

A decorative graphic featuring a large, light gray circle on the left side of the slide. A thick black bracket is positioned on the left, and a light gray bracket is on the right, both framing a horizontal gray bar that contains the title text.

**Une approche processuelle et intégrative
de l'évaluation et de l'intervention en psychologie clinique**

Martial Van der Linden

Unité de Psychopathologie et Neuropsychologie Cognitive
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

Les approches traditionnelles en psychothérapie

- Interventions fondées

- sur des «courants » (cognitivo-comportemental, interpersonnel, psychodynamique, non directif, etc.)
- privilégiant des modes et mécanismes d'action censés être spécifiques
- dont l'efficacité respective est évaluée, le plus fréquemment, sur des catégories psychopathologiques issues du DSM, et dans des études randomisées contrôlées (sur des groupes de « patients »)

Efficacité des psychothérapies: la dépression

- Méta-analyses de Barth et al. (2013; voir également Cuijpers et al., 2013): efficacité de différents types de psychothérapies (thérapie interpersonnelle, activation comportementale, thérapie cognitivo-comportementale, résolution de problèmes, thérapie psychodynamique, counseling de soutien)
 - effets bénéfiques légers à modérés, par rapport au traitement « as usual »,
 - pas de différences importantes d'efficacité entre les thérapies

Efficacité des psychothérapies: les thérapies de couple

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

Effacité des psychothérapies: troubles de la personnalité

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

Efficacité des psychothérapies: le TOC

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

Efficacité des psychothérapies: le TOC

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

Hétérogénéité du TOC

- Mécanismes psychologiques spécifiques au lavage et à la vérification (voir p. ex., Ceschi, Van der Linden et al., 2003)
- Hétérogénéité de la vérification ; Belayachi & Van der Linden (2017 a et b)
 - évaluation exagérée des conséquences négatives (évitement du danger; responsabilité)
 - sentiment d'insatisfaction vis-à-vis des conséquences d'une action (sentiment d'incomplétude ou « not just right experiences »):
 - problème d'agentivité, problème d'accès au but de l'action
 - avec en outre des difficultés d'inhibition d'une réponse dominante

Quel est le problème ?

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

Quel est le problème ?

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

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION

DSM-5

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Une conception catégorielle et essentialiste des troubles psychopathologiques

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

- Cette conception catégorielle et essentialiste n'est clairement pas adaptée
 - à la variabilité observée au sein d'une catégorie psychopathologique
 - à la présence d'étiologies multiples
 - aux interactions probabilistes entre causes et conséquences

- Deux autres limites de la conception catégorielle et essentialiste de la psychopathologie:
 - en se focalisant sur les « maladies » (entités latentes) plutôt que sur les symptômes, elle néglige notamment le fait que les symptômes peuvent être des entités causales autonomes
 - elle adopte une perspective de causalité linéaire
(gènes → cerveau → comportement)

Autre limite

- La conception catégorielle et essentialiste néglige le fait que la plupart des difficultés psychologiques se situent au sein d'un continuum, incluant des expériences normales
 - Haslam, Holland et Kuppens (2012): 177 articles, 553.377 participants
 - la plupart des troubles psychopathologiques sont de nature dimensionnelle et pas catégorielle

Autres limites

- La conception essentialiste conduit :
 - à favoriser les explications neurobiologiques
 - à pathologiser toujours plus les difficultés psychologiques (notamment en tentant d'identifier les phases précoces des « maladies »)
 - à négliger les causes psychosociales des difficultés psychologiques (pauvreté, chômage, etc.)

S' affranchir du DSM: l'exemple de la dépression

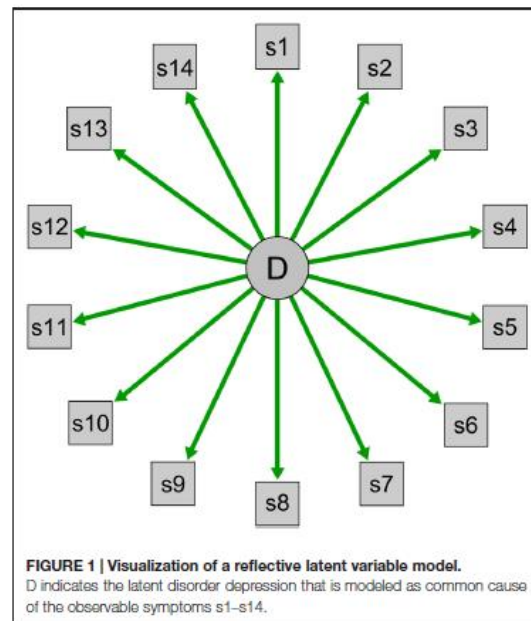
- Van der Linden, M. (2016). S'affranchir du DSM ou d'une approche essentialiste des problèmes psychologiques. In J.-L. Monestès & C. Baeyens (Eds.), L'approche transdiagnostique en psychopathologie – Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques. Paris : Dunod (pp. 11-31).

DSM-5 : dépression (épisode dépressif majeur)

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

Une conception essentialiste de la dépression Fried (2015)

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



- Les symptômes sont équivalents et interchangeables
- Le fait que certains symptômes apparaissent souvent ensemble (p. ex., insomnie, fatigue, perte d'appétit, humeur dépressive, problèmes de concentration) est interprété comme étant lié à la variable latente elle-même qu'est la dépression
- Quand des outils de dépistage de la dépression sont utilisés (comme, p. ex., l'Inventaire de Dépression de Beck, BDI), c'est la quantité plutôt que la nature des symptômes qui est prise en compte
 - avec l'établissement d'un score-seuil à partir du score global et l'identification d'une dépression plus sévère sur base d'un score global plus élevé

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

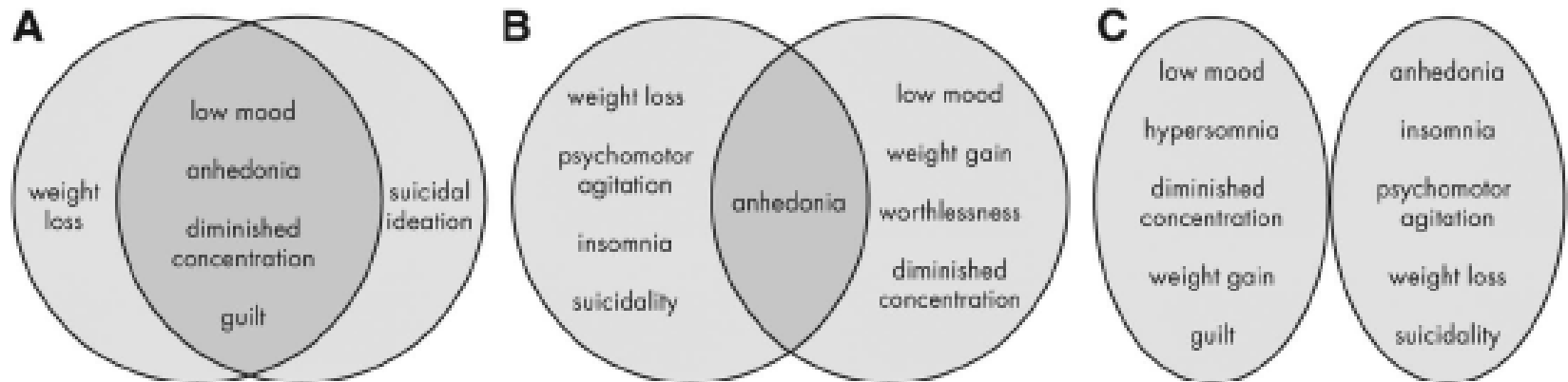


Figure 1. Three possible pairs of diagnostic combinations for major depressive disorder. Pair A illustrates two combinations with high overlap: The combination on the left comprises low mood, anhedonia, diminished concentration, guilt, and weight loss, whereas the combination on the right comprises the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

Dépression: hétérogénéité des symptômes

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

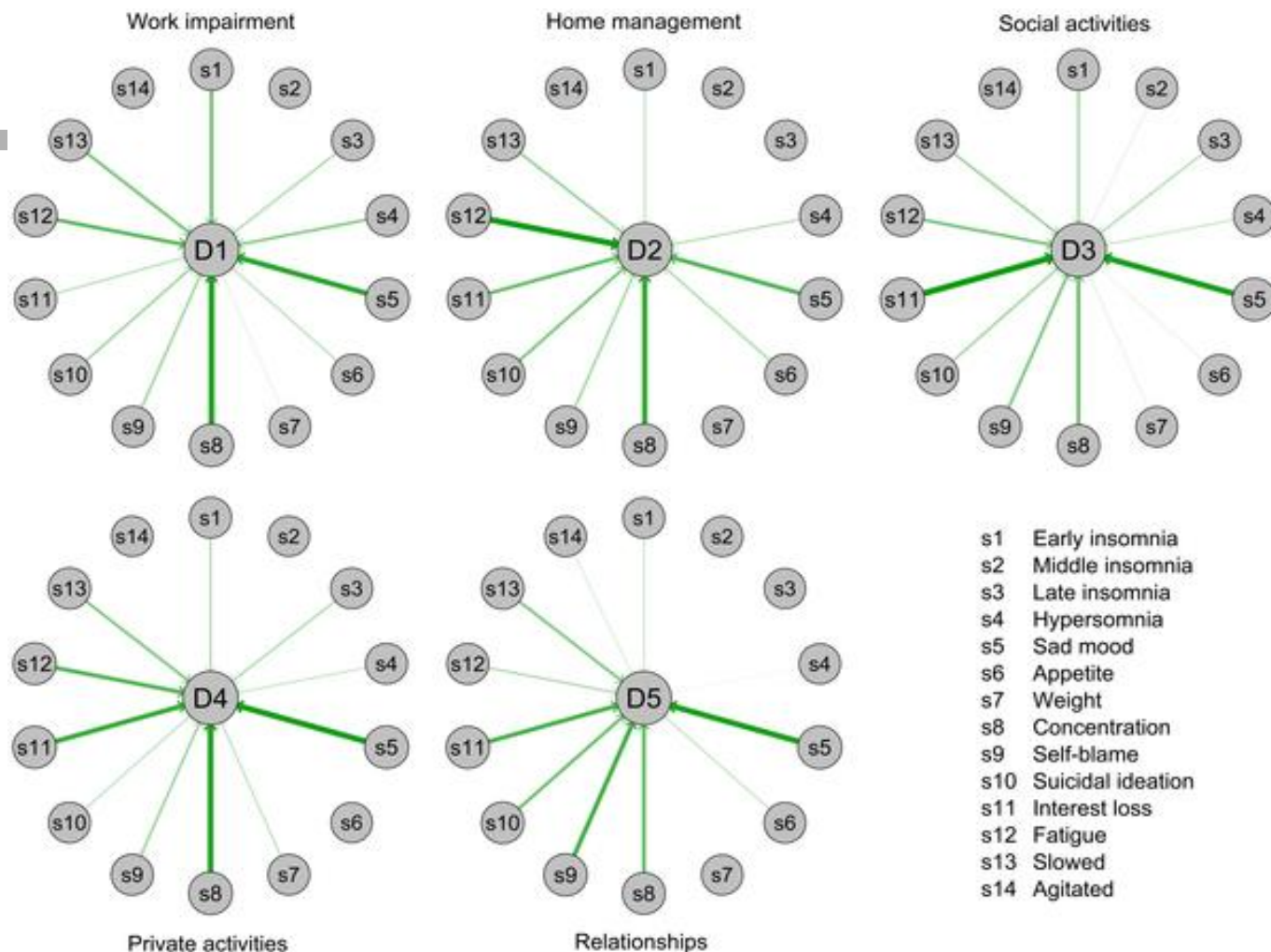
Dépression: hétérogénéité des symptômes

- Fried & Nesse (2015) : 3703 personnes (18 à 75 ans) avec un diagnostic de dépression (auto-évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs via le *Quick Inventory of Depression* : 12 symptômes)
- Résultats:
 - 1030 profils uniques
 - 864 (83.9 %) sont observés chez 5 personnes ou moins
 - le profil symptomatique le plus fréquent à une fréquence de seulement 1.8%

Dépression: spécificité des symptômes et fonctionnement psychosocial

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

Figure 2. Associations between depressive symptoms and impairment domains.



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

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

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

Keller, Neale, & Kendler (2013)

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

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

^a Between-persons sample.

^b Within-persons sample.

^c Major depression sample.

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

Keller, Neale, & Kendler (2013)

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

- Ces données, et le peu de stabilité intra-individuelle dans les symptômes dépressifs spécifiques entre épisodes, suggèrent que:
 - la présentation particulière des symptômes dépressifs tient plus à la situation qu'à la personne
 - met en question d'une approche neurobiologique réductionniste
- Humeur dépressive et diminution marquée d'intérêt ou de plaisir : pas des symptômes-clés pour certains événements négatifs
 - doivent-ils être considérés comme des symptômes-clés de la dépression (comme dans le DSM)?

Dépression et comorbidité (Régier, 2013)

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

DSM-5 : dépression (épisode dépressif majeur)

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

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

Approche des symptômes en réseaux

- Borsboom et al. (2011); Borsboom & Cramer (2013)
 - les troubles psychopathologiques ne sont pas vus comme des «maladies» (des facteurs latents) qui «sous-tendraient» ou «causeraient» un certain nombre de symptômes
 - mais comme des patterns d'interactions dynamiques entre certains symptômes

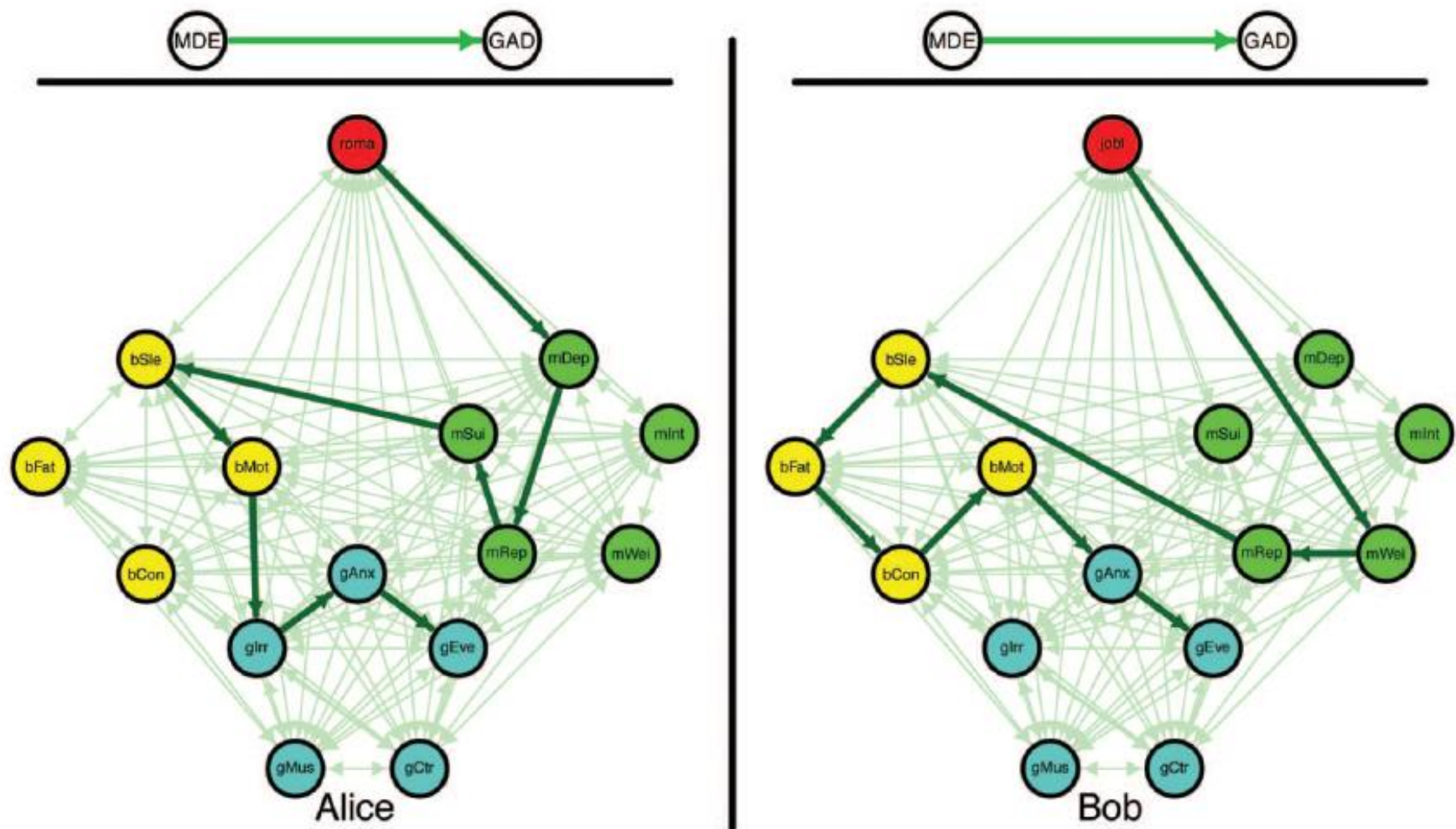


Figure 1. The difference between the existing view on comorbidity (top) versus the network approach (bottom) for two fictitious persons, Alice (left) and Bob (right). In both figures, the red node represents an external life event; green nodes core MDE symptoms; turquoise nodes core GAD symptoms; purple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

Approche des symptômes en réseaux

- Cette approche en réseau permet de comprendre la comorbidité du fait de la propagation d'activation au sein du réseau via des symptômes-pont (p. ex., l'insomnie)
 - l'insomnie peut être provoquée par un sentiment de culpabilité ou par une anxiété chronique
 - l'insomnie peut à son tour influencer l'humeur dépressive ou l'irritabilité
- Elle permet également de rendre compte des importantes différences individuelles dans l'expression symptomatique
 - en fonction de différences dans les forces de connexion entre symptômes, les réseaux de deux personnes peuvent réagir différemment au même évènement négatif, avec une probabilité différente que certains symptômes soient activés

Approche des symptômes en réseaux

- Applications cliniques

- déterminer la centralité symptomatique au niveau individuel
 - quel symptôme a l'influence la plus importante et à viser en premier au plan de l'intervention

**Moving forward: challenges and directions for
psychopathological network theory and methodology**

Eiko I. Fried

eiko.fried@gmail.com

www.eiko-fried.com

Angélique O. J. Cramer

aoj.cramer@gmail.com

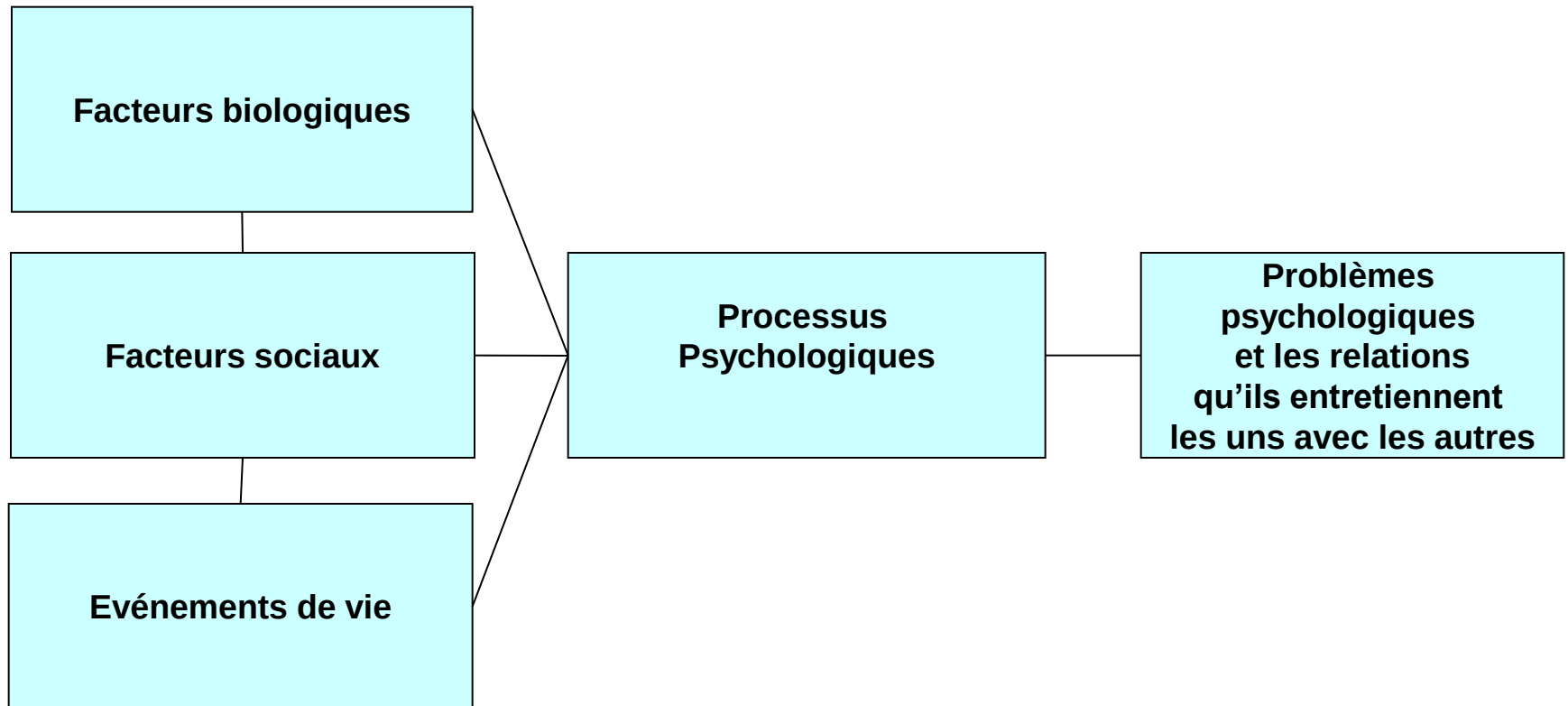
<http://www.aojcramer.com>

University of Amsterdam

Department of Psychology

Nieuwe Achtergracht 129-B, 1001 NK Amsterdam

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



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

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

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

Kindernam, Schwannauer, Ponton, & Tai (2013)

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

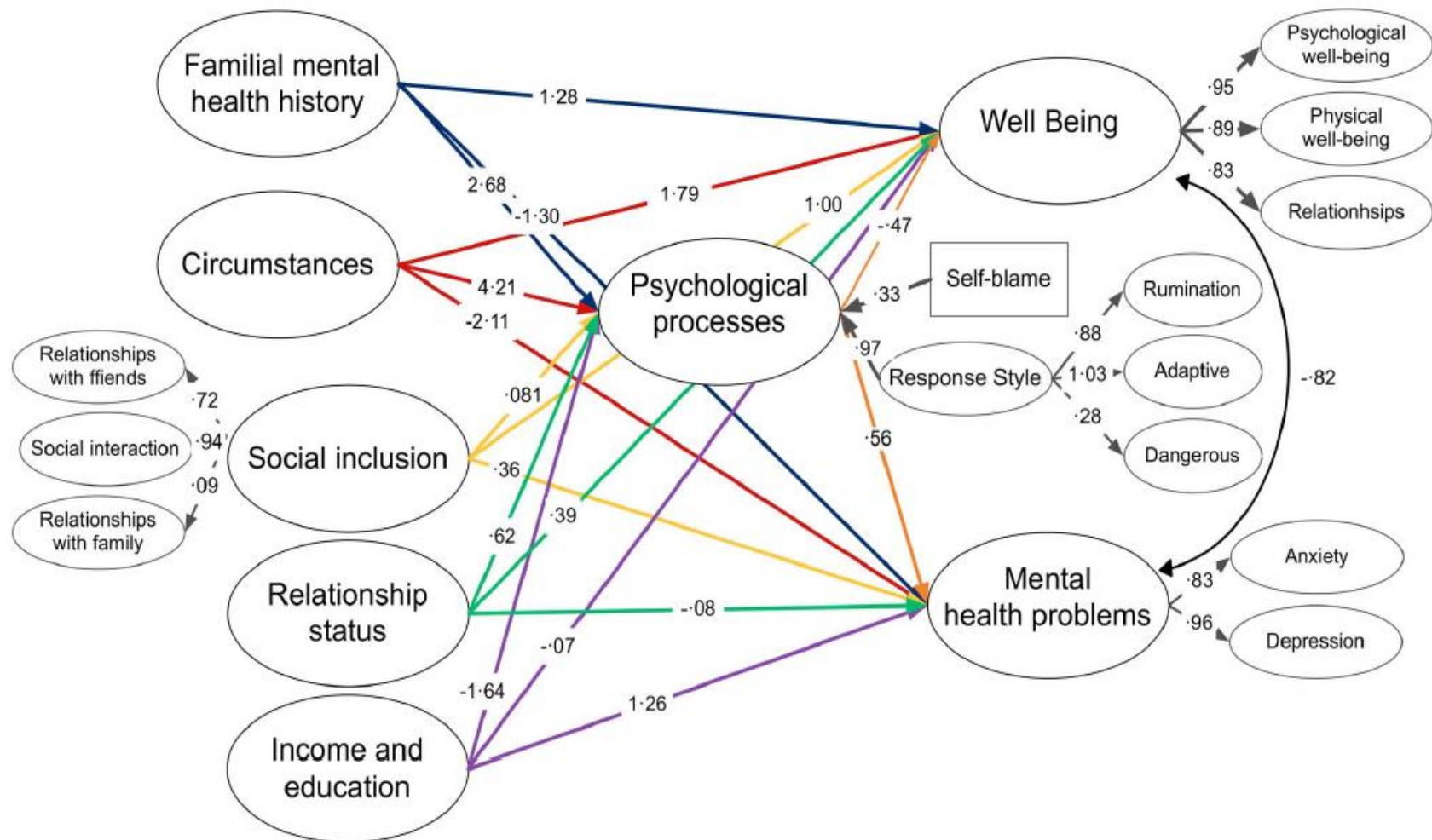


Figure 2. Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. Results of a structural equation model testing the mediating effects of the psychological processes of response style and self-blame on the contribution of familial mental health history, relationship status, income and education, social inclusion and life events on mental health problems and well-being, with S-B χ^2 (3,199, N = 27,397) = 126,654.8, $p < .001$; RCFI = .97; RMSEA = .04 (.038–.039). The path diagram shows completely standardised robust parameter estimates which represent the relative contribution of each latent factor to the model. All coefficients are statistically significant, $p < .001$. Latent factors are represented by ovals. The double headed arrow between mental health problems and well-being represents the correlations between these latent constructs.

Pour un modèle des processus psychologiques médiateurs psychologique des symptômes psychopathologiques

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

Une formulation psychologique individualisée, plurielle, intégrée

- Se focaliser sur des problèmes psychologiques et pas sur les diagnostics
- Une interprétation psychologique individualisée, plurielle et intégrée
- En tentant d'identifier la contribution des facteurs biologiques, sociaux et en lien avec les événements de vie

Des interventions individualisées, plurielles et intégrées

- Rôle complémentaire de différents types d'intervention psychologique, focalisés sur différents processus psychologiques
 - plusieurs processus en jeu
- Interventions psychologiques taillées sur mesure en fonction des problèmes psychologiques spécifiques de la personne: approche individualisée, à plusieurs facettes complémentaires (« person-based »)
 - hétérogénéité des problèmes psychologiques
- Interventions sociales et de prévention

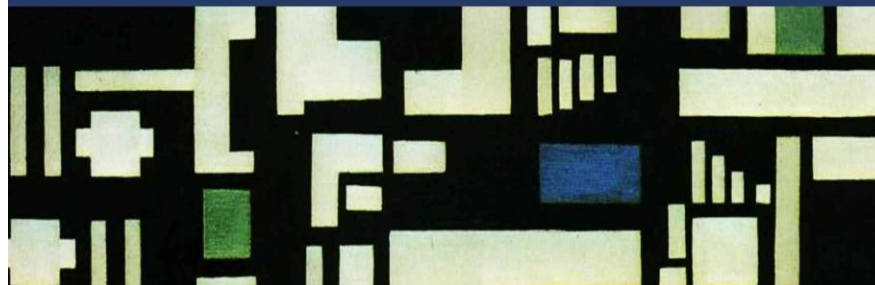
Quelle approche d'intervention psychologique intégrative ?

■ Différents types

- éclectisme technique: utiliser des méthodes d'intervention issues d'approches diverses, sans adopter les théories qui y sont associées
- intégration théorique: combiner de façon cohérente les composantes principales de différentes thérapies
- approche intégrative processuelle (consécutive à une formulation psychologique individualisée)

INTEGRATED TREATMENT FOR PERSONALITY DISORDER

A Modular Approach



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

Modules spécifiques d'intervention

- Module « Régulation and Modulation »
 - reconnaissance / acceptation / régulation des émotions, régulation de l'attention, résolution de problèmes
 - restructuration cognitive (travail sur les déclencheurs de pensées)
 - interventions métacognitives (moduler les métacognition concernant les schémas émotionnels)

Modules spécifiques d'intervention

- Module « Interpersonnel »
 - interventions centrées sur les schémas (restructurer les schémas précoce)
 - interventions psychodynamique (explorer les patterns interpersonnelles et les conflits centraux)
 - interventions interpersonnelles (psychoéducation; exploration des conflits interpersonnels)
 - interventions métacognitives (accroître la capacité de comprendre les états mentaux; mentalisation)

Modules spécifiques d'intervention

- Module « Identité »
 - interventions métacognitives (accroître la capacité de comprendre les états mentaux; mentalisation)
 - interventions cognitives (restructurer les schémas de soi et moduler l'estime de soi)
 - interventions psychodynamiques et thérapies cognitive analytique (intégrer différentes représentations de soi)
 - méthodes narratives (construire un récit de vie adapté et un sentiment de continuité personnelle cohérent)
 - ingénierie sociale: construire une «niche personnelle»

Practitioner Report

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

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

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

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

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

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

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

Addictions as a psychosocial and cultural construction

MARTIAL VAN DER LINDEN*

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

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

DOI: 10.1556/JBA.2.2013.007

First published online June 14, 2013

Argentine tango: Another behavioral addiction?

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

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

²Inserm U1016, Nîmes, France

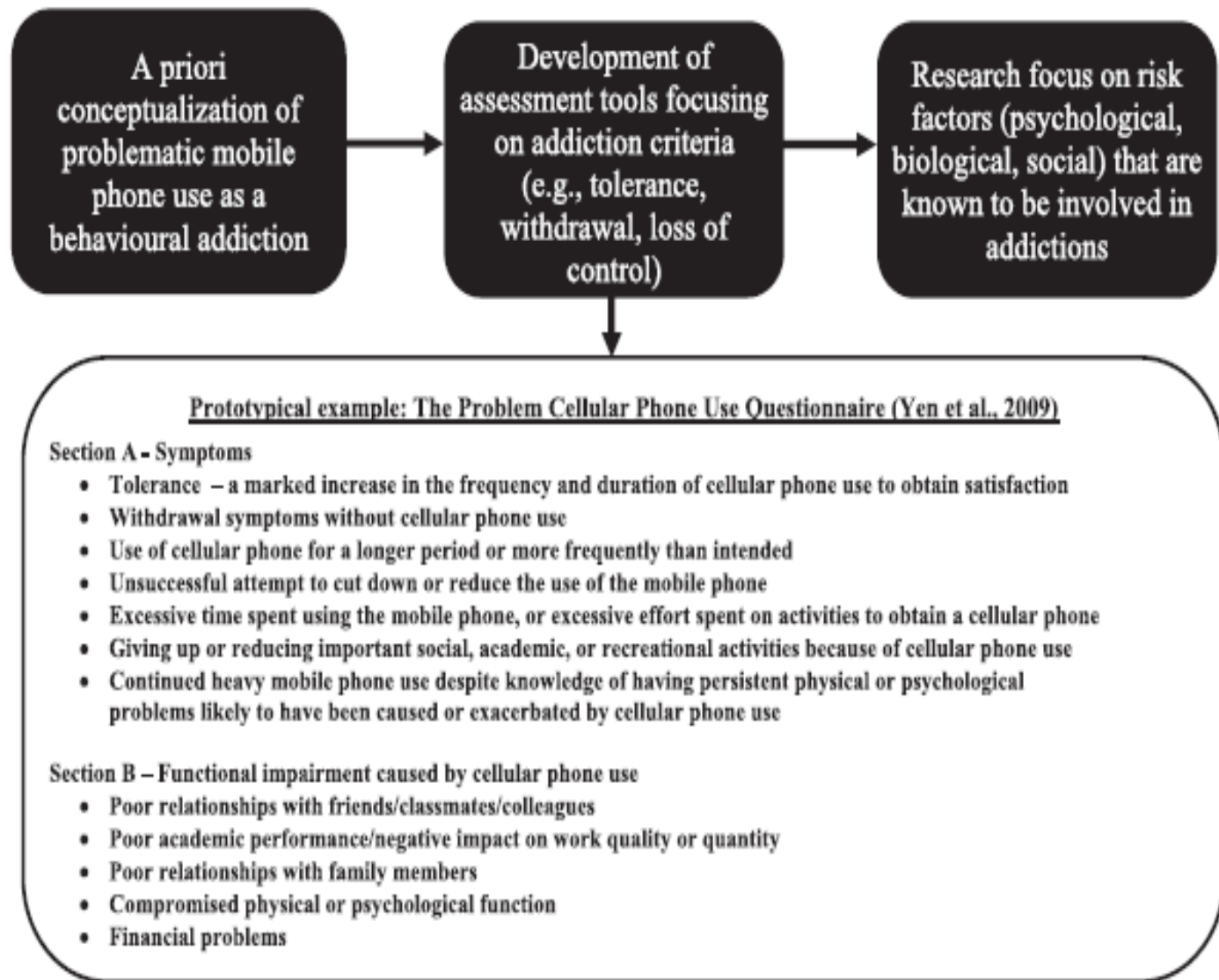


Figure 1. How to create a diagnosis of 'mobile phone addiction'

Thalia

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

Thalia

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

Une analyse en termes de processus psychologiques

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

Une analyse en termes de processus psychologiques

- Haut niveau de neuroticisme et faible contrôle des impulsions en contexte émotionnel (haut niveau d'urgence: une des facettes de l'impulsivité):
 - comportements inadaptés visant à réguler les émotions négatives (dont usage fréquent du téléphone portable; voir également l'histoire de comportements à risque)
- Pensées répétitives négatives (ruminations)
 - traitement négatif abstrait des événements négatifs, plutôt que traitement concret orienté vers la résolution du problème
 - exacerbation de la détresse psychologique et des symptômes reliés

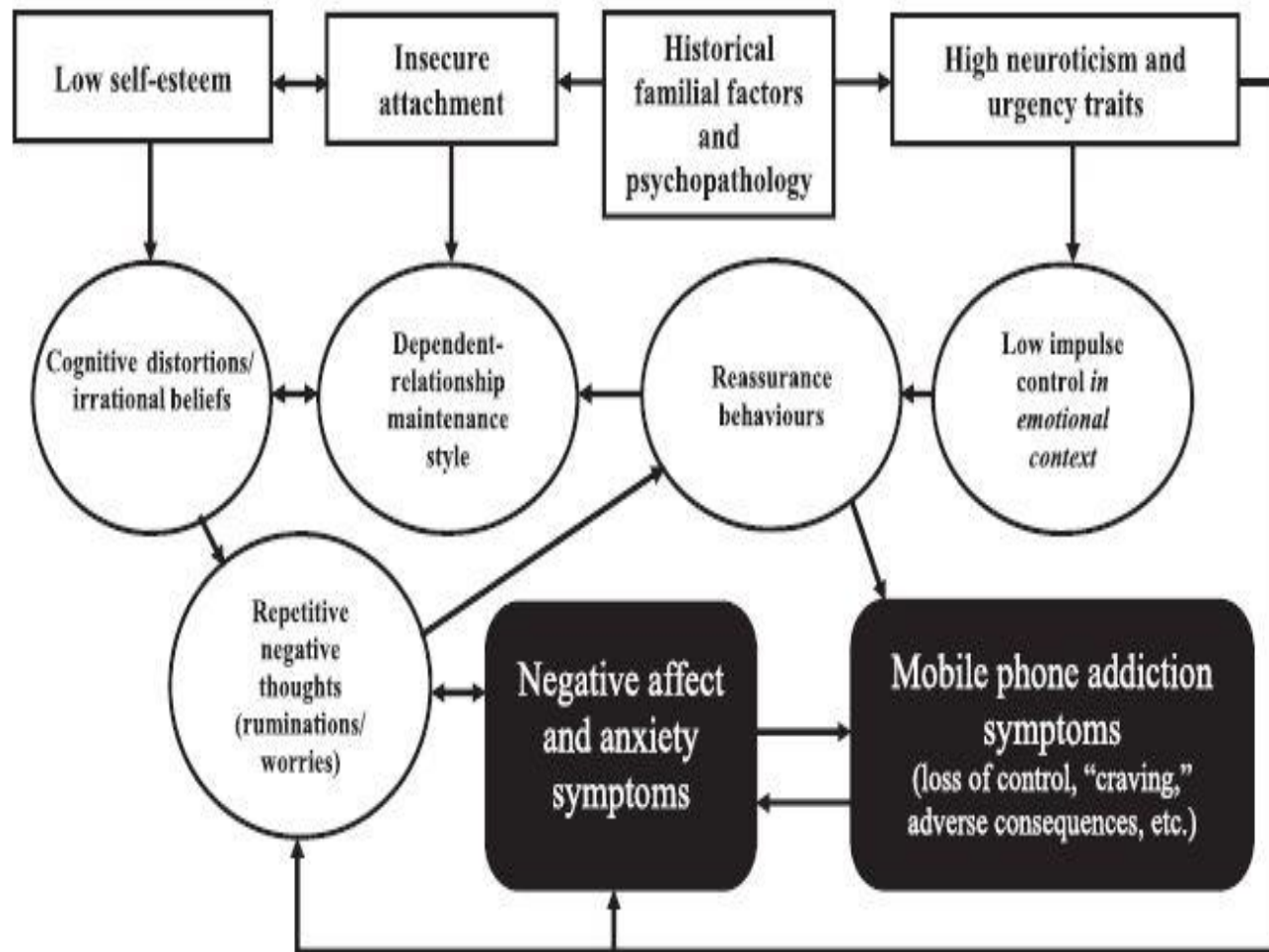


Figure 2. Thalia's clinical case conceptualization. Familial and individual risk factors are reported in white squares. Intrapersonal and interpersonal psychological processes are reported in white circles. Symptoms are reported in black squares

Une analyse en termes de processus psychologiques

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

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

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



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



ARTICLE ORIGINAL

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



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

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

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



Available online at www.sciencedirect.com



Behavior Therapy 43 (2012) 13–24

Behavior
Therapy

www.elsevier.com/locate/box

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

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

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

Journal of Psychotherapy Integration

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

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

Frank Larøi
University of Liège

Martial Van der Linden
University of Liège and University of Geneva