

Une autre approche de la santé mentale: la flexibilité psychologique



Jean-Louis Monestès
Ph.D.
Pôle de santé mentale
CHU de la Réunion

Matthieu Villatte
Ph.D.
Université de Lafayette
Louisiane

Au programme...

- Principes généraux de notre approche
- La conception actuelle de la santé mentale et ses limites
- La flexibilité psychologique comme alternative
- Comparaison quantitative des deux approches



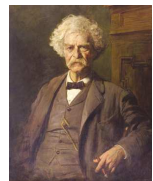
La conception de la psychologie contextuelle

- Développement des thérapies comportementales et cognitives
- Un modèle psychothérapeutique (l'ACT) mais aussi
- Une conception différente de la psychopathologie



Le postulat de « normalité destructrice »

J'ai eu beaucoup de problèmes dans ma vie, dont la plupart ne sont jamais arrivés. (Marc Twain)



Grâce à la pensée, l'Homme peut anticiper les difficultés, être conscient de sa finitude, et construire son propre malheur

Le postulat de « normalité destructrice »

Le langage et la cognition
conduisent à la souffrance
psychologique pour tous
(aux troubles pour certains)

La souffrance est intrinsèque
à la condition humaine



L'approche catégorielle: base actuelle de compréhension de la psychopathologie

- L'approche catégorielle comme référence actuelle (DSM-IV, CIM-X)
- Classification sur la base d'un ensemble de symptômes décrits topographiquement (leur forme)



L'approche catégorielle a permis des avancées notables

- Une description fine des tableaux cliniques
- Simplicité conceptuelle et d'usage
- Communication facilitée entre les soignants
(Ball,2001)

L'approche catégorielle: base actuelle du diagnostic des troubles psy

- Classification polythétique: la présence de chaque symptôme n'est pas requise pour un diagnostic spécifique
- pas de symptôme pathognomonique permettant d'établir le diagnostic avec certitude



Quelques-uns des problèmes de l'approche catégorielle

- Nombre important de comorbidités
- Hétérogénéité des catégories diagnostiques
- Recours fréquent aux catégories « non spécifiées »



Trop de comorbidités : Les catégories sont-elles pertinentes?

- Seuls 55% des patients reçoivent un diagnostic unique
- 23% reçoivent trois diagnostics ou plus
(Kessler et al., 2005)
- Comorbidités non aléatoires. Associations régulières de troubles (co-occurrences)
(Clark et al, 1995).

Trop de comorbidités : Les catégories sont-elles pertinentes?

- La séparation en entités distinctes est-elle artificielle?
- Ensembles syndromiques plus larges?
- Processus psychologiques sous-jacents communs?

Un même diagnostic pour des tableaux cliniques très différents

- Un diagnostic = un ensemble de symptômes, dont tous ne sont pas nécessaires pour le diagnostic (TAG: 3/6, Trble perso. Schizoïde: 3/7)
- Grand nombre de combinaisons de symptômes = grande diversité au sein d'une même catégorie diagnostique
(par ex: 20 combinaisons possibles dans le TAG).

Un même diagnostic pour des tableaux cliniques très différents

- Deux patients recevant le même diagnostic peuvent n'avoir aucun symptôme en commun.
- Sévérité et pronostic variés pour des patients recevant un diagnostic identique
- limite la portée des recherches, complique le choix des orientations thérapeutiques

(Krueger & Bezdjian, 2009)

Trop de patients n'entrent pas dans une catégorie

- Recours fréquent aux NOS (Not otherwise specified)
- 53% de NOS dans les troubles anxieux (Stein, 2006)
- >50% dans les troubles de personnalité (Verheul & Widiger, 2004; Widiger et Trull, 2007)



Trop de patients n'entrent pas dans une catégorie

- Ajout de nouvelles catégories, afin de combler les manques = Augmentation constante du nombre de catégories.
- Sans découverte de nouvelles maladies, lésions ou agents pathogènes



L'approche catégorielle se veut a-théorique

- Aucune hypothèse théorique concernant l'étiologie des troubles: modèle a-théorique
- Modèle médical: les symptômes sont l'expression d'un trouble ou d'une maladie sous-jacente
- Aucune étiopathogénie mise en évidence au cours des quarante dernières années, , quel que soit le trouble considéré

(Widiger & Samuel, 2005)

L'approche fonctionnelle cherche à isoler des processus psychologiques

- Sortir d'une évaluation topographique pour rechercher des processus psychologiques
- Des processus communs peuvent s'exprimer dans des troubles en apparence différents
- Une même catégorie de troubles peut regrouper des processus identiques



L'approche fonctionnelle cherche à isoler des processus psychologiques

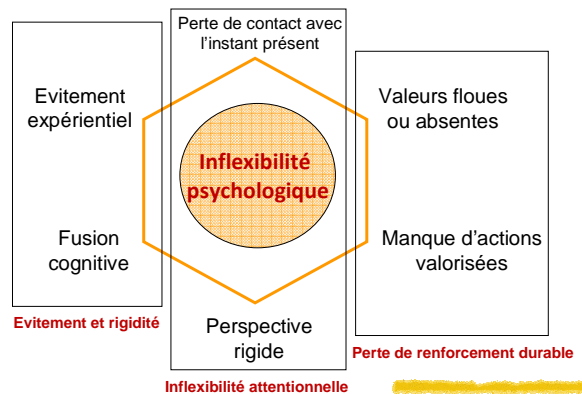
L'approche fonctionnelle se centre sur la flexibilité psychologique et sur les processus qui la contraignent.

L'exemple de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)



- Mouvement des TCC contextuelles
- Cible la flexibilité vs l'inflexibilité psychologique
- S'organise autour de 6 processus fonctionnels

Les processus de l'inflexibilité psychologique

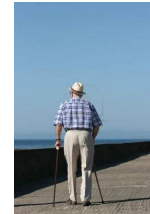


Derrière la souffrance se trouve une perte de contact avec les valeurs



- Difficultés à identifier ce qui compte pour soi.
- Valeurs limitées aux buts à court terme.
- Valeurs sous pression sociale excessive.

Pas de satisfaction sans action!



- Peu ou pas d'actions valorisées
- Manque de connexion entre les actions et les valeurs

Les expériences psychologiques se mettent en travers des actions valorisées



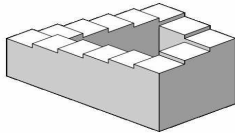
- Emotions et sensations douloureuses
- Pensées-barrière

La réponse spontanée: l'évitement expérientiel

- Tendance à éviter les expériences psychologiques douloureuses
 - Renforcement négatif à court terme
 - Suivi de règles (« *Pense à autre chose...* » « *Contrôle tes émotions !* »)

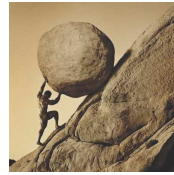


Les limites de l'évitement expérientiel

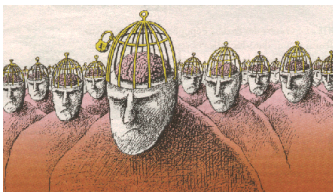


- Fonctionne a court terme mais pas a long terme
- Effet rebond
- Monopolisation des ressources comportementales

Persistence en pure perte dans des stratégies inefficaces



La fusion cognitive nous rend rigides



Agir en fonction de ses pensées comme si elles étaient toujours vraies, même quand cela n'est pas utile.

« Je ne peux pas... », « Je dois... », « Je ne serai jamais capable de... »

Perte de contact avec l'instant présent



- Ruminations, inquiétudes, focalisation sur des douleurs physiques ou hallucinations

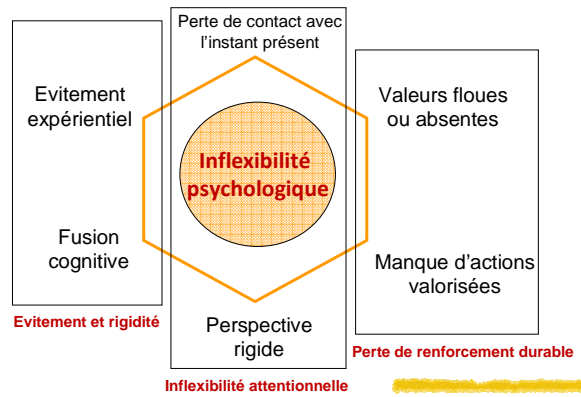
➤ Perte de contact avec les valeurs

Perspective rigide



Difficulté à percevoir la différence entre soi et les expériences psychologiques

Les processus de l'inflexibilité psychologique



Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- L'évitement expérientiel: l'AAQ-II
 - « Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir »
 - « Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie »

Bond et al. 2011; version française: Monestes et al., 2009

Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- La fusion: CFQ
 - « Je me dis que je ne devrais pas penser comme je pense »
 - « Je crois que mes pensées doivent changer avant de pouvoir vivre une vie heureuse »

Dempster et al., 2009; version française: Monestes et al., 2011

Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- La perte de contact avec l'instant présent: MAAS
 - « J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent»
 - « Il me semble que je fonctionne en mode automatique sans être très conscient(e) de ce que je fais. »

Brown & Ryan, 2003; version française: Jermann et al., 2009

Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- Perspective rigide: Sous-échelle de l'IRI
 - « Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes ami(e)s en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue»

Davis, 1983 ; version française : Guttman et Laporte, 2000

Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- Valeurs et actions: VLQ
 - 10 domaines de vie

| Domaine | | Pas du tout important | | | | | Extrêmement important | | | | |
|---------|--|-----------------------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|----|
| 1. | Relations familiales (autres que mariage et parentalité) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. | Mariage/couple/relations intimes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. | Parentalité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. | Amitié/relations sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Wilson et al., 2010; version française : Monestes et al, 2011

Mesurer les processus de la flexibilité psychologique

- Valeurs et actions: VLQ
 - Adéquation entre actions et valeurs

| Domaine | | Pas du tout en accord | | | | | Totalemment en accord | | | | |
|---------|--|-----------------------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|----|
| 1. | Relations familiales (autres que mariage et parentalité) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. | Mariage/couple/relations intimes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. | Parentalité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. | Amitié/relations sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Wilson et al., 2010; version française : Monestes et al, 2011

Evaluer l'approche fonctionnelle

- 130 patients reçus pour risque suicidaire ou passage à l'acte
- Diagnostique par un clinicien (CIM-X)
- SCID (Structured Clinical Interview for DSM)
- BDI-II
- Echelles de mesure de l'approche fonctionnelle

Echelles de mesure de l'approche fonctionnelle

- AAQ-II: évitement psychologique
- CFQ13: fusion cognitive
- MAAS: conscience de l'instant présent
- Sous échelle « prise de perspective » de l'Interpersonal Reactivity Index (IRI): capacité à adopter le point de vue de l'autre.
- VLQ: capacité à définir ce qui fait sens, adéquation des comportements avec les domaines de l'existence jugés importants

Répartition fonctionnelle selon les troubles de personnalité

| | AAQ-2 | CFQ13 | MAAS | VLQ | IRI |
|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Évitante | + t(128)=-5.14** | + t(127)=-5.40** | - t(128)=-3.61** | - t(128)=-2.04* | - t(128)=1.58NS |
| Dépendante | + t(128)=-2.13* | + t(127)=-2.37* | - t(128)=3.15** | - t(128)=1.07NS | - t(128)=2.49* |
| Obsessionnelle | + t(128)=-2.72** | + t(127)=-2.41* | - t(128)=2.95** | + t(128)=.51NS | - t(128)=2.00* |
| Passive-agress | + t(128)=-2.23* | + t(127)=-3.05** | - t(128)=1.64NS | - t(128)=-2.52* | - t(128)=2.40* |
| Dépressive | + t(128)=-7.61** | + t(127)=-7.41** | - t(128)=6.23** | - t(128)=1.81NS | - t(128)=3.19** |
| Paranoïaque | + t(128)=-3.90** | + t(127)=-3.11** | - t(128)=4.35** | - t(128)=-4.4NS | - t(128)=-2.00* |
| Schizotyp | + t(128)=-2.71** | + t(127)=-3.14** | - t(128)=-3.65** | - t(128)=-2.21* | - t(128)=1.69NS |
| Schizoïde | + t(128)=-.70NS | + t(127)=-.54NS | + t(128)=.87NS | + t(128)=-1.60NS | + t(128)=-.73NS |
| Histrionique | + t(128)=-.07NS | + t(127)=-.05NS | + t(128)=-.91NS | + t(128)=1.61NS | + t(128)=-.30NS |
| Narcissique | + t(128)=-2.50* | + t(127)=-.73NS | + t(128)=2.06* | - t(128)=-.88NS | - t(128)=3.25** |
| Borderline | + t(128)=-6.45** | + t(127)=-5.18** | - t(128)=3.90** | - t(128)=-2.52* | - t(128)=3.30** |
| Antisociale | + t(128)=-2.04* | + t(127)=-2.34* | - t(128)=1.72NS | - t(128)=3.20** | - t(128)=1.33NS |

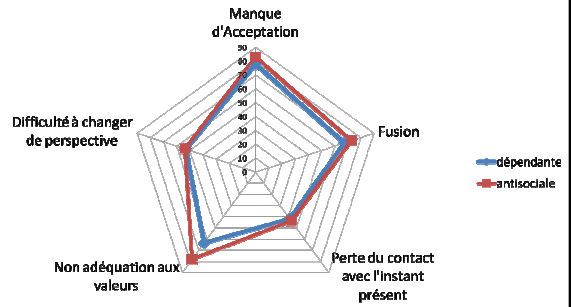
Répartition fonctionnelle selon les troubles de personnalité

| | AAQ-2 | CFQ13 | MAAS | VLQ | IRI |
|-------------------|-------|-------|------|-----|-----|
| Évitante | + | + | - | - | NS |
| Dépendante | + | + | - | NS | - |
| Obsessionnelle | + | + | - | NS | - |
| Passive-agressive | + | + | NS | - | - |
| Dépressive | + | + | - | NS | - |
| Paranoïaque | + | + | - | NS | - |
| Schizotyp | + | + | - | - | NS |
| Schizoïde | NS | NS | NS | NS | NS |
| Histrionique | NS | NS | NS | NS | NS |
| Narcissique | + | NS | - | NS | - |
| Borderline | + | + | - | - | - |
| Antisociale | + | + | NS | - | NS |

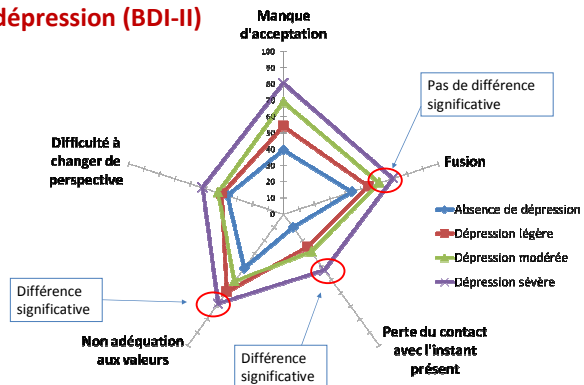
Répartition fonctionnelle selon les troubles de personnalité

| | AAQ-2 | CFQ13 | MAAS | VLQ | IRI |
|-------------------|-------|-------|------|-----|-----|
| Évitante | + | + | - | - | NS |
| Dépendante | + | + | - | NS | - |
| Obsessionnelle | + | + | - | NS | - |
| Passive-agressive | + | + | NS | - | - |
| Dépressive | + | + | - | NS | - |
| Paranoïaque | + | + | - | NS | - |
| Schizotype | + | + | - | - | NS |
| Schizoïde | NS | NS | NS | NS | NS |
| Histrionique | NS | NS | NS | NS | NS |
| Narcissique | + | NS | - | NS | - |
| Borderline | + | + | - | - | - |
| Antisociale | + | + | NS | - | NS |

Répartition fonctionnelle selon les troubles de personnalité



Répartition fonctionnelle selon la sévérité de la dépression (BDI-II)



Conclusion: quelles utilisations pour l'approche fonctionnelle?

L'approche fonctionnelle en clinique permet d'orienter les choix thérapeutiques

- Déterminer les processus psychologiques à cibler de façon privilégiée
(i.e. un diagnostic fonctionnel: l'impact sur les valeurs)
- Une évaluation quantitative des progrès accomplis.

En recherche : Evaluer les thérapies est utile pour sélectionner celles qui sont efficaces.



Etudier les processus permet de comprendre comment les thérapies fonctionnent et de les améliorer.



Quelques exemples dans l'ACT...

- La plupart des essais contrôlés de l'ACT incluent des mesures de processus.
- 50% de l'amélioration peut être expliquée par une évolution du niveau de flexibilité psychologique.

Voir Hayes et al. 2011

Quelques exemples dans l'ACT...

- Douleur chronique (Wicksell et al. 2011)
 - Amélioration dépend de l'évolution de la flexibilité psychologique.
- Troubles psychotiques (Gaudio et al. 2011)
 - L'impact des hallucinations dépend de l'adhésion à celles-ci et non de leur fréquence (fusion)

Voir Hayes et al. 2011

Quelques exemples dans l'ACT...

- Dépression (Zettle et al. 2011)
 - Amélioration dépend de l'adhésion aux pensées dépressives et non de leur intensité (fusion)
- Arrêt du tabac (Gifford et al. 2004)
 - Amélioration dépend du niveau de flexibilité psychologique en post traitement.

Voir Hayes et al. 2011

L'approche fonctionnelle en recherche permet de tester des hypothèses étiopathogéniques

- Recherche des processus psychologiques, qui conduisent à saisir le développement des troubles et leur maintien
- Etude des processus psychologiques pour affiner les méthodes permettant de les modifier

L'avenir de l'approche fonctionnelle (et de l'approche catégorielle!)

- Affiner les échelles de mesure
- Découvrir d'autres processus psychologiques impliqués dans les troubles
- Quid de l'imbrication avec l'approche catégorielle?
Complémentaires? Mutuellement exclusives?

Une autre approche de la santé mentale: la flexibilité psychologique

Merci de votre attention...


16 mars 2012
Bordeaux

Jean-Louis Monestès
Ph.D.
Pôle de santé mentale
CHU de la Réunion

Matthieu Villatte
Ph.D.
Université de Lafayette
Louisiane