

PSYC5866 - Introduction Théorique aux Sciences Psychologiques

10. Troubles psychologiques et psychothérapies



Introduction

- ▶ Des raisons extrêmement diverses engagent le psychologue (ses compétences et sa responsabilité) :
 - Stress et burnout.
 - Malaise, angoisse et anxiété.
 - Problèmes de scolarité, perte d'emploi.
 - Difficultés familiales, problèmes de couple.
 - Délinquance / Violence.
 - Troubles psychologiques, neuropsychologiques, neuro-développementaux, psychiatriques, etc.
- ▶ Bref, tout un panel de situations dans lesquelles le psychologue peut intervenir en utilisant les outils thérapeutiques propres à sa discipline.

Renvoi à d'autres cours tels que :
psychopathologie,
psychiatrie,
neuropsychologie,
délinquance, etc.



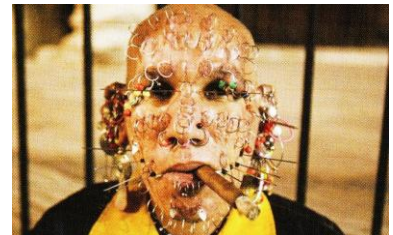
Démarche thérapeutique - 4 points

1. Poser un **diagnostic**. [Utilisation d'un outil de diagnostic]
 - Évaluation clinique (Entretien clinique ; Tests psychologiques [MMPI, Échelle de dépression, ...] ; DSM-V).
2. Proposer une **étiologie**. Quelles sont les causes des symptômes associés au trouble ?
 - Facteurs *déclenchants/aggravants*.
3. Établir un **pronostic**. Que devient le trouble sans prise en charge et quel sera le **bénéfice** résultant de la prise en charge? [Notion de contrat thérapeutique ?]
4. Recourir au **traitement thérapeutique**. L'objectif est *au minimum* de réduire les symptômes (soulager) et *au mieux* d'éliminer les causes de ces symptômes (guérir).
 - *Evidence based practice* (évaluation de l'efficacité par la preuve).
 - Mesures avant/après.



Le problème de l'évaluation de la santé mentale

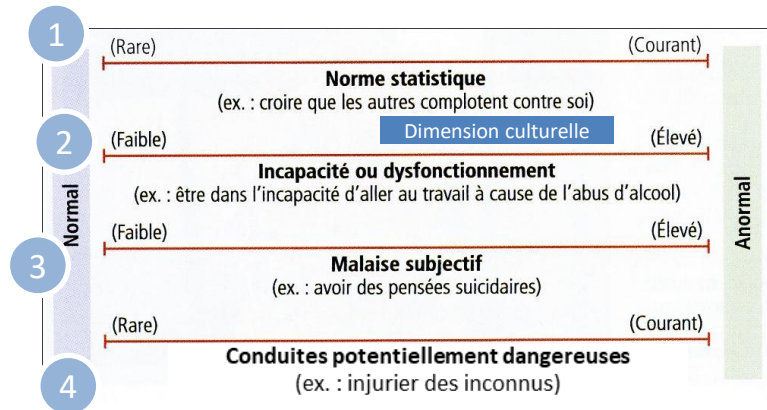
- ▶ À partir de quand un aspect psychologique (comportement, cognition, émotion) devient-il anormal ?
- ▶ L'introduction / pages dédiées aux troubles mentaux de ce chapitre (pp. 271-281 anc. éd. / 266 à 279 nouv. éd.) montrent qu'il peut y avoir des comportements anormaux :
 - qui posent problèmes ;
 - qui réclament une prise en charge ou un suivi du patient par un psychologue clinicien, psychothérapeute ;
 - qui posent parfois la question de la responsabilité (*celle du patient*) ;
- ▶ Dans beaucoup d'autres cas, le caractère anormal du comportement est plus difficile à estimer.
 - ➔ compétences, sens critique, pondération, ...





Déterminer l'anormalité d'un comportement

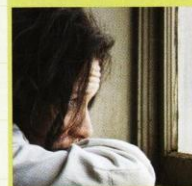
- L'aspect psychologique évalué se situe généralement sur un *continuum* entre anormal et normal.
 - Peut-être considéré comme anormal ou pathologique pour une ou plusieurs des raisons suivantes, établies autour de 4 critères d'inclusion permettent d'aboutir à une décision (« *Y a-t-il oui/non trouble de santé mentale ?* »).



Classification des comportements anormaux : DSM-IV-TR / (CIM 10)

- ▶ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd. révisée.
- ▶ Manuel descriptif : chaque trouble est répertorié et classé avec une description des *types de comportements, pensées et émotions associés*.
- ▶ Manuel mis à jour !
 - Ex. 1 catégorie « névrose » (*Freudienne*) ➔ 3 catégories : troubles anxieux [1], troubles dissociatifs [4] et troubles somatoformes [7].
 - Des avantages : communication / distinction entre les troubles.

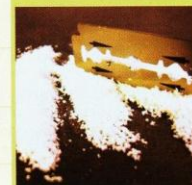
1. *Troubles anxieux* : problèmes liés à un état d'anxiété profonde, tels que les phobies, la névrose obsessionnelle-compulsive et l'état de stress post-traumatique.
2. *Troubles de l'humeur* : problèmes comportant de profondes perturbations de l'humeur, telles que des épisodes dépressifs et maniaques, ou une alternance de deux (troubles bipolaires).
3. *Schizophrénie et autres troubles psychotiques* : troubles caractérisés par d'importantes perturbations de la perception, du langage et de la pensée, des émotions et du comportement.
4. *Troubles dissociatifs* : troubles comportant une altération soudaine et temporaire de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire ou de l'identité, tels que l'amnésie psychogène et le trouble de dépersonnalisation.
5. *Troubles de la personnalité* : problèmes permanents liés à des traits de personnalité inadaptes. Ils comprennent, entre autres, la personnalité antisociale (qui viole les droits des autres sans en éprouver de culpabilité) et la personnalité limite, dite *borderline* (qui est caractérisée par une impulsivité et une instabilité de l'humeur et du comportement dans ses relations).
6. *Troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes* : problèmes causés par la dépendance à l'alcool, à la cocaïne, au tabac et à d'autres substances psychotropes.
7. *Troubles somatoformes* : problèmes découlant d'une préoccupation excessive de sa santé physique ou de symptômes physiques n'ayant aucune cause biologique.
8. *Troubles factices* : troubles qu'affichent certains individus dans le seul but de satisfaire des besoins économiques ou psychologiques.
9. *Troubles sexuels et de l'identité sexuelle* : problèmes liés à une activité sexuelle insatisfaisante (l'excitation sexuelle étant provoquée par des situations ou des objets inhabituels), aux difficultés d'identification à un sexe, etc.
10. *Troubles de l'alimentation* : problèmes liés à la nourriture, tels que l'anorexie et la boulimie.
11. *Troubles du sommeil* : graves perturbations du sommeil, telles que l'insomnie, les terreurs nocturnes ou l'hypersomnie.
12. *Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs* : problèmes rattachés à la kleptomanie, au jeu pathologique et à la pyromanie.
13. *Troubles de l'adaptation* : difficultés entraînant des réactions émotionnelles excessives face à des facteurs de stress précis, tels que le divorce, les dissensions familiales, les problèmes économiques.
14. *Troubles apparaissant habituellement durant la première et la deuxième enfance ou à l'adolescence* : problèmes apparaissant avant l'âge adulte, comprenant le retard mental et les troubles de développement du langage.
15. *Délire, démence, syndrome amnésique et autres troubles cognitifs* : problèmes d'origine somatique causés par des dommages au cerveau, y compris la maladie d'Alzheimer, les accidents vasculaires cérébraux et les lésions cérébrales.
16. *Troubles mentaux découlant d'un état de santé général et non classés ailleurs* : problèmes causés par des lésions cérébrales à la suite d'une maladie, d'une consommation abusive d'alcool ou de drogues, etc.
17. *Autres situations non attribuables à un trouble mental, nécessitant examen ou traitement* : problèmes rattachés à la violence physique ou aux agressions sexuelles, aux difficultés relationnelles, aux difficultés professionnelles et ainsi de suite.



Troubles anxieux



Troubles de l'humeur



Troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes

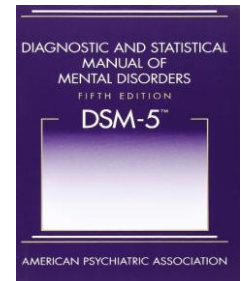
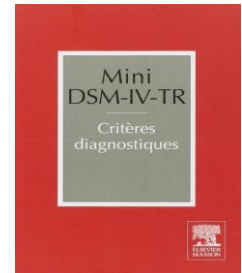


Évolution de la classification au fil des révisions du DSM

- Catégorie « *Épisode dépressif majeur* ».
 - Jusqu'au DSM III (1980), la souffrance d'une personne ayant subi un deuil n'était *pas considérée comme pathologique*.
 - Avec le DSM IV (1994), elle *le devient si les symptômes persistent au-delà de deux mois*. (accompagné d'autres critères).
 - Avec le DSM V (2013-2015), le critère temporel est raccourci à ... *2 semaines* !
 - DSM V TR (deuil prolongé : + d'un an).

Catégories
diagnostiques

DSM-I	106
DSM-II	182
DSM-III	265
DSM-IV	297



*Pressions d'acteurs de l'industrie
pharmaceutique ? / Remboursement de
prescriptions si trouble détecté ...*



Expliquer l'anormalité : des *superstitions* aux *explications scientifiques* (1)

- ▶ Trépanation, exorcisme, bâcher ... pour traiter le comportement *anormal* – **Traitements radicaux, nocifs.**
 - Esprit maléfique, possession par le malin, sorcellerie.
- ▶ **Asile *prison*.**
 - P. Pinel : « *le comportement anormal provient d'une maladie de l'esprit* ». (idée de la classification)
 - De la *punition* (traitement dégradant, coercitif) on passe au *traitement médical* (traitement moral, bienveillant).
- ▶ **Asile psychiatrique – Institutionnalisation.**
 - Laborit : Chlorpromazine – Psychose
 - Freud : Psychanalyse - Névrose

La solution au problème tient uniquement à l'hospitalisation, au médicament ou à la chirurgie, puis selon les diagnostics, à une approche plus psychologique.



Expliquer l'anormalité : des *superstitions* aux *explications scientifiques* (2)

- ▶ **Psychiatrie actuelle – Désinstitutionalisation.**
 - On favorise la fréquentation de centres de santé mentale (maisons de transition supervisée) et de pharmacothérapie.
- ▶ Thomas Szasz critique le terme de « maladie mentale ».
 - Déresponsabilisation du patient ?
 - Le « patient » se conforme-t-il à une étiquette ?



Troubles mentaux

- Origine des troubles ?
- Comment ils sont catégorisés ?
- Principaux symptômes ?

- ▶ Troubles neurodéveloppementaux.
- ▶ Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
- ▶ Troubles bipolaires.
- ▶ Troubles dépressifs (*seulement dépression persistante*).
- ▶ Troubles anxieux.
- ▶ État de stress post-traumatique.
- ▶ Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés.
- ▶ (Troubles des conduites alimentaires.)
- ▶ (Troubles dissociatifs.)
- ▶ Troubles de la personnalité.



Troubles neurodéveloppementaux

- ▶ Apparaissent au début du développement du système nerveux.
- ▶ Difficultés plans *personnel, relationnel, scolaire* avec des troubles spécifiques :
 - de la lecture (dyslexie).
 - de l'écriture (dysorthographe).
 - du calcul (dyscalculie).



Exemple de changements dans le DSM par rapport à l'autisme

- ▶ Le diagnostic de l'autisme évolue au fil des versions du DSM.
- ▶ DSM-4 : troubles envahissants du développement (TED) comprenant :
 - (1) troubles autistiques, (2) syndrome d'Asperger, (3) trouble désintégratif de l'enfance, (4) troubles envahissants non spécifiés du développement et (5) syndrome de Rett.
 - Voir p. 6 de cette présentation (catégorie 14).
- ▶ DSM-5 : troubles du spectre autistique (TSA) (dans troubles neurodéveloppementaux) regroupant :
 - les 4 premiers points des TED du DSM4.



Critères diagnostique du TSA

- A. Persistance des difficultés dans la communication et l'interaction sociales dans des contextes multiples, se manifestant ou s'étant manifestés comme suit :
1. Déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle ;
 2. Déficits dans les comportements de communication non-verbale, utilisés pour les interactions sociales ;
 3. Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations.
- B. Répertoire de comportements, d'intérêts ou d'activités restreint et répétitif, tel qui se sont manifestés ou se manifestent via au moins deux de ces critères :
1. Mouvements moteurs, utilisation d'objets ou vocalisation stéréotypés ou répétitifs,
 2. Insistance sur la similitude, adhérence inflexible à la routine ou schémas ritualisés de comportements verbaux ou non-verbaux ;
 3. Intérêts très restreints et figés avec un degré anormal d'intensité et de focalisation ;
 4. Réaction inhabituelle aux stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.
- C. Les symptômes doivent être présents dès la période précoce de développement (mais peuvent ne se manifester pleinement que lorsque les capacités limitées ne permettront plus de répondre aux exigences sociales, ou être masquées, plus tard, par des stratégies apprises).
- D. Les symptômes entraînent des déficits importants au point de vue clinique dans le domaine social, professionnel ou encore dans d'autres domaines de fonctionnement.
- E. Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard général du développement ne justifient pas mieux ces troubles.



Prévalence du TSA

- ▶ Le nombre de cas par habitants a augmenté entre 1995 et 2009.
 - Meilleur dépistage ?
 - Critères d'inclusion plus larges (faux positifs ?).
 - Augmentation effective du nombre de cas (réellement positifs) ?
- ▶ *Que signifient les chiffres ? Réponse complexe.*



Déficit de l'attention avec/sans hyperactivité

- ▶ Volume réduit (IRM structurale) et activité réduite (IRM fonctionnelle) d'aires cérébrales du lobe frontal (→ difficultés sur le plan de *l'attention*, de *l'inhibition*, de la *planification de l'action*, de *l'effort*, de la *mémoire*, etc.).
- ▶ Plus fréquent chez les garçons que chez les filles / chez les filles, trouble attentionnel moins souvent associé à l'hyperactivité.
- ▶ Hyperactivité (bouger et parler trop souvent, impulsivité, impatience, ...).
- ▶ Les symptômes doivent *nuire à la vie quotidienne dans plusieurs contextes*.



Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

- ▶ **Croyance** : avec quel autre trouble est-il souvent confondu ?
- ▶ *Cinq caractéristiques* définissent ces troubles ; globalement aussi associés à la **psychose** (qui est la perte de contact avec la réalité).
- ▶ *Plusieurs formes de délire* (3).
- ▶ Un point intéressant comment distinguer **délire** et **conviction** ?
 - Retour sur la question de la distinction entre normal et l'anormal.
 - Quelles caractéristiques du patient permettent de faire la distinction ?



Troubles de l'humeur

- ▶ Trouble bipolaire : alternance de 2 phases qui se caractérisent par deux aspects radicalement opposés quant à (1) l'humeur et (2) au niveau d'énergie.
- ▶ Trouble dépressif persistant.
 - Durée minimale de l'affect pour le diagnostic ?
 - Y a-t-il des critères associés ? (La durée seule ne suffirait pas pour le diagnostic).
- ▶ Trouble dysphorique prémenstruel.
 - Il n'apparaît en tant que trouble dans le DSM que depuis la dernière version !
 - Pourquoi ce trouble est-il controversé ?



Troubles anxieux

- ▶ Qu'est-ce qui distingue de manière fondamentale l'anxiété généralisée de l'attaque de panique et des phobies ?
- ▶ Quand vous examinez les symptômes de l'anxiété généralisée, *comprenez-vous mieux pourquoi dans un cours d'introduction à la psychologie il y a un chapitre sur le système nerveux ?* Vous devriez alors comprendre pourquoi les approches d'un trouble peuvent être mixtes ...
- ▶ Peut-on traiter la phobie de la personne en lui montrant que sa peur est irrationnelle et quelle n'a donc aucune raison d'avoir peur ?
- ▶ Il existe différents types de phobies ; lesquelles ?



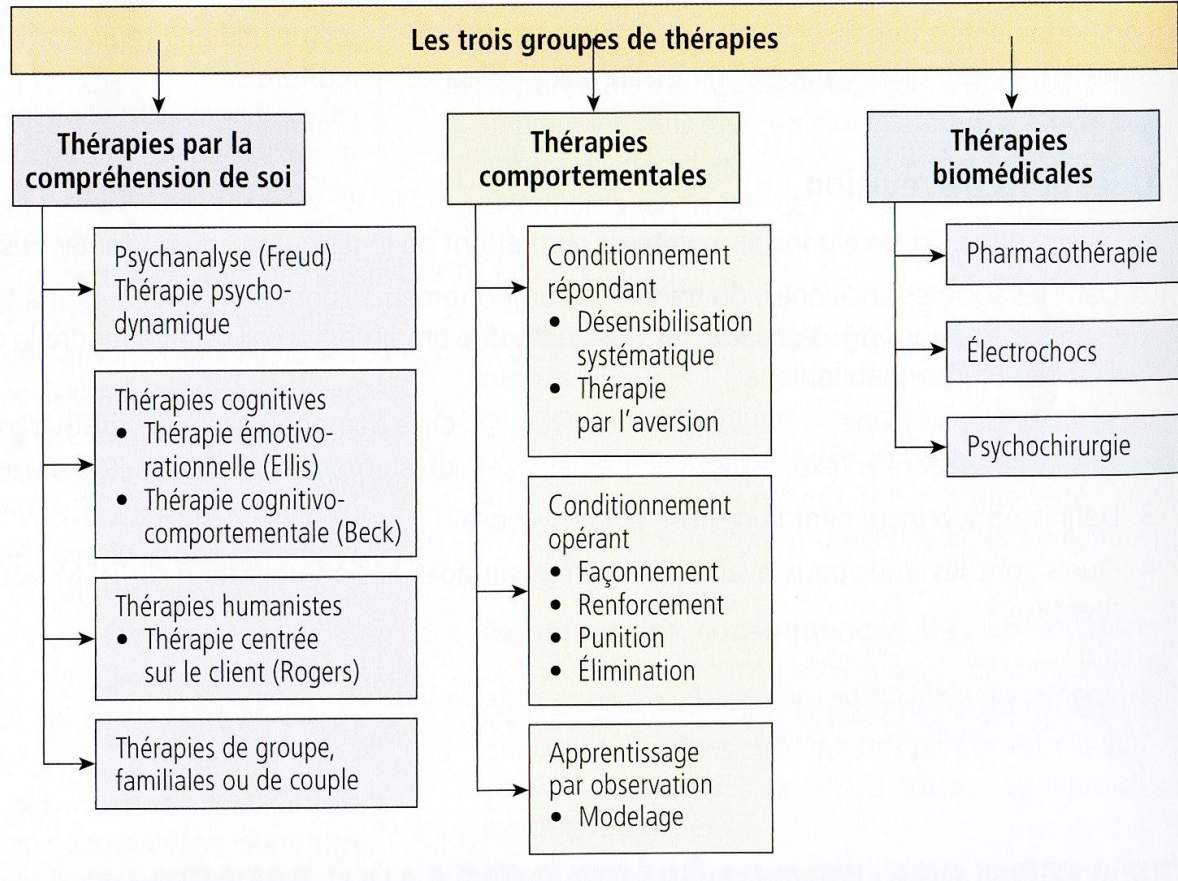
État de stress post-traumatique

- ▶ Quel genre d'événement déclenche (ou facteur déclencheur) le trouble et qu'entraîne-t-il par la suite ?
 - Plus récemment, dans quel milieu a-t-on montré que des symptômes de ce trouble pouvaient aussi survenir ?
- ▶ Que font parfois les victimes de ce trouble pour réduire les symptômes (facteur aggravant) ?



Troubles de la personnalité

- ▶ Trouble de la personnalité antisociale.
 - Pourquoi l'individu affecté de ce trouble est-il moins enclin à changer ?





Qui consulte un psychologue ?

- ▶ Des personnes qui présentent un problème avec des symptômes éventuellement importants (diagnostiquées d'*un certain trouble psychologique*).
- ▶ Des personnes sans troubles psychologiques (*volonté de changement ou d'adaptation*).



I. Thérapies par la compréhension de soi

- ▶ Idée centrale : la compréhension *par l'individu* de ce qui se passe dans son propre psychisme est génératrice de mieux être / de guérison.
(*Compréhension de soi*).
 - Nature de conflits inconscients, caractère irrationnel ou inadapté de certaines pensées, etc.
- ▶ Objectif thérapeutique : aider le patient à mieux connaître ses propres motivations ; on cherche à réorienter pensées (identifier ses propres biais cognitifs), sentiments et comportements.



I.1 Psychanalyse

Les thérapies psychodynamiques brèves nécessitent 1 à 2 entretiens par semaine sur 12 à 20 semaines ...
Thérapeute et patient conviennent plus rapidement de ce dont il faut parler sans attendre l'émergence d'indices au fil de la thérapie.

1. **Dynamique intrapsychique inconsciente** (des conflits entre le moi, le ça et le surmoi) au moins aussi importante que perceptions et souvenirs conscients.
2. **Importance des expériences vécues dans la petite enfance.** Les traces inconscientes d'événements « traumatisants » vécus dans la petite enfance exercent une influence à l'âge adulte (génératrices de troubles).
 - Éléments refoulés dans l'inconscient.
3. **Stades de développement** : problèmes à résoudre → conflits.
4. **Utilisation de méthodes subjectives.**

Méthodes subjectives et tests projectifs

- ▶ Parler librement et sans contrainte de tout ce qui vient à l'esprit ... (discours)
- ▶ Tests projectifs : Rorschach, TAT.



« Bien sûr que j'ai mûri depuis que vous avez commencé mon traitement. Vous y travaillez depuis mes 14 ans. »

© Sidney Harris, Sciencecartoonsplus.com

vs psychodynamique
actuelle ...



Thérapies humanistes

- ▶ **Thérapies non directives :**
 - On ne cherche pas à modifier un comportement, à restructurer des schémas cognitifs ou résoudre un conflit psychique.
 - On cherche à favoriser l'autoactualisation et accroître l'estime de soi.
- ▶ Pour améliorer sa vie, le « client » doit surtout prendre conscience de son potentiel et de sa véritable nature (*Compréhension de soi*).
 - Le trouble mental survient lorsque la tendance naturelle à se réaliser est entravée (peu importe l'origine de cette difficulté).
 - Favoriser l'épanouissement personnel.

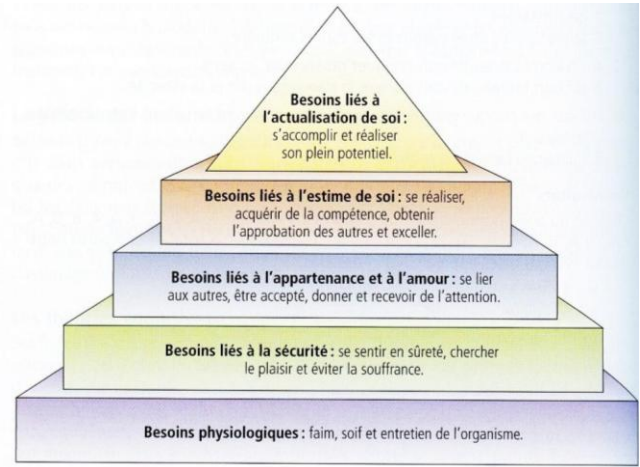


Théorie biopsychosociale

Pyramide de Maslow

FIGURE 10.4

La hiérarchie des besoins établie par Maslow. Selon Maslow, il faut d'abord assurer la satisfaction des besoins physiques, essentiels, avant que ne s'expriment des besoins d'ordre supérieur. (Source : A.H. Maslow, D. Robert (dir.), J. Fadiman (dir.), *Motivation and Personality*, 3^e éd., © 1987, reproduit avec la permission de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.)



- Libérés des besoins vitaux, nous pouvons développer les comportements liés à l'épanouissement personnel (actualisation de soi) qui peut consister à :
 - œuvrer, militer pour une noble cause ; réaliser son activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en exploitant au mieux notamment son potentiel et ses motivations.



Thérapies humanistes (rogériennes)

- ▶ Thérapeute = personne ressource / non directif (le client à la clé de sa thérapie).
- ▶ Recours à l'empathie (adopter le cadre de référence du client – compréhension et acceptation, importance du ressenti émotionnel).
- ▶ Nécessité de considération positive inconditionnelle (non-jugement et bienveillance primordiale).
- ▶ Authenticité (le thérapeute dit ce qu'il pense, fait profiter le client de sa propre expérience).
- ▶ Écoute active (reflète, paraphrase le client, reformule pour aider à clarifier, vérifier les compréhensions respectives).



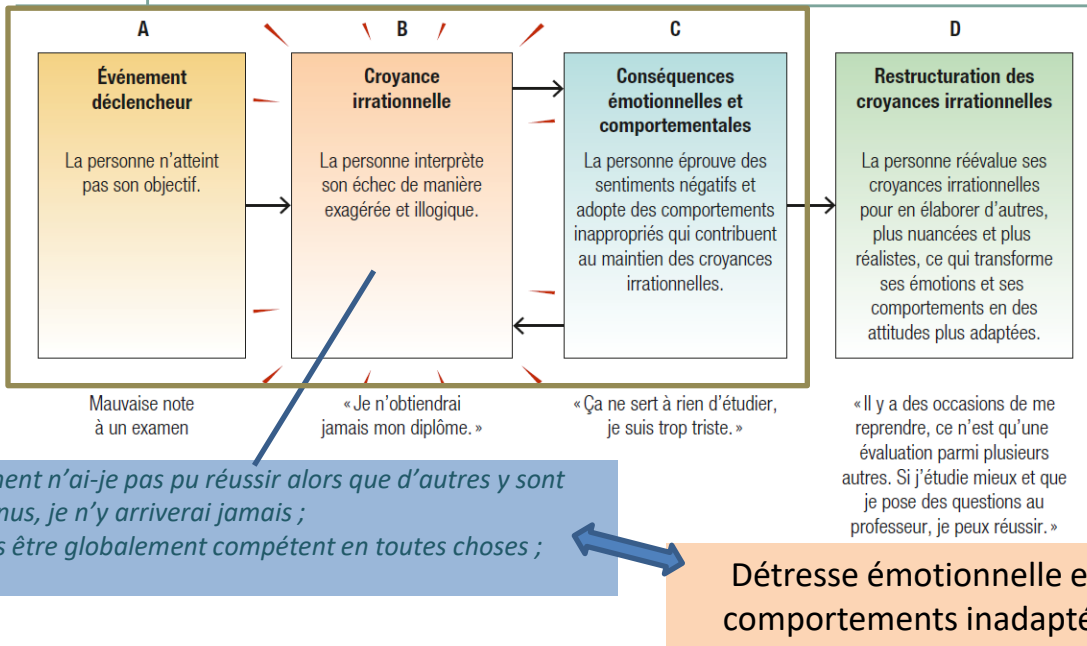
1.2 Thérapies cognitives

- ▶ Croyances et raisonnements erronés → troubles émotionnels et troubles du comportement (comportements inadaptés).
 - « *Il faut être parfait et on n'a pas droit à l'erreur* ».
 - Lien entre dépression et convictions irrationnelles d'une part et incapacité à s'adapter d'autre part.
 - Du point de vue du thérapeute, c'est sur ces schémas de pensée ou schémas cognitifs qu'il faut agir (levier thérapeutique).
 - Comprendre le discours intérieur ...
 - ... pour permettre une restructuration cognitive.



1.2A Thérapie émotivo-rationnelle (A. Ellis)

FIGURE 10.2 | La restructuration cognitive



- *Comment n'ai-je pas pu réussir alors que d'autres y sont parvenus, je n'y arriverai jamais ;*
- *Je dois être globalement compétent en toutes choses ;*
- Etc.

- Approche A-B-C-D en 4 étapes : 3 pour l'analyse du schéma de pensées inadaptées invalidantes et 1 pour leur traitement ...



Thérapie cognitivo-comportementale (A. Beck)

- ▶ Pour traiter la dépression: Beck préconise une **approche active**.
 - Psychanalyse : *prendre conscience* de conflits inconscients ...
 - Thérapie émotivo-cognitive : *prendre conscience* de croyances irrationnelles ...
- ▶ Selon Beck, la **prise de conscience** ne suffit pas !
- ▶ **Modifier ses comportements** → combattre ses *croyances inadaptées / son langage intérieur négatif*.
- ▶ **Modèle de pensée associés à la dépression :**
 - **Biais cognitifs** : perception sélective (le négatif au détriment du positif).
 - Perception « du tout ou rien ».
 - **Généralisation à outrance** (d'une situation négative à l'autre, passée ou future ...).
 - **Exagération** (dramatisation tant sur le plan des caractéristiques personnelles que du contexte).



Thérapie cognitivo-comportementale (A. Beck)

1. Reconnaître et noter les pensées inadaptées (« devoirs à faire à la maison » ; « auto-évaluations » ou mesures).

Buts :

- Stopper ces pensées négatives automatiques et récurrentes.
- Adopter des moyens de vérification de l'inexactitude de ces pensées (contre-exemples ; esprit critique).
- Attention au choix de l'objectif ! « *Même si on n'est pas totalement incapable de ... il faut peut-être tout de même se fixer des objectifs partiels et réalistes ...* »

Accroître l'estime de soi

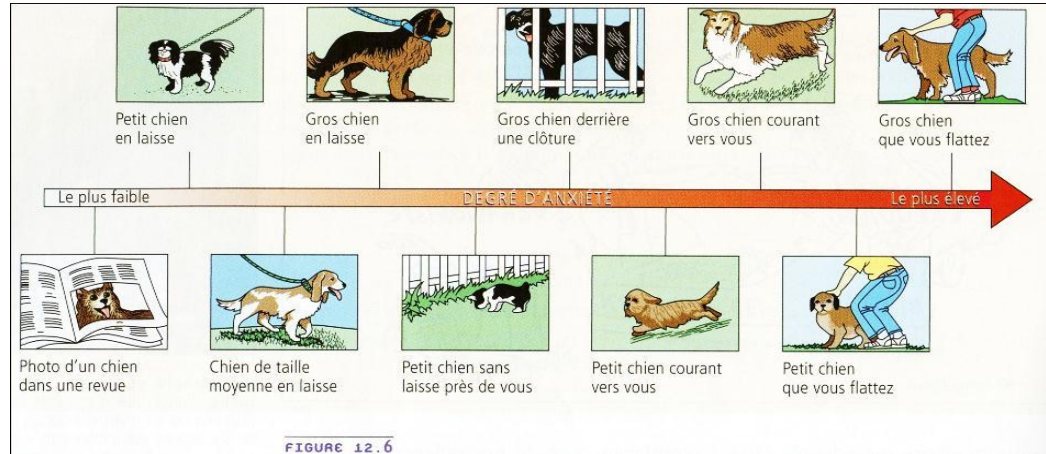
Reprendre du plaisir

2. Réaliser des activités agréablement perçues.

- Lutter contre l'anhédonie (incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives), la passivité, ... ici aussi « prises de mesures ».



Thérapie comportementale



- **Désensibilisation systématique (J. Wolpe).**
 - Relaxation (SNParasymp.) + présentation d'une hiérarchie de stimuli anxiogènes (SNSymp.).
 - Technique de réalité virtuelle.



Thérapies systémiques

- ▶ Thérapies familiales et thérapies brèves.
- ▶ Pour traiter le patient, il faut examiner le **système relationnel et culturel** dans lequel il évolue.
 - *Le patient est inclus dans un système* (familial, couple, scolaire ou professionnel, sportif, etc.).
- ▶ L'entourage peut contribuer à renforcer le problème du patient.
 - Le symptôme du patient peut être le reflet d'un système dysfonctionnel.
- ▶ Recherche d'*interactions dysfonctionnelles*. (Bateson ; Watzlawick)
 - Exploiter les *interactions problématiques*.
 - Souligner les *interactions positives*.
 - › Les causes peuvent se trouver dans le passé de la personne ...
 - › Mais aussi dans le présent !
 - › Les personnes ont les ressources nécessaires aux changements (// Humanisme)



Thérapies systémiques

- ▶ Ex. Les parents amènent leur enfant en consultation ... (Quelles interactions habituelles et comment les modifier ?)
- ▶ **Double contrainte** (un exemple d'interaction dysfonctionnelle).
 - « *Donne-moi de l'attention !* » Si attention : « *Cesse ! Tu as encore quelque chose à demander toi ...* »
- ▶ Psychothérapeutes.be → <https://www.lepsychologue.be/articles/psychotherapeute.php>

