("risque de morbidité")
  - Prévalence **vraie** = taux dans la population générale (évaluée par des études représentatives)
  - Prévalence **administrative** = taux dans certaines institutions ou structures de la prise en charge
- 2. Incidence** = nombre ou taux de nouveaux cas (surajouté à l'effectif déjà atteint)

207



## Epidémiologie - Exemple Echantillon représentatif d'une population urbaine (N=600) (Schepank, 1987)

**Les 10 symptômes les plus fréquents (selon CIM-8)**  
(chez l'ensemble des sujets présentant des symptômes)

Symptômes	%
Agitation interne	33.0
Comportement dépendant	32.2
Humeur dépressive	31.2
Fatigue, épuisement	26.2
Anxiétés	24.5
Maux de tête/migraine	23.5
Problèmes de la concentration et de la performance	23.5
Pensées obsessionnelles	23.3
Troubles du sommeil	22.7
Actes obsessionnels	21.7

208



### Epidémiologie des troubles anxieux Prévalence sur la vie entière (selon Wittchen, 1995)

Diagnostic	Médian
Trouble panique	3.6 %*
Agoraphobie	5.4 %
Phobie sociale	11.3 %
Phobie spécifique	8.6 %
Anxiété généralisée	5.1 %
Obsessions/compulsions	2.1 %
Etat de stress post-traumatique	7.5 %
<b>Troubles anxieux (total)</b>	<b>env. 14.0 %</b>

Taux sur la base des recherches représentatives utilisant des nouveaux instruments diagnostiques (CIDI ou DIS); Etats-Unis, Canada, Néo-Zélande, Italie, Puerto Rico, Allemagne, Suisse  
\*avec agoraphobie

209



### Dépression Epidémiologie : trouble dépressif majeur

	Prévalence sur la vie (e.g. Boyd & Weisman, 1981)	Prévalence ponctuelle (1 mois) (e.g. Angst, 1987)
Population générale	8 – 16 %	3 – 6 %
Hommes	5 – 12 %	2 – 3 %
Femmes	10 – 25 %	5 – 9 %

La prévalence semble dépendre (d'après DSM-IV)

- du statut marital : risque élevé chez les personnes séparées et divorcées (Hirschfeld & Cross, 1982)
- d'un manque de relations sociales étroites (Brown & Harris, 1978; Hautzinger, 1985)

La prévalence ne semble pas être liée (d'après DSM-IV) :

- à l'ethnie
- à l'éducation

210



## **Dépression**

### **Epidémiologie : trouble dépressif majeur**

(d'après DSM IV)

#### **Evolution**

env. 5 à 10 % des sujets présentant un trouble dépressif majeur (épisode isolé) développeront un épisode maniaque (c.à.d. un trouble bipolaire); 50 % - 60 % ayant un trouble dépressif majeur (épisode unique) auront un 2ème épisode, 70 % ayant un deuxième épisode en présenteront un 3ème.

#### **Comorbidité, troubles associés**

mortalité élevée : p. ex. jusqu'à 15 % meurent de suicide  
médecine générale : plus de maladies somatiques et de douleurs que la population normale  
diminution de fonctionnement : sur le plan physique, social et professionnel

211



## **Dépression**

### **Epidémiologie : trouble dépressif majeur (suite)**

#### **Comorbidité:**

le présence simultanée ou décalée d'un autre Trouble (au moins)

Le trouble dépressif majeur est

- précédé par un trouble dysthymique (10 % dans les échantillons épidémiologiques; 15 à 25 % dans les échantillons cliniques)
- accompagné par d'autres troubles mentaux :
  - Troubles liés à une substance
  - Trouble panique
  - Trouble obsessionnel-compulsif
  - Trouble alimentaire: Anorexie, Boulimie
  - Trouble de la Personnalité borderline

212



## Dépression Epidémiologie : trouble dysthymique

(avec ou sans trouble dépressif majeur surajouté)

	prévalence sur la vie	prévalence ponctuelle
Population générale	6 %	3 %

Enfants : risque pareil pour sexe masculin et féminin  
Age adulte : risque des femmes 2 à 3 fois plus élevé

Aspects familiaux :  
Le trouble est plus fréquent chez les parents biologiques de  
premier degré des sujets ayant un trouble dépressif majeur que  
parmi la population générale





## Séance du 12 décembre 2008

215



216



## **Description et classification**

### **Psychopathologie**

### **Diagnostic opérationnalisé: exemples**

**La dépression majeure**  
**Le trouble dysthymique**  
**(selon DSM IV)**

217



218



## Psychologie clinique: exemple de cas (patient 42 ans, M.A.)

### Présentation

Depuis 3 ans, Monsieur A. souffre - avec une intensité variée - de différents problèmes : problèmes de concentration, de mémoire, de langage (recherche des mots, lapsus); des maux de tête, des transpirations/sueurs, des problèmes de respiration et de sommeil, d'un épuisement; des sentiments de culpabilité et, occasionnellement, de la tendance à pleurer; en plus, il a des attentes négatives envers le futur, en particulier dans le domaine professionnel et financier.

Des choses et actions qui lui faisaient plaisir auparavant (être avec ses enfants, ou cuisiner, savourer un bon repas, un verre du rouge) le laissent maintenant désintéressé et "froid".

Plusieurs diagnostics en médecine n'ont pas révélé de problèmes organiques.

Actuellement - depuis 6 semaines - les symptômes se sont renforcés. En plus, il a des problèmes pour s'activer le matin. Il a dû prendre congé de maladie.

Cette aggravation se présente depuis l'annonce des changements importants dans l'entreprise, où il travaille comme informaticien (fonction cadre, dirigeant un groupe de travail) : suite à une fusion de l'entreprise, on vise à réduire le personnel à la moitié de l'effectif actuel.

219



## Psychologie clinique : exemple de cas (M. A. suite)

### Informations anamnétiques

M. A. est marié et a 2 enfants (8 et 11 ans).

Son père était mort à l'âge de 47 ans, quand le patient avait 11 ans. Après, il remplissait beaucoup de fonctions à la maison, dans la famille.

Il existe une relation étroite avec sa mère, par laquelle il se sent de moins en moins valorisé (p.ex. en comparaison avec ses deux frères plus âgés). Il y a des conflits, rarement exprimés, avec elle.

Il a vécu une crise maritale importante. Lors de son examen à la Haute-école (à 29 ans), sa femme commençait une relation avec un autre homme. Après une certaine durée et un déménagement dans une ville éloignée, cette relation s'est terminée. Après, lui et sa femme ont fait une thérapie de couple. Sa fille aînée présente depuis quelques mois des problèmes à l'école, surtout concernant ses performances scolaires (en particulier en mathématique). Il s'investit beaucoup pour la convaincre et l'aider, sans succès.

Il a une formation d'ingénieur en informatique. Après ses études, il a fait une carrière professionnelle importante. Actuellement, il occupe une position cadre dans l'entreprise. Il travaille beaucoup, de manière scrupuleuse. Il s'engage beaucoup, sans que ses propositions de projet ou de réorganisation aient été retenus et réalisés par la direction.

Ses multiples efforts au niveau familial et professionnel ont encore réduit ses contacts avec les amis et collègues, déjà assez limités auparavant.

220



### Dépression : diagnostic selon DSM-IV « Episode dépressif majeur »

A. Au moins 5 des symptômes suivants présents pendant une même période de deux semaines (min.), représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est (1) ou (2)

- √ (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et tous les jours
- √ (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- (3) Perte (ou gain) significatif de poids
- √ (4) Insomnie (ou hypersomnie)
- (5) Ralentissement ou agitation psychomoteur
- √ (6) Fatigue ou perte d'énergie
- √ (7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité
- √ (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- (9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires, plan ou tentative de suicide

221



### Dépression: diagnostic selon DSM-IV « Trouble dépressif majeur, épisode isolé »

- √ A. Présence d'un Episode dépressif majeur
- √ B. L'Episode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un Trouble schizo-affectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.
- √ C. Il n'y a jamais eu d'Episode maniaque, mixte, ou hypomaniaque.

**Spécification** (pour l'épisode actuel ou le plus récent)  
*sévérité* (léger, moyen, sévère sans ou avec caractérist. psychotiques)  
*en rémission* (partielle ou complète)

*chronique* (depuis au moins 2 ans)

*psychotique* (caractéristiques psychotiques congruentes ou non congruentes à l'humeur)

*Type:* avec caractéristiques catatoniques  
avec caractéristiques mélancoliques  
avec caractéristiques atypiques  
avec début lors du post-partum

222



### Dépression : diagnostic selon DSM-IV Trouble dysthymique

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.
- B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :
  - (1) perte d'appétit ou hyperphagie
  - (2) insomnie ou hypersomnie
  - (3) baisse d'énergie ou fatigue
  - (4) faible estime de soi
  - (5) difficultés de concentration ou à prendre des décisions
  - (6) sentiments de perte d'espoir
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de période de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A. et B.
- E. à G. critères d'exclusion
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

223



### Exemple de cas : dépression - diagnostic Monsieur A.

#### Diagnostic psychopathologique et différentiel selon DSM-IV (y compris diagnostic axial)

##### Axe I

Trouble dépressif majeur («moyen» 6/9) [296.21 ou F32.1 CIM)  
Trouble dysthymique [300.4 ou F34.1 CIM]  
-> « double dépression »

##### Axe II

Traits d'une personnalité obsessionnelle-compulsive

##### Axe III

Pas de diagnostic

##### Axe IV

Stress professionnel (entreprise en crise); risque éventuel de perdre le poste; difficultés familiales, problèmes de couple

##### Axe V

EGF = 60 (actuel; score max)  
70 (niveau le plus élevé de l'année écoulée; max)

224



# **Etiologie**

## **Aquisition et maintien**

### **des troubles et problèmes psychiques**

#### **partie I**

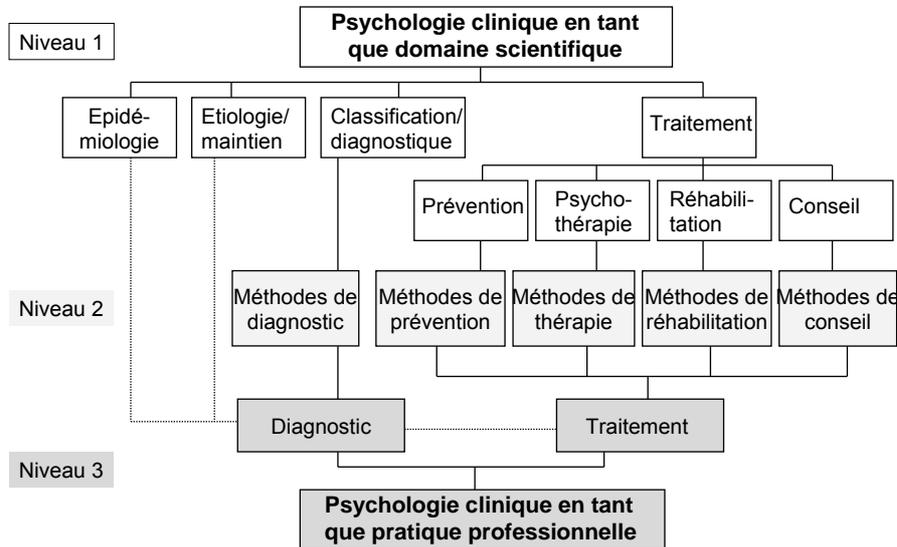
225



226



## Psychologie clinique en tant que science et pratique



227



## Les causes et le développement des problèmes et troubles psychiques

### « Etiologie »

- à l'origine un concept médical
- termes similaires « pathogénèse » ou « étiopathogénèse »

-> **Acquisition, déclenchement et maintien**

### Questions de base:

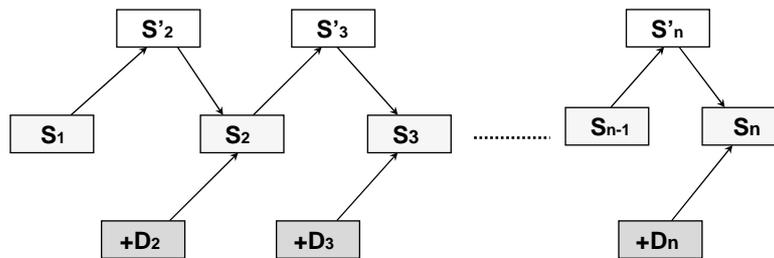
- Suite à quelles causes (ou conditions antécédentes) et
- suivant quelles lois  
un trouble psychique s'est-il formé,  
a-t-il été déclenché et  
se maintient-il ?

228



### L'explication historique-génétique: structure

Hempel (1965, p.451) a représenté cette chaîne d'arguments de l'explication historique-génétique de la façon suivante:



Les symboles (S1,...Sn) représentent des propositions décrivant des faits déterminés concernant certains états.

Les **flèches** représentent des relations ayant caractère de loi.

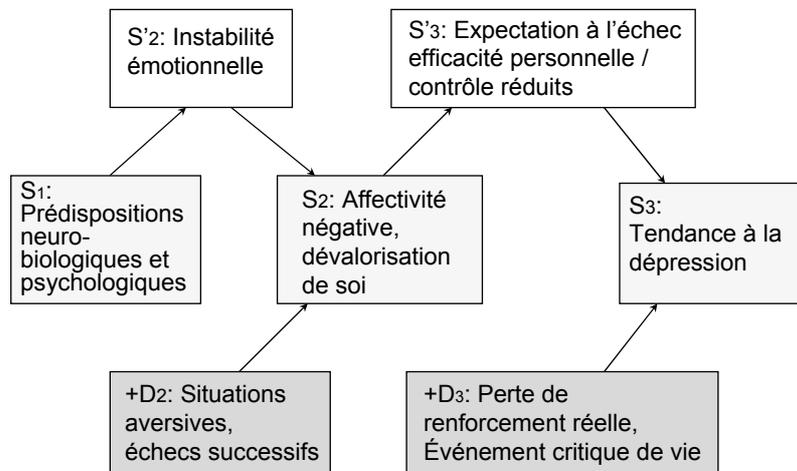
S'2,...,S'n représentent des propositions décrivant des faits pouvant être expliqués à partir des états précédents.

D2,...,Dn représentent des informations complémentaires (qui doivent être insérées sans être expliquées, par ex. des événements de vie).

229



### L'explication historique-génétique: Exemple



230



## Etiologie : les phases et les facteurs du développement des troubles psychiques

- 1. La phase pré- et périnatale : les facteurs "prédisposants"**  
facteurs génétiques, intra-utérins et périnataux :  
précèdent le trouble et limitent les capacités d'adaptation  
-> "**prédispositions**" (augmentation de la probabilité ou du risque de développer un trouble)
- 2. La phase de développement / socialisation précoce : les facteurs de "vulnérabilité"**  
facteurs lors de la petite enfance et enfance :  
expériences et événements négatifs (par ex. maladies, problèmes familiaux) ajoutent leurs effets à ceux de la prédisposition  
-> "**vulnérabilité**"

231



## Etiologie : les phases et les facteurs du développement des troubles psychiques (suite)

- 3. La phase précédant immédiatement le trouble : les facteurs déclenchants**  
conditions physiques ou psychiques, externes ou internes qui dépassent la capacité d'adaptation  
-> "**stress**"  
par ex. "stress" physique et psychique, maladies, accidents, pertes et changements importants  
événements critiques de la vie, conditions chroniques
- 4. La phase d'évolution du trouble : les facteurs de maintien**  
installé, le trouble peut se présenter différemment :  
fluctuant, épisodique, phasique, paroxysmal ou chronique;  
les facteurs prévenant la "rémission spontanée" sont :  
- les réactions de la personne ou de l'entourage et (par ex. "bénéfices secondaires" de la maladie)  
- le renforcement des comportements dysfonctionnels et la "punition" des comportements fonctionnels

232



## **Etiologie : les phases et les facteurs du développement des troubles psychiques**

Le modèle est appelé aussi

« **Vulnérabilité – stress** »

OU

« **Diathèse – stress** »

233



## **Avantages et inconvénients du modèle cadre**

### **Les avantages de cette conception :**

- elle met en avant la complexité
- elle correspond bien à la notion d'une "chaîne causale"
- elle souligne la nécessité d'envisager les quatre groupes ensemble
- elle tient compte de l'action du patient et de son milieu

### **Les inconvénients :**

- notion de "prédisposition" floue (facteur de risque qui est présent et qui prévaut)
- les facteurs déclenchants "actualisent" la prédisposition (qui préexiste)

234



### **Etiologie : modèles de causalité**

(d'après Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000)

#### **Le modèle d'effet principal**

“constitution” et “milieu” influencent le développement indépendamment l'un de l'autre

#### **Le modèle d'interaction**

le trouble est produit par deux ou plusieurs facteurs (indépendants) mais de manière combinée :

- (a) relation causale en chaîne  
(séquence temporelle)
- (b) relation causale de sommation  
(la somme d'intensité des facteurs)
- (c) relation causale de substitution  
(un effet peut être produit chez différents individus par différents facteurs)

#### **Le modèle transactionnel**

deux ou plusieurs causes en interdépendance avec l'individu produisent l'effet : il ne s'agit pas des caractéristiques constantes, mais des processus changeants

235



### **Etiologie : les approches concernant les modèles étiologiques (de type transactionnel)**

1. **Approche "structurale"**  
étudie les facteurs/caractéristiques relativement stables  
(par ex. sexe, style éducatif, constellation familiale)
2. **Approche "fonctionnelle"**  
étudie les processus impliqués dans le développement du trouble (par ex. pattern d'interaction dysfonctionnelle, renforcements positifs et négatifs inadéquats, punition, cercles vicieux)

236



## Etiologie : conditions et niveaux de «causalité»

### 1. Conditions «historiques-génétiques»

dans la perspective psychologique : les « prédispositions » et les « vulnérabilités », l'histoire de l'apprentissage (y compris les événements vécus, etc.) qui ont mené aux problèmes actuels

### 2. Conditions déclenchant

surtout des «stresseurs» internes ou externes - physiques ou psychiques - qui dépassent les capacités d'adaptation de l'individu (p. ex. événements traumatisants; déprivations et frustrations; changements abruptes et importants des conditions de la vie; changements hormonaux)

### 3. Conditions de maintien et d'«actualisation»

réactions de l'entourage ou de la personne même qui agissent en tant que auto- ou hétéro-renforcement des comportements symptomatiques ou en tant que «punition» par rapport aux tentatives de rétablissement ou de normalisation; certaines conditions (p. ex. réactions internes, physiologiques ou cognitives) faisant partie des «cercles vicieux» qui mènent à des épisodes pathologiques (p. ex. attaques de panique)

237



## Etiologie : différents facteurs et conditions I

Conditions	Facteurs (exemples)
génétiques	les dispositions comportementales et les possibilités structurelles de l'organisme reposant sur le code génétique, dans lesquelles l'organisme peut réagir aux conditions environnementales
périnatales / congénitales	conditions données à partir de la conception / naissance (à part les conditions génétiques), comme les nuisances de l'embryon (intoxications par l'abus de l'alcool, nicotine, médicaments, infections de la mère, etc.)
somatogènes biochimiques	(a) changements structuraux et processus dégénératifs du cerveau, causés par des tumeurs, des problèmes de circulation du sang, des atrophies cérébrales, des inflammations (encéphalite), etc., (b) influences des facteurs biochimiques (hormones, transmetteurs, enzymes, etc.) sur les comportements et le vécu psychique (c) maladies ou handicaps extra-cérébrales ayant des effets secondaires sur le comportement et le vécu (douleurs, incapacités, maladies chroniques)

238



## Etiologie : différents facteurs et conditions II

Conditions	Facteurs (exemples)
psychologiques	influences sociales et familiales (attachement, style éducatif des parents, patterns de communication, système de renforcement / punition), événements critiques / traumatismes (conditionnement)
sociologiques et socio-économ.	conditions de travail, retraite, chômage appartenance à la classe sociale immigration, travailleurs étrangers
écologiques	influences de l'environnement physique ou spatial, en distinguant le niveau macro-analytique (par ex. région géographique) du niveau micro-analytique (espace, jouets, etc.)
socio-culturelles	influence de la couche sociale, de la structure sociale, des normes et valeurs culturelles sur le comportement

239



240



## Séance du 19 décembre 2008

241



242



## **Etiologie**

### **Aquisition et maintien**

### **des troubles et problèmes psychiques**

### **partie II**

### **Conditionnement classique et opérant**

243



244



## Modèles étiologiques Principes d'apprentissage (survol)

### Le conditionnement classique et opérant

- le conditionnement classique S-R (Pavlov)
- le conditionnement opérant (S-)R-C (Skinner)
- le modèle à deux facteurs (Mowrer)
- le modèle à trois facteurs (Eysenck & Rachman)

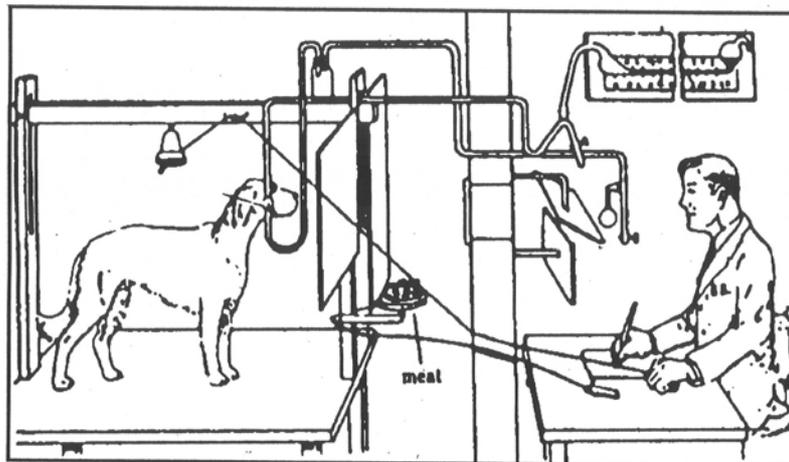
### L'apprentissage "cognitif"

- le modelage (Bandura)
- l'apprentissage par expectation ("efficacité personnelle") (Bandura)
- l'autoverbalisation (Meichenbaum, Beck)
- les processus d'attribution (Rotter, Seligman)
- les processus d'autorégulation (Kanfer)

245



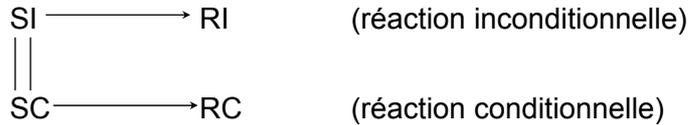
## Le setting expérimental de Pavlov (d'après Bourne & Ekstrand)



246



## Apprentissage par conditionnement classique (selon Pavlov)

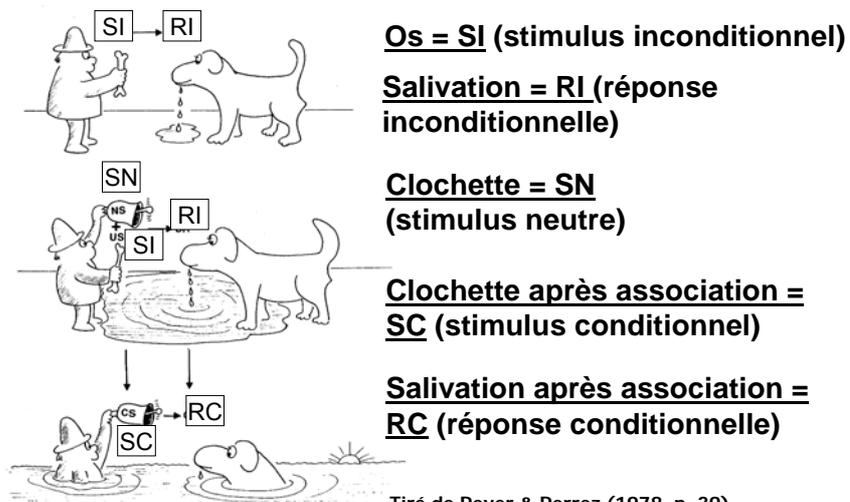


SI Stimulus Inconditionnel (bruit, choc électrique)  
SC Stimulus Conditionnel (neutre d'abord; diverses modalités)  
RI Réaction Inconditionnelle (douleur, peur, etc.)  
RC Réaction Conditionnelle (similaire à la RI)  
→ « implique » ou « déclenche »  
|| « est associé à »

247



## Le chien de Pavlov



248

Tiré de Peyer & Perrez (1978, p. 39)

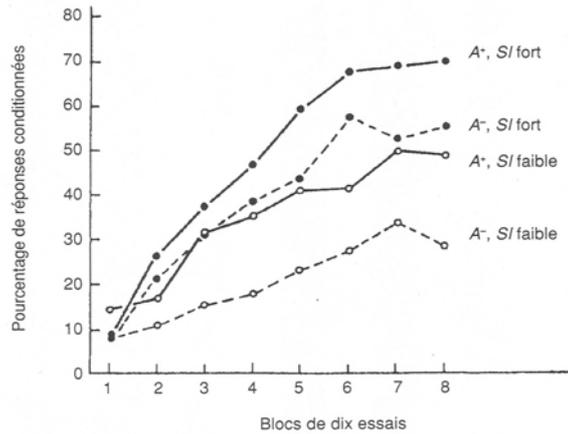


### Anxiété comme facteur motivationnel de l'apprentissage

Expériences de Spence (1958) utilisant le conditionnement classique

Sujets présentant une anxiété (trait) basse ou élevée (**A-** ou **A+**)

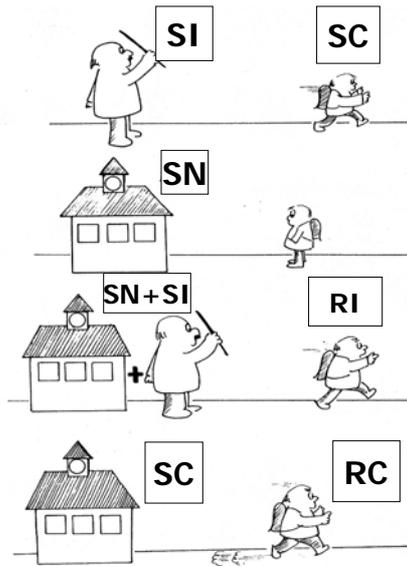
Réaction palpébrale (**RI** puis **RC**), jet d'air (**SI**, fort ou faible), signal lumineux (**SC**)



249



### Conditionnement classique: Exemple



Dans cet exemple, c'est l'association **répétée** de la réprimande (SI) et du lieu «école» (SN) qui fait que l'école devient, par le conditionnement classique, un stimulus conditionnel (SC), provoquant la réaction conditionnée de fuite (RI devient RC).

250

Tiré de Peyer & Perrez, 1978, p.41



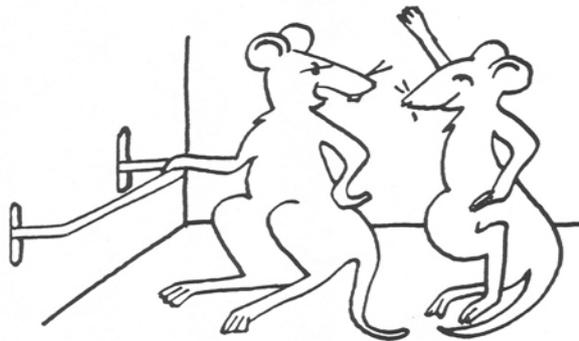
### Principes d'apprentissage opérant Types de renforcement et de punition (selon Holland & Skinner, 1961)

	conséquence / condition	
	positive / agréable	négative / aversive
présentation / réalisation	renforcement positif <b>C+</b>	punition I <b>C-</b>
retrait / suppression	punition II <b>C+</b>	renforcement négatif <b>C-</b>

251



### Le conditionnement opérant : Les expériences avec les animaux (d'après Skinner, 1954)



«Boy, have I got this guy conditioned ! Everytime I  
press the bar down he drops in a piece of food.»

252



## Principes d'apprentissage opérant Types de renforcement et de punition (selon Holland & Skinner, 1961)

Exemples au niveau des interactions éducatives

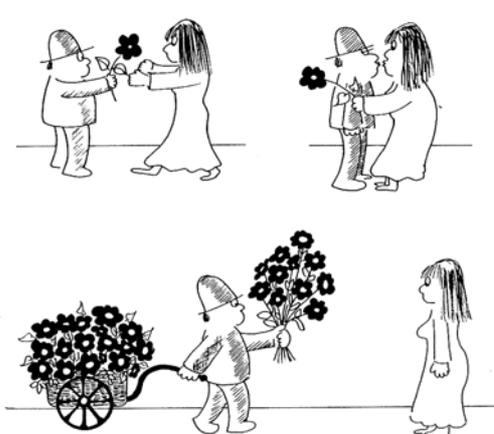
conséquence / condition

	positive / agréable	négative / aversive
application / réalisation	<i>louange</i> <b>C+</b>	<i>réprimande</i> <i>critique/désintérêt</i> <b>C-</b>
enlèvement / suppression	<i>retrait de</i> <i>l'attention</i> <b>C+</b>	<i>critique/désintérêt</i> <i>supprimé</i> <b>C-</b>

253



## Le conditionnement opérant: exemple



Un renforcement positif (baiser) est un événement qui se présente immédiatement après une réponse (offrir des fleurs) et augmente la probabilité d'apparition de cette réponse.

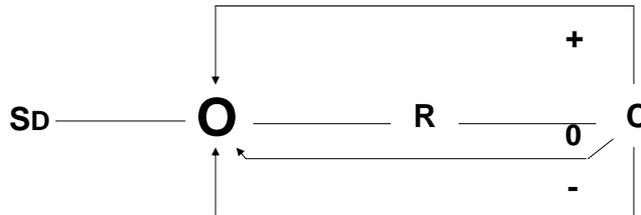
254

Tiré de Peyer & Perrez (1978, p. 47)



**Modèle SORC(K) selon Kanfer & Saslow (1967)  
basé sur conditionnement opérant / contingence de  
renforcement (selon Skinner, 1937)**

Stimulus      Organisme      Réaction      Conséquence



C+ (ou C-)      conséquence « positive »  
C- (ou C+)      conséquence « négative »  
C0 (ou C)      pas de conséquence (« nulle »)

} K

255



**Apprentissage par conditionnement classique et opérant  
Le modèle à deux facteurs (selon Mowrer, 1947, 1960)**

**Phase 1      conditionnement classique**

SI —————> RI      (réaction inconditionnelle  
de la douleur / peur)

||  
SC —————> RC      (réaction conditionnelle)

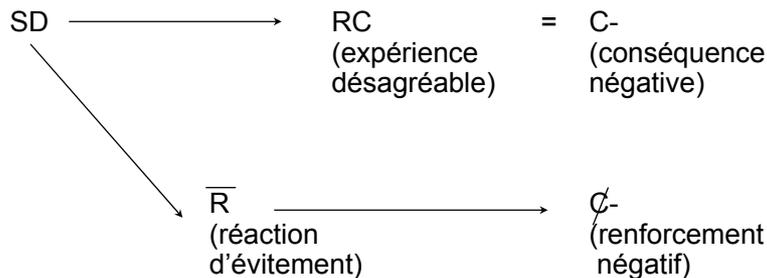
SC devient      SD      (stimulus discriminatif)

256



## Apprentissage par conditionnement classique et opérant Le modèle à deux facteurs (selon Mowrer, 1947, 1960) (suite)

### Phase 2 conditionnement opérant



257



## Apprentissage par conditionnement classique et opérant Le modèle à trois phases (selon Eysenck & Rachman, 1971)

### **Phase 1 : (SI - RI)**

Un événement traumatisant déclenche des réactions (autonomes) inconditionnelles qui mènent à une désorganisation passagère du comportement. La désorganisation (a) disparaît après le trauma ou (b) persiste chez des personnes faciles à conditionner.

### **Phase 2 : (SC-RC)**

Chez le groupe (b) le processus du conditionnement proprement dit a lieu. Selon le paradigme du "conditionnement classique", des stimuli auparavant neutres (p. ex. la voiture) sont associés au stimulus inconditionnel (situation traumatisante : p. ex. accident de voiture). Ils peuvent déclencher une réaction conditionnelle (phobie) similaire à la réaction inconditionnelle. Cette maladaptation névrotique est soumise au processus de l'extinction (rémission spontanée) si elle n'est pas renforcée à nouveau.

### **Phase 3 : (S-R-C)**

Un trouble (une maladaptation) est maintenu si le comportement d'évitement empêche - par le mécanisme du "renforcement négatif" - l'extinction. De même, si un nouveau conditionnement ou un conditionnement vicariant a lieu (p. ex. être témoin d'un accident de voiture).

258



**Joyeuses Fêtes et une excellente année 2009 !**

