



Cours-séminaire en Psychologie clinique

Troubles anxieux et dépressifs

Etiologie et dysfonctionnement – Facteurs psychologiques

Partie II : Troubles dépressifs

Master « Clinical and Health Psychology » et Master « Psychology »

Semestre d'automne 2009

Assistante : lic. phil. Stéphanie Haymoz

1



Programme du cours-séminaire – partie II

- 12.11. **Troubles dépressifs:** tableaux cliniques, étiologie et dysfonctionnement, implications pour l'intervention
- 19.11. Dépression majeure – modèles comportementaux
- 26.11. Dépression majeure – modèles cognitifs et intégratifs
- 3.12. Trouble dysthymique, Trouble de l'adaptation
- 10.12. **Validation et module de cas**
- 17.12. Forum: présentation de nouvelles recherches et colloque (ex. maniaco-dépressif; dépression chronique)

2



Dépression - distinctions conceptuelles

Episode de l'émotion « dépressive »

- affect et émotion de tristesse, désespoir, déception, etc.; épisode affectivement intense, impliquant différents niveaux, mais limité dans le temps et lié à une situation

Humeur dépressive (état dépressif / déprime)

- état d'humeur non stable, limité dans le temps ou occasionnel
- se démarque par rapport à l'intensité et la durée de la dépression

Dépressivité

- trait de personnalité, stable et durable
- peut être un facteur dispositionnel pour la dépression

Dépression

- état affectif "négatif" d'une intensité importante et d'une certaine durée (p. ex. plusieurs semaines ou mois)
- caractérisé ou accompagné par des problèmes à plusieurs niveaux :
 - émotionnel
 - cognitif
 - motivationnel
 - corporel-végétatif
 - corporel-moteur (comportements)

3



Emotions – core relational themes (Lazarus, 1991)

<i>Anger</i>	A demeaning offense against me and mine.
<i>Anxiety</i>	Facing uncertain, existential threat.
<i>Fright</i>	An immediate, concrete, and overwhelming physical danger.
<i>Guilt</i>	Having transgressed a moral imperative.
<i>Shame</i>	Failing to live up to an ego ideal.
<i>Sadness</i>	Having experienced an irrevocable loss.
<i>Envy</i>	Wanting what someone else has.
<i>Jealousy</i>	Resenting a third party for loss or threat to another's affection or favor.
<i>Disgust</i>	Taking in or being too close to an indigestible object or idea (metaphorically speaking).
<i>Happiness</i>	Making reasonable progress toward the realization of a goal.
<i>Pride</i>	Enhancement of one's ego identity by taking credit for a valued object or achievement, either one's own or that of s'one or group with whom we identify.
<i>Relief</i>	A distressing goal-incongruent condition that has changed for the better or gone away.
<i>Hope</i>	Fearing the worst but yearning for better.
<i>Love</i>	Desiring or participating in affection, usually but not necessarily reciprocated.
<i>Gratitude</i>	Appreciation for an altruistic gift that provides personal benefit.
<i>Compassion</i>	Being moved by another's suffering and wanting to help.
<i>Aesthetic experiences</i>	Emotions aroused by these experiences can be any of the <i>experiences</i> above; there is no specific plot.

4

From Lazarus (1991). *Emotion and Adaptation* (Table 3.4, p. 122.); Oxford University Press.



Dépression : niveaux de manifestations

Niveau émotionnel :

sentiments de tristesse, abattement, désespoir, solitude, impuissance, dévalorisation, anxiété, culpabilité, animosité ou hostilité

Niveau cognitif :

- (1) contenu : attitude négative envers soi-même, envers les autres et à l'égard de l'avenir; pensées de l'impuissance, pensées suicidaires
- (2) processus : troubles de la mémoire, de la concentration

Niveau motivationnel :

attente à l'échec, perte d'élan, sentiment que l'on exige trop, accroissement de la dépendance

Niveau corporel-végétatif :

insomnie (ou hypersomnie), agitation intérieure, fatigue, faiblesse, "baisse vitale", perte d'appétit et de poids, douleurs et malaises végétatifs

Niveau corporel-moteur (comportements) :

- (1) général : ralentissement des mouvements, réduction générale de l'activité ou agitation
- (2) visage : expression réduite, mimique figée, parfois changeante ou tendue ("pétrifiée")
- (3) posture : sans force, sans tension, courbé

5



Dépression – formes cliniques Distinctions « classiques » (cf. Blöschl, 1998)

Dépression

- **primaire versus secondaire**
qui est à l'origine ou précède évtl. un autre trouble
versus
qui suit ou est entraînée par des événements ou d'autres problèmes ou troubles
- **endogène versus névrotique ou réactive**
qui est causé à l'intérieur / côté somatique
(sans que la cause soit repérable)
versus
qui est le résultat d'un conflit psycho-dynamique ou la réaction à des conditions psychiques ou environnementales
- **unipolaire versus bipolaire**
qui n'est caractérisée que par des baisses de l'humeur
versus
caractérisée par des baisses et des hausses de l'humeur
(maniaco-dépressif)

6



Diagnostic psychopathologique

Description et classification selon DSM IV

Trouble dépressif majeur
Trouble dysthymique
Trouble dépressif non spécifié
Trouble de l'adaptation

7



Troubles de l'humeur selon DSM-IV - Survol

Dépressions unipolaires

Trouble dépression majeure
Trouble dysthymique («dépression névrotique»)
Trouble dépressif non spécifié (p. ex. dépressif «mineur»)

Dépressions bipolaires

Trouble bipolaire I et II («psychose maniaco-dépressive»)
Cyclothymie

D'autres troubles de l'humeur

Trouble de l'humeur dû à une affection médicale
Trouble de l'humeur induit par une substance

Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
(état dépressif «réactionnel» à un facteur de stress)

[Deuil]

[Réactions à la perte (mort) d'un être cher, similaires à l'épisode dépressif; durée max 2 mois]

8



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

9



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.

Spécifications (pour l'épisode actuel ou le plus récent)
sévérité (léger, moyen, sévère sans ou avec caractéristiques 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

10



Dépression: diagnostic selon DSM-IV « Trouble dépressif majeur, récurrent »

- A. Présence d'au moins deux Épisodes dépressifs majeurs
- B. Les Épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un Trouble délirant, ou à un Trouble psychotique non spécifié.
- C. Il n'y a jamais eu d'Épisode 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

Spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes)
 avec caractère saisonnier

11



Trouble dépressif majeur selon DSM-IV Spécifications

Spécification : caractéristiques mélancoliques

(typus melancholicus; "dépression endogène") :

- Perte de plaisir pour (presque) toutes les activités et / ou
- Absence de réactivité aux stimuli habituellement agréables

De plus, au moins 3 parmi 6 symptômes:

- Qualité particulière de l'humeur dépressive (différente d'un deuil)
- Dépression plus marquée le matin
- Réveil matinal précoce
- Agitation ou ralentissement marqué
- Anorexie ou perte de poids significative
- Culpabilité excessive ou inappropriée

Spécification : caractéristiques atypiques

Réactivité de l'humeur (événements positifs l'améliorent)

de plus, 2 caractéristiques parmi les suivantes :

- Prise de poids ou augmentation de l'appétit
- Hypersomnie
- Membres « en plomb » (sensation de lourdeur)
- Sensibilité au rejet dans les relations est un trait durable

12



Trouble dépressif majeur selon DSM-IV Spécifications (suite)

Spécification : caractéristiques catatoniques

Au moins 2 caractéristiques suivantes :

- Immobilité motrice (catalépsie) ou état de stupeur
- Activité motrice excessive (sans but et influence externe)
- Négativisme extrême (résistance à toute consigne ou posture rigide résistant à toute tentative de mobilisation)
- Mouvements volontaires bizarres
- Echolalie ou échopraxie

13



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 **2** 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 difficultés 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.

14



Dépression: diagnostic selon DSM-IV

Trouble dépressif majeur vs trouble dysthymique

	Trouble dépressif majeur	Trouble dysthymique
Persistance	L'humeur dépressive la plupart du temps au cours de la journée (presque) tous les jours pendant 2 semaines	L'humeur dépressive (plus d')un jour sur deux durant au moins 2 ans
Chronicité	Un ou plusieurs « épisodes » qui tranchent avec le fonctionnement habituel	Symptômes dépressifs chroniques
Sévérité	Symptômes plus sévères (nombreux)	Symptômes moins sévères (nombreux)

Si les symptômes chroniques sont suffisamment nombreux et sévères
 → Dépression majeure avec spécification « chronique »

15



D'autres formes de troubles dépressifs (selon DSM-IV)

D'autres troubles de l'humeur

Trouble de l'humeur dû à une affection médicale

Trouble de l'humeur induit par une substance

Trouble dépressif majeur, non spécifié

Tous les critères ne sont pas remplis, mais il y a un / deux des critères primordiaux et quelques symptômes supplémentaires, sans que 5 critères soient présents

Exemple:

Trouble dépressif « mineur »

16



Troubles de l'adaptation selon DSM-IV (1)

A. Apparition des symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un facteur de stress identifiable, au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

(1) soit une souffrance marquée, plus qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress,

(2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel

C. La perturbation ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil



Troubles de l'adaptation selon DSM-IV (2)

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes n'existent pas au-delà de 6 mois.

Spécification : aigu (< 6 mois), chronique (> 6 mois)

Types :

Avec humeur dépressive

Avec anxiété

Avec à la fois anxiété et humeur dépressive

Avec perturbation des conduites

Avec perturbation à la fois des émotions et conduites



Dépression majeure et dysthymie

Aspects épidémiologiques

19



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 %

20



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



Dépression (DM) – Epidémiologie, évolution, comorbidité (1)

(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 deuxième épisode

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



Dépression (DM) – Epidémiologie, évolution, comorbidité (2)

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 anxieux, surtout panique et obsessionnel-compulsif
 - Anorexie, Boulimie
 - Personnalité borderline



Les modèles d'étiologie et de dysfonctionnement de la dépression

Survol



Modèles d'étiologie et de maintien de la dépression : survol

1. Modèles « événementiels »

2. Modèles psychologiques et psycho-sociaux

Modèles comportementaux

Ferster : modèle « comportemental » classique
Lewinsohn : modèle de « perte de renforcement »
Seligman : modèle de « détresse acquise » («helplessness»)

Modèles cognitifs

Seligman et al. : modèle reformulé de « détresse acquise »
Beck et al. : modèle cognitif (schémas dépressogènes)
Kanfer et al. : modèle d'«autocontrôle» / «self-management»

3. Modèles biologiques et bio-psychologiques

Modèles de neurotransmission
Modèles des fonctions endocriniennes
Rythmes biologiques

4. Modèles bio-psycho-sociaux multifactoriels

Lewinsohn et al. : modèle multifactoriel
Akiskal & McKinney: modèle multifactoriel « final common pathway »

25



Les facteurs et modèles étiologiques de la dépression

Registres de facteurs de risque

Le modèle « événementiel »

- l'impact des événements « critiques »

26



Les principaux registres de facteurs de risque d'une dépression

Méta-analyse des études sur les jumeaux de Sullivan et al. (2000)
(N > 212 '000)

Influence génétique: 31 - 42%

Influence des facteurs environnementaux:
spécifiques à l'individu: 58 - 67%
touchant les 2 jumeaux 0 - 5%

Influence génétique femmes > hommes



Événements critiques - événements de vie

Analyse de Monroe & Hagjiyannakis (2002)

Lien entre événements/expériences négatifs et dépression ultérieure bien étayé:

décrivent des événements critiques précédents
50% patients en traitement
80% de « cas » dans des études représentatives
24% de sujets contrôles

Estimation de Brown & Harris (1989)

20-50% de personnes développent une dépression après du « life-stress »

Avec >= 3 événements critiques lors de l'année précédente le risque augmente encore considérablement (Lewinsohn, Allen, Gotlib & Seeley, 1999)



Événements critiques - événements de vie

Les événements types et leurs caractéristiques (Monroe & Hagjiyannakis, 2002):

Surtout **pertes** ou **ruptures** décisives et massives concernant le partenaire, la famille, la vie professionnelle et financière ainsi que les maladies graves.

Leur caractère « critique » consiste en une menace existentielle des buts centraux de vie et de l'image / estime de soi.

L'impact dépend encore d'autres facteurs de la vie (aussi sexe, âge) et de la disponibilité du soutien social

Les facteurs protecteurs (facteurs « tampon »):
notamment le soutien social, reçu, disponible ainsi que perçu (Sherbourne, Hays & Wells, 1995).

29



Événements critiques - événements de vie

Facteurs individuels augmentant le risque face aux événements critiques (cf. Clark, Beck & Alford, 1999):

« **Introversión** » (selon Eysenck; Costa & McCrae)

« **Sociotropie** » vs « autonomie » (cf. échelle sociotropie-autonomie de Beck)
style de personnalité « sociotrope »: l'estime de soi dépend des autres et leur reconnaissance (vs style « autonome »: comprenant la reconnaissance via performances / prestations et indépendance comme motivations centrales).

« Sociotropie » et l'effet d'événements critiques de type social sont corrélés

Nouvelle perspective

Réciprocité de l'influence: les caractéristiques **interactionnelles** et **stratégies** de résolution du problème contribuent à la survenue de certains événements stressants (Davial, Hammen, Burge, Daley & Pakley, 1995): hypothèse de « **génération du stress** » (Hammen, 1991).

Le type de **la relation « causale »** entre événements critiques et d'autres facteurs de vulnérabilité est à clarifier

30



Les modèles comportementaux

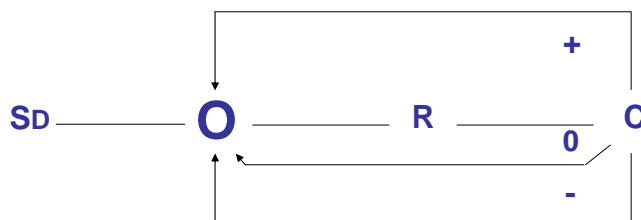
Les approches de Ferster et de Lewinsohn

31



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

Stimulus Organisme Réaction Conséquence

C+ (ou \emptyset -)

conséquence « positive »

C- (ou \emptyset +)}

conséquence « négative »

C0 (ou \emptyset)

pas de conséquence (« nulle »)

} K

32



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

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

33



Le modèle comportemental de Ferster (1966, 1973) Composantes étiologiques et dysfonctionnement (1)

Focalise les conditions qui peuvent expliquer les caractéristiques comportementales de la **dépression**:

1. Capacités de perception restreintes ou biaisées

Les propres comportements et les conditions environnementales, surtout les comportements d'autres personnes, ne sont pas correctement perçus et leur interprétation est erronée; manque de flexibilité pour explorer l'environnement et émettre un comportement qui y est adapté

2. Restrictions du répertoire comportemental

Développement d'un répertoire comportemental restreint / bloqué : déjà lors de la petite enfance; p.ex. le manque de réagir de manière différenciée dans les interactions avec les proches (p. ex. avec la mère; décodage des indicateurs expressifs d'autrui, explorer et émettre des propres comportements flexibles) – la conséquence : des comportements sociaux appauvris et/ou inadéquats

Manque de renforcement -> réduction de certains comportements (clés)
-> réduction de l'adaptation aux conditions environnementales -> conditions de renforcement encore moins favorables

34



Le modèle comportemental de Ferster (1966, 1973) Composantes étiologiques et dysfonctionnement (2)

3. Changements dans l'environnement

La perte des sources de renforcement mais aussi la perte des stimuli discriminatifs (stimuli indiquant un renforcement potentiel; renforcement «secondaire»)
Exemples : perte du conjoint; retraite

4. Contingences (plans de renforcement) particulières

Des contingences qui demandent une grande quantité (fréquence / intensité) de comportements avant qu'il y ait un effet (renforcement). Ceci semble plutôt important pour les plans de renforcement à « proportion constante » (« fixed ratio ») comparés avec les plans à « proportion variable »

Ex. selon Ferster : des plans variables caractériseraient le début de la carrière professionnelle; des plans fixes la phase de consolidation et de routine; la « transition » représenterait la phase critique pour une dépression.

35



Etiologie et dysfonctionnement de la dépression dans l'analyse fonctionnelle: approche de Ferster (1966,1973)

Les étapes d'une analyse fonctionnelle :

- Définition des comportements spécifiques à la dépression
- Détermination de la fréquence (intensité) des comportements
- Détermination des conditions et processus qui expliquent les fréquences / intensités

Caractéristiques comportementales spécifiques à la dépression (à analyser dans le cas individuel) :

- **Excès** de comportements de passivité ou d'évitement et de fuite vis-à-vis des stimuli (situations) aversifs, par ex. des plaintes, la recherche d'aide; excès de comportements irrationnels et inhabituels
- **Déficits** de comportements actifs exerçant un contrôle direct sur l'environnement, de comportements qui sont renforcés positivement ou négativement (par ex. comp. interactionnels),

36



Etiologie et maintien de la dépression Modèle comportemental de Lewinsohn (1974) : perte de renforcement

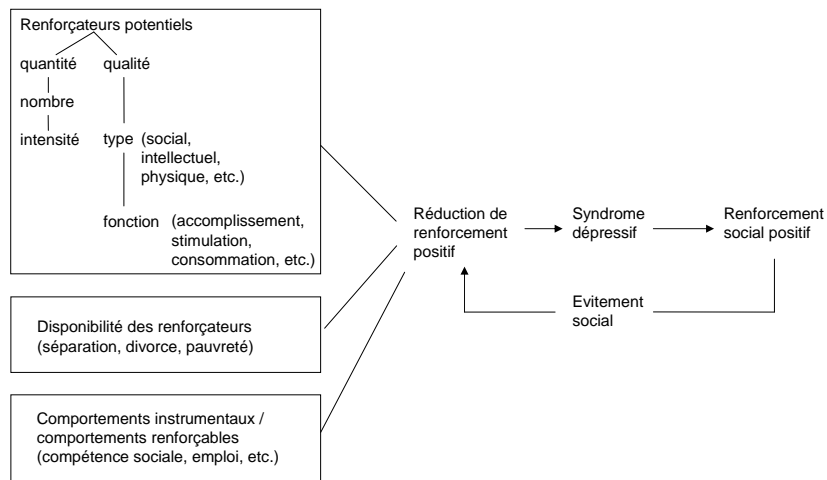
La perte de renforcement (en particulier le renforcement positif) est essentielle pour la survenue des symptômes dépressifs.
Lewinsohn distingue 3 variantes / sources (combinaisons possibles) :

- Perte de renforçateurs :
par ex. deuil, perte d'emploi
- Perte de comportements renforçables :
par ex. maladie, accident
- Perte de l'efficacité des renforçateurs :
par ex. anhédonie liée au vieillissement

37



Etiologie de la dépression - Déclenchement et maintien Modèle de perte des renforçateurs (Lewinsohn 1974)



38



Pleasant Events Scale (PES)

(Lewinsohn et al., 1978)

Liste des événements agréables

(version fr. par Willmotte et al., Cottraux et al., 1985)



PES «Pleasant Events Scale» Liste des événements agréables

« **Pleasant events scale** » **PES** (d'après Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeizz, 1978; trad. fr. par Willmotte et al.; Cottraux et al., 1985)

L'instrument évalue l'attitude et le comportement des sujets déprimés vis-à-vis des événements agréables. Il comprend une liste de 320 événements / activités réalisés ou vécus le mois dernier

Les items sont évalués selon 2 niveaux :

Echelle F « fréquence »

- 0=cela ne m'est jamais arrivé
- 1=cela m'est arrivé un peu (1 à 6 fois)
- 2=cela m'est arrivé souvent (7 fois ou plus)

Echelle P « plaisir »

- 0=cela était désagréable
- 1=c'était parfois désagréable (modérément plaisant)
- 2=c'était très plaisant

Les cotations / scores retenus :

- Score F (fréquence moyenne sur les items)
- Score P (plaisir, moyenne)
- Produit croisé (F et P multipliés)



PES «Pleasant events scale» Liste des événements agréables I

	F			P			F x P
	0	1	2	0	1	2	
1. Passer du temps à la campagne.							
2. Se mettre en tenue de soirée ou porter des vêtements chics.							
3. Faire une contribution à une cause religieuse, humanitaire ou autre.							
4. Parler de sports.							
5. Rencontrer une nouvelle connaissance du même sexe.							
6. Passer des examens pour lesquels vous vous êtes bien préparés.							
7. Me rendre à un concert de rock.							
8. Jouer à la balle.							
9. Organiser un voyage ou des vacances.							
10. Acheter quelque chose pour moi.							
11. Etre sur une plage.							
12. Avoir des activités artistiques (peindre sculpter, dessiner, filmer, etc.)							
13. Faire de l'escalade ou de l'alpinisme.							

41



Les modèles comportementaux

Comportements sociaux et interactionnels

42



Etiologie et maintien de la dépression Modèles comportementaux Ferster (1973), Lewinsohn (1974) Caractéristiques socio-comportementales des dépressifs

Compétences sociales plus restreintes (auto- et hétéro-évaluées):

Comportements interactionnels:

Regard et contact visuel: réduit / absent
Expression faciale: moins expressive et vivante
Gestualité accompagnant la parole: réduite
Expression et rythme de la parole: plus lent, monotone, bas
Renforcement d'autrui lors de l'interaction: réduit / absent
Recherche (attention et sollicitation) du feedback négatif

Contact et communication en général:

Evitement des contacts sociaux
Fréquence/intensité de communication réduit (aussi en groupe)

Ces caractéristiques des interactions sociales sont peu propices à solliciter ou à maintenir le renforcement et le soutien par autrui

Les caractéristiques se retrouvent également au niveau du couple

43



Etiologie de la dépression: Facteurs de risque socio-interactifs (de Jong-Meyer, 2005)

Patterns stables dans les interactions sociales (traits de personnalité, avec en partie composantes héréditaires)

Introversion
Sociotropie
Personnalité dépendante (traits)

Perturbations de l'interaction dans le développement individuel

Dépression d'un parent, notamment de la mère
Représentations du soi et d'autrui perturbées, dû aux problèmes d'attachem.
Réactivité (« responsivité ») et sollicitude lacunaires
Sur-stimulation intrusive-hostile
Traumas précoces, notamment abus physique et sexuel

Manque ou perte des renforcements sociaux

Manque de personnes de référence familiales
Compétences sociales et stratégies de coping restreintes
Retrait social et patterns d'interaction rendant difficile le support social
Remarques et expression des émotions hostiles du partenaire (EE)

44



Etiologie et maintien de la dépression
Modèles comportementaux Ferster (1973), Lewinsohn (1974)
Caractéristiques comportementales au niveau du couple

Compétences sociales, comportements et interactions de la personne dépressive au niveau du couple:

- Focalisation sur soi-même, sa propre situation
- « Self-disclosure » négative (émotions négatives, dévalorisation)
- Recherche constante de réassurance par le partenaire
- Résolution de problème par communication réduite
- Retrait (incl. sexualité)

Ces comportements interactionnels peuvent déclencher des patterns similaires à ceux caractérisant couples non satisfaits:

- Accrochement / rejet
- Retrait et distanciation mutuels
- Proximité émotionnelle et intimité réduites
- Réciprocité positive réduite ou absente
- Parfois: mode de coercition et conflits en escalade

45



Etiologie et maintien de la dépression
Modèles comportementaux Ferster (1973), Lewinsohn (1974)
Caractéristiques comportementales au niveau du couple

Patterns d'interactions au niveau du couple:

La corrélation entre dépression et problèmes de couples est bien étayée; mais à concevoir de manière bi-directionnelle, entre autre :

- problèmes de couple -> dépression (plus fréquent chez les femmes)
- dépression -> problèmes de couple (plus fréquent chez les hommes)

« Expressed Emotion »

remarques du partenaire exprimant des émotions négatives et hostiles est un facteur de risque d'une évolution négative, plus important qu'en schizophrénie

46



Les modèles comportementaux

Le modèle de la « détresse acquise »

47



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

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 étant fixé 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, mais ont pu les contrôler. Les chiens « naïfs » n'ont pas reçu un traitement aversif préalable.

48



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** (ayant pu contrôler la condition aversive; sans entraînement à la détresse) ainsi que le **chien « naïf »** (sans entraînement préalable) réagit dans la cage d'abord comme le chien « en détresse », sursauts 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.

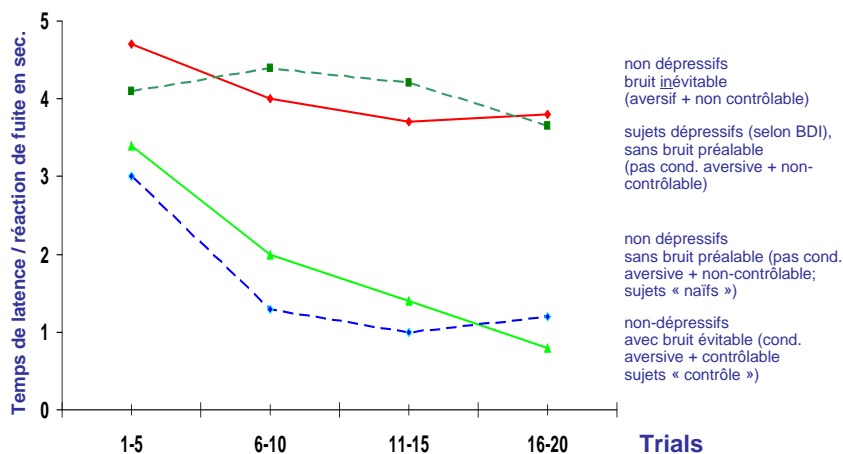
Après un certain nombre d'essais, tous les chiens contrôle ou naïfs apprennent correctement: une fois dans la cage, ils s'installent devant la barrière et attendent l'arrivée du signal pour sauter...

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

49



La détresse acquise: la recherche expérimentale chez l'homme (d'après Klein & Seligman, 1976)



Les sujets dépressifs ainsi que les sujets exposés au bruit non-contrôlable réagissent (apprennent) plus lentement dans des conditions permettant de contrôler le bruit aversif

50



Détresse acquise et Dépression : symptômes dans une perspective analogique

Détresse acquise

Réduction des comportements volontaires (baisse de motivation)

« Set cognitif » négatif; dissonances entre action et résultats de l'action

Symptômes disparaissent avec le temps

Réduction des réponses agressives

Perte de l'appétit et de la libido

Dépression (réactive)

Ralentissement des réponses motrices et cognitives; passivité sociale

Conviction que l'action personnelle est sans effet et la situation aversive non modifiable

Après la phase dépressive les patients reviennent au niveau préalable

Réduction de l'agressivité (en principe)

Idem: réduction des fonctions vitales et végétatives

51



Les modèles cognitifs

Le modèle reformulé de la « détresse acquise » et « hopelessness » de Seligman et coll.

Le modèle cognitif de Beck et coll.

Le modèle du « Self-management » de Kanfer et coll.

52



Le modèle reformulé de la détresse acquise («hopelessness» (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

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

Des causes	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

53



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

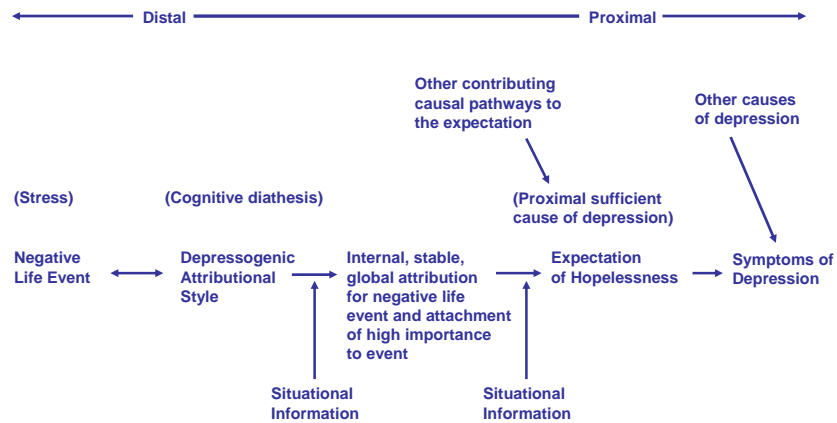
Style d'attribution causale par rapport aux événements positifs et négatifs chez les sujets dépressifs :

Attribution	Internale		Externale	
	Stable	Variable	Stable	Variable
Globale	Événement -			
Spécifique	Événement +			

54



Le modèle reformulé de la détresse acquise de Abramson, Seligmann & Teasdale (1978; schématisé selon Alloy et al., 1985)



55



Les modèles d'acquisition et de (dys)fonctionnement Les approches cognitives : les attributions causales

Typologie de Brewin (1988) concernant les liens entre attributions causales et dépression

1. Le modèle « symptomatique » :
Les attributions dysfonctionnelles font partie du syndrome dépressif
2. Le modèle de « déclenchement » :
Un événement négatif évoque les attributions dysfonctionnelles qui, de leur part, déclenchent le trouble dépressif
3. Le modèle « diathèse-stress » :
Un style d'attributions dysfonctionnel est un facteur de vulnérabilité stable
4. Le modèle de « maintien » :
Les attributions dysfonctionnelles ne sont pas un facteur déclencheur mais ont des effets sur le maintien de la dépression
5. Le modèle du « coping » :
Indépendamment des événements déclencheurs, les attributions dysfonctionnelles sont liées à des stratégies de coping moins efficaces engendrant une résistance réduite contre la dépression

56



L'approche cognitive de Beck

La triade cognitive : le contenu de pensée dans la dépression et dans l'anxiété (d'après Stradling, 1992)

Le déprimé

Image négative de soi
(« je suis un incapable »)

Image négative du monde et
d'autrui (« c'est une déception
après l'autre »)

Image négative de l'avenir
(« c'est sans espoir, et il n'y a
rien à faire »)

L'anxieux

Image vulnérable de soi
(« quelque chose de
catastrophique va arriver »)

Image menaçante du monde et
d'autrui (« on ne peut pas avoir
confiance en quelqu'un »)

Image imprévisible de l'avenir
(« je dois toujours rester sur mes
gardes »)

57



Modèles d'acquisition et de (dys) fonctionnement

Traitement de l'information : le modèle cognitif de Beck et coll. (1979)

L'organisme traite l'information en fonction des schémas

Les schémas

- sont acquis par interaction entre les événements et les contraintes (prédispositions) du système nerveux central
- sont inconscients et stockés dans la mémoire à long terme
- fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet
- peuvent être activés par des événements et des émotions qui sont analogues à celles du moment du stockage
- régulent également les comportements qui vont les confirmer (assimilation de la réalité aux schémas) ou les modifier (accommodation du schéma à la réalité)

58



Modèles d'acquisition et de (dys)fonctionnement Traitement de l'information : le modèle cognitif de Beck et coll. (1979)

Les schémas (structures « profondes »)

contiennent des règles inflexibles ou « postulats silencieux » sous une forme impérative, p. ex. « je dois tout le temps et toujours réussir », « je dois tout le temps et toujours être aimé de tout le monde »

Les événements cognitifs (structures « superficielles »)

traduisent (cliniquement) les schémas : les monologues intérieurs (p. ex. des auto-verbalisations défaitistes « Tu ne vaux rien ») ou les d'images mentales (p. ex. images masochistes ou lugubres)

Le passage des schémas vers les événements cognitifs (pensées, verbalisations, images) se réalise par l'intermédiaire des **processus cognitifs**. Ils se caractérisent dans les cas cliniques par des distorsions importantes des mécanismes de la pensée logique (p. ex. l'inférence arbitraire, la surgénéralisation, la magnification-minimisation)



Le modèle cognitif de Beck Processus cognitifs et erreurs

L'inférence arbitraire

tirer des conclusions sans preuve évidente

L'abstraction sélective

mettre l'accent sur un détail (en ignorant les autres aspects de la situation)

La sur-généralisation

tirer des conclusions générales à partir d'un fait à caractère spécifique

La personnalisation

la tendance à surévaluer les liens entre les événements négatifs et le sujet

La maximisation et la minimalisation

l'amplification (portée) des événements négatifs et la minoration des événements positifs

Le raisonnement dichotomique

classer les situations ou événements selon deux catégories extrêmes, sans aucune nuance intermédiaire



Le modèle cognitif de Beck Processus cognitifs et erreurs (exemples)

Un étudiant soumet un thème et un plan provisoire pour un travail de séminaire. Le professeur dit (en regardant le papier préparé):
"L'idée est intéressante - mais le thème et le plan me semblent trop large et trop lourd. Il vaudrait mieux concentrer le thème sur un aspect. Il faudrait que vous réfléchissiez et que l'on rediscute."

Inférence arbitraire :

Le prof n'apprécie pas mon projet; il pense que je suis un incapable, et probablement il a raison.

Abstraction sélective :

Il ne m'a même pas regardé. Tellement mon projet est nul.

Sur-généralisation :

Le plan du travail de séminaire est raté - comme tous mes propres projets. Je n'arriverai jamais à soumettre un projet acceptable. Je vais rater toutes mes études.

Personnalisation :

Que le thème est inacceptable, c'est mon incapacité générale de faire face aux exigences universitaires.

Maximisation et minimalisation :

En fait, il a dit que le plan est catastrophique; qu'il trouve le thème "intéressant", c'est de la politesse superficielle ...

61



Les schémas ou les postulats silencieux Croyances et règles types (Blackburn & Cottraux, 1990)

Les croyances et règles typiques ont trait :

- **à l'amour**
"Je dois être aimé par tout le monde, sinon je ne peux pas être heureux"
- **au perfectionnisme**
"Je dois tout faire parfaitement, sinon je ne vauds rien"
- **à la réussite**
"Je dois réussir à tout ce que je fais, sinon cela signifie que je suis stupide"
- **au besoin d'être approuvé**
"Ma valeur personnelle dépend de ce que les autres pensent de moi"
- **au droit à la considération des autres**
"Les gens devraient être toujours honnêtes, équitables, aimables à mon égard"
- **au code moral personnel**
"Je devrais être toujours aimable, charitable, attentif envers les autres, sinon je suis un ignoble"
- **à l'omnipotence**
"Je devrais tout savoir, tout comprendre, tout prévoir"
- **à l'autonomie**
"Je devrais me débrouiller seul; avoir besoin de l'aide des autres est un signe de faiblesse"

62



Dysfunctional Attitude Scale (DAS)

(A.N. Weissman & A.T. Beck, 1980)

Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (forme A)

(traduction française : Cottraux; Bouvard & coll. 1992)

65



Dysfunctional Attitudes Scale DAS (Weissman & Beck, 1980) Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (trad. Cottraux)

Évaluation des attitudes de base dysfonctionnelles et des postulats silencieux, supposés des sous-tendre la triade négative et les erreurs de traitement de l'information dépressive.

L'échelle mesure la tendance („trait“) à présenter les attitudes de base biaisées. L'identification de ces tendances permet de les intégrer dans le rationnelle thérapeutique et de les modifier.

Structure : questionnaire à 40 items sous forme d'affirmations selon la „manière de penser la plupart du temps“

Évaluation selon échelle de Likert à 7 niveaux :

- 1 = entièrement d'accord
- 2 = vraiment d'accord
- 3 = légèrement d'accord
- 4 = neutre
- 5 = léger désaccord
- 6 = vraiment en désaccord
- 7 = entièrement en désaccord

10 items sont cotés de manière directe (2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40).
Les autres sont inversés: en les cotant de 1 à 7 en partant de la droite

66



Dysfunctional Attitudes Scale DAS (Weissman & Beck, 1980) Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (trad. Cottraux)

Exemple :
AFFIRMATION

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Légèrement désaccord	Vraiment en désaccord	Entièrement en désaccord
1. Tous les gens sont bien dès que vous les connaissez.							

Regardez l'exemple ci-dessus. Pour montrer à quel point une phrase décrit votre façon de voir les choses, vous choisissez et cochez une colonne de "entièrement d'accord" à "entièrement en désaccord". Par exemple, la marque (X) fait dans la colonne "légèrement d'accord" signifie que cette affirmation vous semble vraie mais en partie seulement. Souvenez-vous que votre réponse doit décrire votre façon de penser la plupart du temps. Veuillez répondre à chaque affirmation selon votre manière de penser la plupart du temps.

67



Dysfunctional Attitudes Scale DAS (Weissman & Beck, 1980) Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (trad. Cottraux)

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Légèrement désaccord	Vraiment en désaccord	Entièrement en désaccord
1. Il est difficile d'être heureux à moins d'être beau (belle), intelligent(e)...							
2. Mon bonheur tient plus à ce que je pense de moi, qu'à ce que les autres pensent de moi.							
3. Je serai diminuée dans l'esprit des autres si je fais une erreur.							
4. Si je ne réussis pas tout le temps, les gens ne me respecteront pas.							
5. Prendre même un risque léger est ridicule car perdre est susceptible d'être un désastre.							
6. Il est possible d'obtenir le respect d'autrui sans avoir aucun talent particulier.							
7. Je ne peux être heureux(se) que dans la mesure où la plupart des gens que je connais m'admire.							

68



DAS Dysfunctional Attitudes Scale (Weissman & Beck, 1980) Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (trad. Cottraux)

Données normatives

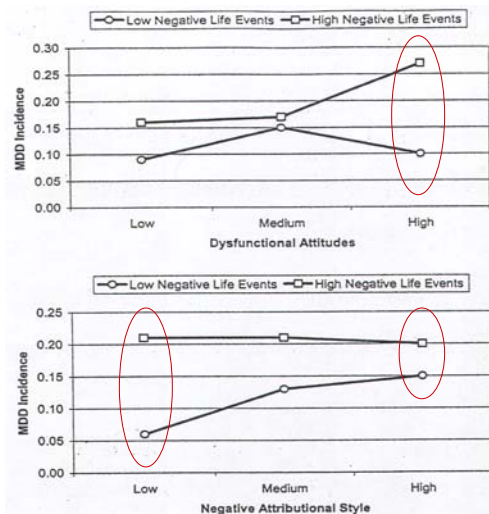
(moyenne et écart-type selon différentes études)
40 items (dont 10 items inversés), évalués selon une échelle Likert à 7 niveaux (1; 7); score total : 40 (min) à 280 (max)

	Sujets contrôles	Sujets dépressifs
version angl.	de 88.1 (26.8) à 130.3 (24.9)	de 136.0 (32.2) à 166.7 (44.4)
version fr.	115.8 (25.9)	173.2 (26.5)

69



Modèles cognitifs de diathèse-stress (étude longitudinale auprès des adolescents; Lewinsohn et al., 2001)



Incidences of MDD T₁ - T₂

T₁ age 16.6 (1.2) years

T₁ - T₂ 13.8 months

N=1'500 (54% female)

DAS (Dysfunctional Attitudes Scale; Weissman & Beck, 1978)

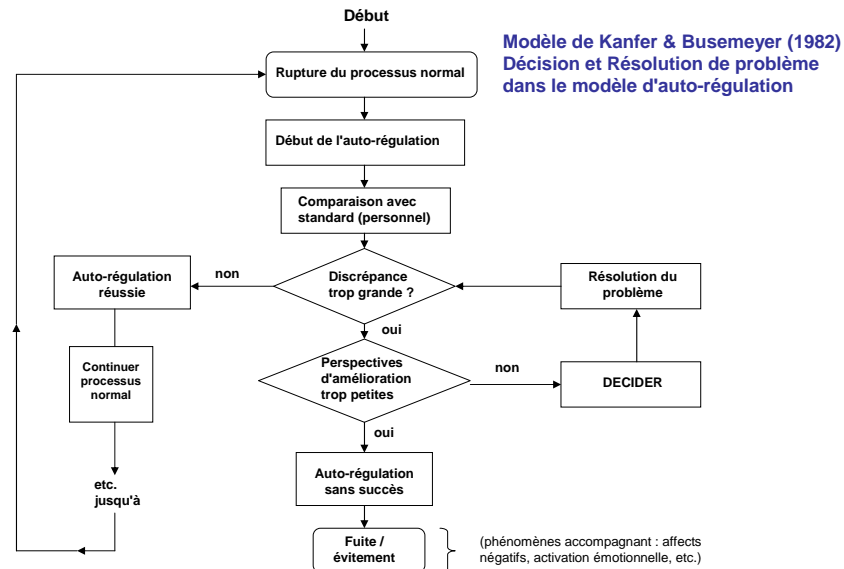
Negative Attributional Style:

CASQ (Children Attributional Style Questionnaire; Kaslow, Tanenbaum & Seligman, 1978)

70



Self-management : auto-régulation et résolution de problème



71



Les modèles multi-composantes

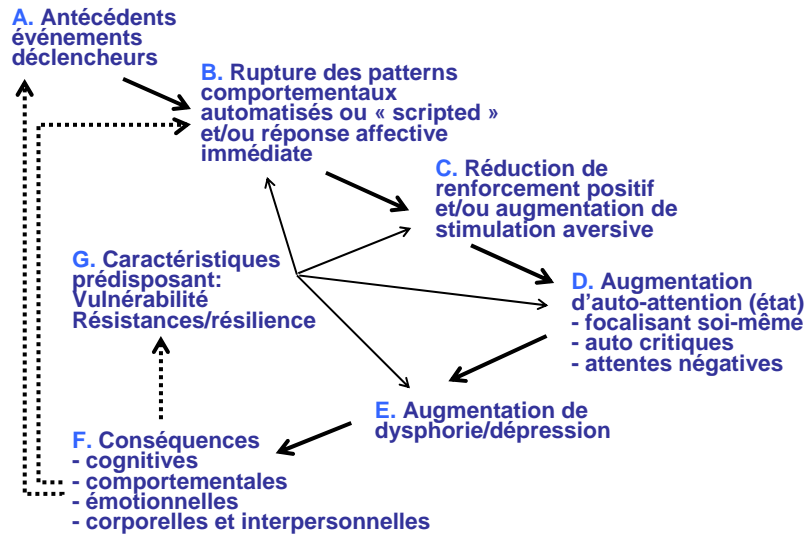
Le modèle de Lewinsohn et al.

Le modèle du « Final common pathway »
(cf. Akiskal)

72



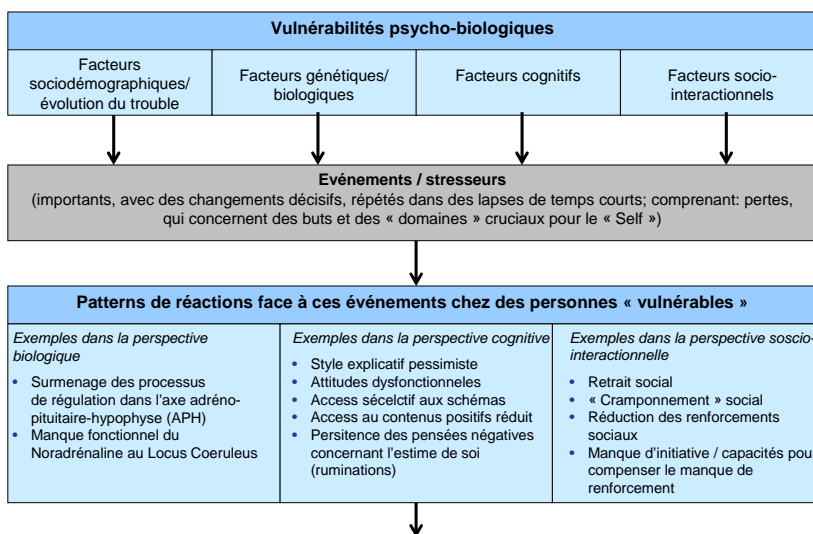
Etiologie de la dépression : Modèle intégrant prédispositions et environnement (selon Lewinsohn, Hoberman & Hautzinger, 1985)



73



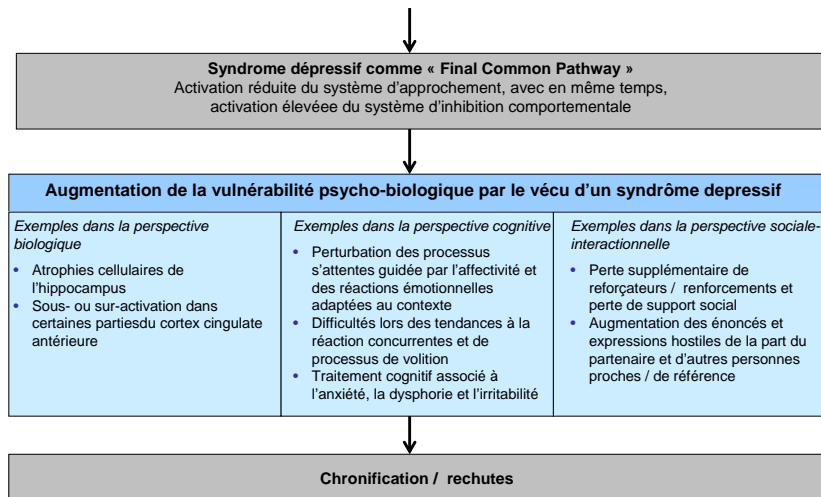
Intégration de l'évidence empirique concernant les facteurs de risque et de maintien dans un concept de « Final Common Pathway » (1)



74



Intégration de l'évidence empirique concernant les facteurs de risque et de maintien dans un concept de « Final Common Pathway » (2)



75



Cas clinique

Mlle G.

A préparer pour le 26 novembre 2009

76



Exemple de cas

Mlle G.

Mlle G., âgée de 18 ans, élève en dernière année de lycée, est vue après une tentative de suicide par ingestion d'une dose excessive de médicaments. Elle s'était disputée avec sa mère à propos de la commande d'une pizza le soir de son geste suicidaire. La patiente se rappelle que sa mère lui avait dit qu'elle n'était qu'un "garnement gâté" et lui avait demandé si elle ne serait pas plus heureuse si elle habitait ailleurs.

La patiente s'était sentie rejetée et découragée. Elle partit dans sa chambre et rédigea un message disant qu'elle craquait nerveusement, qu'elle aimait ses parents mais ne pouvait pas communiquer avec eux. Elle ajouta un mot à la fin de ce message, demandant que ses animaux en verre préférés soient donnés à une amie qu'elle nommait. Les parents étaient allés au cinéma; à leur retour ils découvrirent leur fille dans le coma et la firent tout de suite transporter au service des urgences de l'hôpital.

Depuis le début de l'année scolaire, Mlle G. a accumulé bien plus de mauvaises notes aux examens qu'avant et elle risque de devoir répéter l'année. Elle pleurait souvent pendant les deux derniers mois et elle avait commencé à se désintéresser de ses amis, de l'école et des activités sociales. Elle s'était mise à manger de plus en plus et avait récemment commencé à prendre du poids, ce qui chagrinait sa mère. Selon Mlle G., sa mère revient toujours sur le même thème de « prendre soin d'elle ».

77



Exemple de cas

Mlle G. (suite)

Il se trouve que leur dispute, le soir de sa tentative de suicide, provenait du fait que Mlle G. voulait se commander une pizza alors que sa mère pensait qu'elle n'avait pas besoin de ça. Selon sa mère, Mlle G. semble n'avoir envie que de dormir et de manger, elle ne veut jamais sortir avec des amis et ne participe pas aux travaux ménagers.

Quand on l'interroge sur les modifications de ses habitudes de sommeil, la patiente reconnaît qu'elle se sentait très fatiguée ces derniers temps et qu'elle a souvent le sentiment qu'il n'y a rien d'intéressant et que ça ne vaut pas la peine de sortir du lit.

Elle mentionne toutefois qu'elle se réjouit à l'idée de la visite prochaine de son petit ami qui étudie dans une université éloignée et qui n'est revenu à la maison depuis plusieurs mois.

L'entretien révèle clairement que cette adolescente, la dernière de trois enfants issus de parents très intelligents et aisés, est tourmentée par l'image qu'elle a d'elle-même; elle se croit beaucoup moins brillante, moins belle et intelligente que le reste de sa fratrie. Elle se sent ignorée et fondamentalement rejetée par son père, un homme pris par son travail, et elle a une relation conflictuelle et hostile avec sa mère, une femme bien organisée et apparemment omniprésente qui l'a critiquée souvent « pour son bien ».

La patiente a du mal à se séparer psychologiquement de sa mère et à construire l'image de sa propre identité. Elle ressent les directives de sa mère comme une intrusion qui perturbe ses efforts pour affirmer son autonomie et son indépendance.

78



Exemple de cas - Monsieur A.

À préparer pour la séance du 3 décembre:

Diagnostic

Hypothèses portant sur l'étiologie et le dysfonctionnement

79



Module de cas : diagnostic Monsieur A., 42 ans (1)

Présentation

Depuis trois 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 (problèmes d'endormissement), et 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, et concernant sa responsabilité vis-à-vis de sa famille.

Il présente également des difficultés de prendre des décisions; parfois il souffre de son indécision, de ses doutes, et par peur de pondérer mal les alternatives il lui arrive de devoir repenser et ré-évaluer pas mal de choses.

80

**Module de cas : diagnostic Monsieur A., 42 ans (2)****Situation actuelle**

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

Malgré un taux de cholestérole élevé et une prise du poids (5 kg sur 95; taille 1.70m), 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. Cette aggravation se présente peu après l'annonce des changements importants dans l'entreprise où il travaille comme informaticien (fonction cadre) : suite à une fusion de l'entreprise, on vise à réduire le personnel à la moitié de l'effectif actuel dans les trois ans qui viennent.

81

**Module de cas : diagnostic Monsieur A., 42 ans (3)****Informations anamnestiques I**

Il 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 - souvent non 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 qui les avait aidés.

Sa fille aînée présente depuis quelques mois des problèmes à l'école, surtout concernant ses performances scolaires (en particulier en mathématique). Ceci mène souvent à des tensions entre les parents et l'enfant, mais de plus en plus entre les parents. Il s'investit beaucoup pour convaincre sa fille et l'aider, sans succès.

82



Module de cas : diagnostic Monsieur A., 42 ans (4)

Informations anamnestiques II

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 (souvent plus que 12 heures par jour), de manière scrupuleuse. Il essaie d'apaiser des conflits dans son équipe qu'il essaie aussi de protéger contre les pressions de la direction, en assumant de sa part des tâches supplémentaires. Il s'engage beaucoup dans son département et pour l'entreprise, sans que ses propositions de projet ou de réorganisation aient été retenues et réalisées par la direction.

Par rapport à son travail il se décrit assez « perfectionniste »; il surveille également ces collaborateurs pour qu'ils rendent un travail de qualité. Pourtant, il est apprécié par ses collaborateurs, parce qu'il s'engage beaucoup pour eux.

Mais ses multiples efforts au niveau professionnel et familial ont davantage réduit ses contacts avec les amis et collègues ces derniers temps, déjà assez limités auparavant.

83



Module de cas : diagnostic Monsieur A., 42 ans (5)

Informations diagnostiques supplémentaires :

Pas d'indice (après examens médicaux) pour maladies somatiques

Résultats des instruments diagnostiques :

Dépression clinique - sévérité

Beck Depression Inventory (score) :	28
Hamilton Depression Scale (score) :	21

Personnalité (Eysenck Personality Inventory, EPI)

Extraversion (score standard STEN) :	2
Névrosisme (score standard STEN) :	8

Dysfonctionnement spécifique

Pensées automatiques (ATQ)	63
Attitudes dysfonctionnelles (DAS)	163

84



Module de cas : dépression - diagnostic Monsieur A. (2)

Psychodiagnostic selon d'autres instruments :

Beck Depression Inventory (BDI) :	28	->	« modéré »
Hamilton Depression Scale (HAMD) :	21	->	« modéré »
Introversion-extraversion (EPI)	STEN 2	->	« réduite »
-> tendance à l'introversion			
Névrosisme (EPI)	STEN 8	->	« élevé »
-> tendance à l'instabilité émotionnelle			
DAS « Attitudes dysfonctionnelles » (comparées au groupe contrôle)	163	->	« élevées »
ATQ « Pensées automatiques » (comparées au groupe contrôle)	63	->	« élevées »

Pas d'indicateurs d'anxiété ni d'un manque de compétences sociales

Pas d'indicateurs d'une dépendance à l'alcool

Pas résultats médicaux problématiques

85



Module de cas : dépression - diagnostic Monsieur A. (1)

Surpoids / obésité

IMC $90 \text{ kg} / 1.70 \text{ m} = 31.1$ « obèse » (> 30);
 $95 \text{ kg} / 1.70 \text{ m} = 32.9$ « obésité massive » (>32)

Diagnostic psychopathologique selon DSM-IV

« L'obésité simple est incluse dans la CIM en tant qu'affection médicale générale, mais elle ne figure pas dans le DSM IV car il n'a jamais été établi qu'un syndrome psychologique ou comportemental particulier lui soit régulièrement associé. Néanmoins, lorsqu'il semble que les facteurs psychologiques sont déterminants dans l'étiologie ou l'évolution d'un cas particulier d'obésité, on peut l'indiquer en notant la présence de Facteurs psychologiques influençant une affection médicale (p.789). » (DSM IV, p. 633)

[Un tel cas sera codé sur l'axe I]

Etant donné que les symptômes / problèmes psychologiques de M. A. ne sont pas en lien avec son poids, et celui ne présente apparemment pas un facteur influençant ni le pronostic ni le traitement, il ne sera pas nécessairement codé sur l'axe III.

86



Dépression

Exemple de cas - Monsieur A.

Modèles et hypothèses explicatifs:

Étiologie et dysfonctionnement

87



Exemple de cas : dépression (Monsieur A.) Eléments d'un modèle explicatif individuel

Genèse et maintien des problèmes

- Les symptômes répondent aux conditions stressantes aiguës
 - majoritairement dans le milieu professionnel
 - mais aussi dans le milieu privé/familial
- La menace actuelle (encore vague) de son propre poste représente un stress supplémentaire surajouté à son insatisfaction et sa déception professionnelle
- S'y rajoutent les problèmes aigus dans la famille (p.ex. probl. scolaires de sa fille)
- Les situations professionnels ne sont pas ou peu influençables / contrôlables
- Dans des situations difficiles, il augmente ses efforts pour regagner le contrôle
- Il a la tendance à se responsabiliser pour beaucoup de problèmes et d'échecs
- Des attributions causales « internes » peuvent avoir une influence très négative
- Réduction d'activités agréables et retrait des contacts sociaux
- Il présente des attitudes et des pensées hautement négatives (DAS, ATQ)
- Augmentation d'auto-attention (négative)

-> **Modèle de la détresse acquise y compris le modèle reformulé**

-> **Modèle cognitif, avec convictions et cognitions dysfonctionnelles**

88



Cas cliniques

Monsieur B.

à préparer pour le module de cas et
la validation du 10 décembre 2009



Module de cas

Monsieur B., 45 ans (I)

Présentation

Monsieur B. est envoyé par un psychiatre. Depuis 4 ans, il souffre de symptômes dépressifs qui ne se sont pas améliorés malgré des traitements pharmacologiques, à l'aide de différents antidépresseurs ainsi que du lithium.

Cependant, la médication lui avait permis de maintenir son travail tout en lui demandant des efforts énormes avec le sentiment fréquent d'être surmené.

Depuis 6 mois, la situation s'est aggravée. Il présente toute une série de symptômes, et à part le travail, il n'arrive plus à assurer d'autres obligations, au niveau de la famille ou concernant l'agriculture (voir plus bas). Ceci l'a mené à l'inactivité complète et au retrait social en dehors du travail.

Il a renoncé à une prise en charge en institution, qui a été indiquée pour répondre à la sévérité de ses problèmes, parce qu'il a eu peur de ne plus pouvoir dissimuler les problèmes face à son patron.

A cause de son retrait et de son inactivité, il y a des conflits et des disputes de plus en plus intenses et fréquents avec sa femme qui a commencé à parler d'une séparation. M. B. s'est retiré au sein de la famille et évite toute prise de position ou décision, même mineure.



Module de cas

Monsieur B., 45 ans (II)

Informations anamnétiques

Monsieur B. a grandi dans un milieu paysan. Depuis son enfance, il a travaillé à la ferme de ses parents. Le travail dur lui semblait normal; assez souvent, il le faisait même volontiers. Déjà comme enfant, il a été plutôt inhibé et évitant par rapport aux contacts sociaux. Cependant, il participait - dans une certaine mesure - aux activités de la société de jeunesse de son village lors de son adolescence.

A l'âge de 21 ans il a épousé une jeune femme de son entourage qui est entreprenante et communicative. A la suite, le couple a eu deux filles et un fils.

Quand il avait 23 ans, sa mère est morte d'un cancer et peu après son père a eu un accident qui l'a handicapé. Par conséquent, il a dû prendre la responsabilité de la ferme parentale.

Comme l'agriculture leur permettait seulement des revenus proches du minimum vital, il travaille la majeure partie de son temps pour une entreprise comme chauffeur de transport.

A l'heure actuelle, il vit avec son père (qui souffre, en plus de son handicap, aussi de dépressions), avec sa femme et leurs 3 enfants à la ferme.

91



Module de cas

Monsieur B., 45 ans

Le tableau des symptômes selon les domaines (1)

1. Apparence, comportements, motricité,

- pas de contact visuel
- voix basse et monotone
- ralentissement des comportements et des patterns d'action
- évite de prendre des décisions, même d'une importance mineure
- pas d'expression de ses besoins au sein de sa famille
- retraite des contacts intra-familiaux et évitement de tout contact en dehors de la famille
- réduction des activités jusqu'à celles du travail et du maintien de la ferme (paternel) exclusivement
- évitement de toute activité impliquant l'écriture en présence d'autrui (par ex. à la banque)
- réaction aux reproches ou demandes de sa femme, d'être plus actif: il réagit par hésitation ou en quittant l'interaction / la situation
- désintérêt voire évitement des activités auparavant agréables (par ex. jouer avec les enfants, balades en vacances) ou (sur)adaptation / soumission complète aux vœux de la famille
- sa parcimonie exagérée l'empêche de faire le moindre effort pour satisfaire ses propres besoins (par ex. boire une eau minérale, prendre une glace pour lui-même lorsqu'il en achetait pour ses enfants).

92



Module de cas

Monsieur B., 45 ans

Le tableau des symptômes selon les domaines (2)

2. Symptômes affectifs

Il manifeste beaucoup de peine à parler de ses états affectifs. Cependant, il décrit des sentiments d'abattement, de la détresse, de désespoir, et un sentiment permanent de surmenage.

Par rapport à sa famille, il éprouve le sentiment d'aliénation et de distance « comme être emmuré ». Il ressent ce manque en premier lieu par rapport à ses enfants, envers lesquels il n'arrive plus à exprimer sa moindre joie, son amour ou sa fierté. Le manque complet de plaisir est persistant, et il n'y a plus de réactivité affective

Les restrictions imposées par sa maladie qu'il rencontre au niveau de ses capacités lui semblent être de sa faute, relevant de son propre échec personnel, d'une incapacité cumulée pendant les années. Il souffre de sentiments forts de dévalorisation et de culpabilité.

A part ce spectre affectif d'ordre dépressif, il décrit une anxiété importante, notamment la peur de ne pas pouvoir répondre aux exigences d'autrui, de performance et d'être ridicule. De plus, il présente une peur « envahissante » de s'appauvrir, de prendre des décisions, de faire face à des difficultés, d'être abandonné par sa femme, d'écrire sous les yeux d'autres personnes (signalant la peur de commettre des erreurs, d'être inadéquat). Très souvent, il éprouve de la peur par rapport à tout contact social.

93



Module de cas

Monsieur B., 45 ans

Le tableau des symptômes selon les domaines (3)

3. Symptômes physiologiques-végétatifs

- agitation interne
- troubles libido
- difficultés du sommeil
- difficultés de se concentrer et la fatigue / l'épuisement causent une tension continue pour les contrecarrer
- rougissement et transpiration dans des situations anxigènes auxquelles il n'arrive pas à s'échapper
- surviennent des crampes de la main et du bras lorsqu'il doit écrire sous les yeux d'une autre personne (par ex. au guichet).

4. Symptômes cognitifs

- Attitude exclusivement négative envers lui-même
- regard négatif et sélectif envers son entourage
- pessimisme marqué concernant le changement de la situation dans le futur
- désespoir ("hopelessness") par rapport au développement futur l'a mené à des pensées et idées suicidaires, qu'il n'a pas réalisées par respect pour sa famille
- sentiments de dépersonnalisation
- les préoccupations de pauvreté se rapprochent des idées délirantes

94



Module de cas

Monsieur B., 45 ans

Le tableau des symptômes selon les domaines (4)

5. Symptômes motivationnels

- Manque d'énergie et d'élan presque continu, donnant lieu à un passage à l'action seulement dans des conditions inévitables et incontournables
- des actions visant des buts ou des effets positifs n'existent plus; seulement l'évitement d'un échec éventuel ou de catastrophes redoutées (comme la peur d'être licencié ou d'être quitté par sa femme) peuvent le motiver
- perte importante de presque tout intérêt

95



Module de cas

Monsieur B., 45 ans

Le tableau des symptômes selon les domaines (5)

Diagnostic différentiel

Selon plusieurs examens médicaux, il n'y a pas de trouble somatique sous-tendant les symptômes décrits.

Instruments standardisés, scores bruts

BDI	36	
HAMD	36	
DAS	192	(max. 280)
EPI (Eysenck)		
Extraversion	2	(M=10.8, s=3.5)
Névrosisme	19	(M= 9.3, s=4.8)

96



Dépression

Aspects généraux du traitement

basés sur l'analyse de l'étiologie / du dysfonctionnement



Psychothérapies des dépressions Facteurs généraux de l'efficacité (Zeiss et al., 1979)

Le traitement de la dépression aura du succès si

- le patient reçoit une explication plausible pour son trouble individuel
- les actions sont planifiées et comprennent des tâches à domicile
- le patient éprouve - par les mesures proposées et effectuées – changement, renforcement et distraction
- le patient est amené à attribuer les effets à lui-même



Les thérapies comportementales et cognitives **Buts thérapeutiques généraux (Hautzinger, 1993, 1994)**

- Equilibre entre activités agréables (renforçantes) et activités désagréables ou aversives (devoirs, etc.)
- Augmentation des expériences positives
- Réduction des déficits sociaux par l'amélioration des compétences interactionnelles
- Correction des standards / exigences personnelles inappropriées
- Amélioration des capacités cognitives (de la perception et de la pensée) de différencier, de relativiser et de cibler la situation, l'action et l'expérience concrète



Dépression

Module de cas - Monsieur B.

Résultats après la thérapie



Exemple de cas : dépression (Monsieur B.) Situation à la fin de la thérapie (1)

Durée : 75 séances, réparties sur 2 ans env.

- Abandon de la médication depuis la 30ème séance
- M. B. a appris à aborder activement ses problèmes et à initier des changements importants comme l'abandon de la ferme
- Il reste une certaine tendance à la dysphorie qui varie un peu de jour en jour. Lors des moments « dépressifs », Monsieur B. applique les techniques apprises, par ex. prendre un jour de congé, entreprendre quelque chose pour lui-même ou parler de ce qui lui pèse.
- La situation maritale reste difficile, mais beaucoup plus détendue; Monsieur B. était capable de faire des projets communs avec sa femme et la famille
- La vie professionnelle est vécue comme moins exigeante et surmenante. Il supporte les activités sociales dans une certaine mesure
- Restent : des problèmes de sommeil et des maux de tête occasionnels, des difficultés de concentration et une anxiété passagères
- Ceci indique qu'il reste quelques "traits" dépressifs et anxieux, malgré une amélioration importante et stable.

101



Diagnostic clinique

Echelles et inventaires

102



Diagnostic standardisé de la dépression - Instruments Evaluation globale et de sévérité (exemples)

1. Auto-Evaluation

Beck Depression Inventory BDI II (Beck 1961, 1996)

Beck Depression Inventory BDI shorter version

2. Hétéro-Evaluation

HAMD-21 Hamilton Depression Scale (Bech et al., 1967)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

103



BDI-II - Inventaire de dépression de Beck, version II 1996

- Questionnaire d'auto-évaluation mesurant la **sévérité** de la dépression, dès 16 ans (à ne pas utiliser seul) (BDI [1^{ère} version en 1961] : autre objectif -> repérer une dépression chez des sujets de la population normale)
- Critères DSM-IV
- 21 items
- Construction sur la base d'énoncés descriptifs de symptômes fréquents chez des patients dépressifs (sans s'appuyer au départ sur une théorie de la dépression)
- Permet un diagnostic différentiel entre patients dépressifs et psychiatriques

104



BDI-II - Inventaire de dépression de Beck, 1996 (suite)

➤ Par rapport à la première version de 1961, abandon de 4 items et modification de certains autres (afin d'être plus proche du DSM-IV) :

1. Perte de poids,
2. Modification de l'image corporelle
3. Préoccupations somatiques
4. Difficulté à travailler

... et création de 4 nouveaux items permettant de détecter la gravité de la dépression et la nécessité d'une hospitalisation :

1. Agitation
2. Dévalorisation
3. Difficulté à se concentrer
4. Perte d'énergie

105



BDI-II - Analyses de validité

Structure factorielle

Analyse factorielle avec rotation oblique.
Indice d'adéquation de Kaiser .93 (très bon !)

- ↳ Deux facteurs :
1. Dimension générale dépressive
 2. Dimension d'auto-accusation et de culpabilité

Discrimination diagnostique

Groupe "dépression majeure" : moyenne supérieure à celles de tous les autres groupes.

Groupe "dysthymie" : moyenne supérieure à celles des autres groupes (pas significatif pour le groupe "troubles anxieux isolé").

Aucune différence significative entre les sous-types cliniques n'a été observée.

106



BDI-II – Analyses de validité

Elaboration des notes seuils

But des auteurs : diminuer l'apparition des faux négatifs puisque c'est un outil pour éviter les suicides (maximiser la sensibilité et la spécificité)

Note totale	Niveau
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modéré
28-63	Sévère

107



Dépression : échelles d'évaluation - hétéro-évaluation HAMD Hamilton depression rating scale (Bech et al.,1967)

HAMD version à 17 items (vers. Française de Guelfi)

1. Humeur déprimée
2. Sentiment de culpabilité
3. Suicide
4. Insomnie du début de la nuit
5. Insomnie du milieu de la nuit
6. Insomnie du matin
7. Travail et activités
8. Ralentissement
9. Agitation
10. Anxiété psychique
11. Anxiété somatique
12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux
13. Symptômes somatiques généraux
14. Symptômes génitaux
15. Hypochondrie
16. Perte de poids
17. Conscience de maladie

108



**Diagnostic et traitement des dépressions :
évaluation des fonctions spécifiques
outils liés aux modèles cognitifs (cf. Blackburn & Cottraux, 1990)**

1. Evénements cognitifs (+ contenus cognitifs)

Automatic Thought Questionnaire ATQ

["Questionnaire des pensées automatiques"] (Hollon & Kendall, 1978; Cottraux et al., 1985)

Hopelessness Scale HS

["Echelle de désespoir"] (Beck et al., 1974; Cottraux et al., 1985)

Suicidal Intent Scale SIS

["Echelle d'intention suicidaire"] (Beck et al., 1973)

Crandell Cognitions Inventory CCI

["Inventaire des cognitions de Crandell"] (Crandell & Chambless, 1986)

Le test du style cognitif

(Blackburn et al., 1986)

109



**Diagnostic et traitement des dépressions :
évaluation des fonctions spécifiques
liés aux modèles cognitifs (cf. Blackburn & Cottraux, 1990) (suite)**

• **Mesures des schémas cognitifs**

Dysfunctional Attitudes Scale DAS

["Echelle d'attitudes dysfonctionnelles"] (Weissman & Beck, 1980)

Sociotropy-Autonomy Scale SAS

["Echelle de sociotropie-autonomie"] (Beck et al., 1983)

• **Mesures par rapport à l'impuissance apprise
(ou détresse acquise)**

Attribution Style Questionnaire ASQ

["Questionnaire du style d'attribution"] (Seligman et al., 1979)

Cognitions Questionnaire CQ

["Questionnaire des cognitions"] (Fennell & Campbell, 1984)

110



Automatic Thought Questionnaire (ATQ) I (S. Hollon & P. Kendall, 1980)

Questionnaire des pensées automatiques
(traduction française : Bouvard & coll. 1992)

111



Automatic Thought Questionnaire (ATQ) I **Questionnaire des pensées automatiques** **(aussi „style cognitif en dépression“)**

Évaluation du contenu négatif des auto-verbalisations **(monologue intérieur) des sujets dépressifs**

Mesure la tendance („trait“) à avoir des pensées automatiques négatives et dysfonctionnelles
L'identification de ces tendances permet de les intégrer dans le rationnelle thérapeutique et de les modifier

Structure : questionnaire à 30 items „pensées type“, fréquence lors de la semaine passée

Évaluation selon échelle de Likert

- 1 = pas du tout
- 2 = parfois
- 3 = assez souvent
- 4 = souvent
- 5 = tout le temps

112



ATQ Questionnaire des pensées automatiques II

Validité factorielle acceptable :

Analyse confirmatoire (Bryant & Baxter, 1997) :
1 facteur principal (G) et 4 facteurs / facettes selon solution anglaise

Sensibilité au changement :

Satisfaisante (pas de différence entre sujets „guéris“ et contrôles)

Valeur normatives / de référence (version fr; Bouvard et al., 1992)

Sujets / groupe	X (moy) e.t.	
Dépressifs (n=100)	95.70	23.35
Contrôles (n=93)	46.24	11.97

113



Questionnaire des pensées automatiques (ATQ I)

Nom : Prénom : Âge : Date :

Consigne : Vous trouverez ci-dessous une liste de 30 pensées qui peuvent émerger dans l'esprit des gens. Veuillez lire attentivement chaque pensée et indiquer avec *quelle fréquence*, si c'est le cas, cette pensée a été vôtre durant la dernière semaine. Lisez chacune des 30 pensées attentivement et cochez la colonne correspondante.

	Pas du tout	Parfois	Assez souvent	Souvent	Tout le temps
1. J'ai la plus grande difficulté à faire face au monde.					
2. Je ne suis pas bon.					
3. Pourquoi est-ce-que je ne réussis jamais ?					
4. Personne ne me comprend.					
5. J'ai laissé tomber les autres.					
6. Je ne pense pas pouvoir continuer.					
7. J'aimerais être quelqu'un de mieux.					
8. Je suis faible.					
9. Ma vie ne se déroule pas comme je le souhaite.					

114