

**L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques :  
une approche psychologique intégrée**

François Nef & Pierre Philippot

Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain

Lesley Verhofstadt

Faculté de Psychologie, Université de Gand

Notes des auteurs:

Les auteurs tiennent à remercier l'équipe des Consultations Psychologiques Spécialisées de l'Université catholique de Louvain pour leurs commentaires sur une version antérieure de cet article. Toute correspondance concernant cette publication peut être adressée à François Nef ou Pierre Philippot, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université de Louvain, place du Cardinal Mercier, 10, B- 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique. Le courrier électronique peut être envoyé via Internet à [francois.nef@uclouvain.be](mailto:francois.nef@uclouvain.be) et à [pierre.philippot@uclouvain.be](mailto:pierre.philippot@uclouvain.be).

## Résumé

Des traitements validés empiriquement sont maintenant proposés pour la plupart des troubles mentaux. Cette approche clinique, fondée sur les diagnostics psychiatriques et des protocoles thérapeutiques standardisés (« approche diagnostique catégorielle »), a cependant ses limites. Une approche récente relance le débat sur la compréhension des troubles psychologiques et leurs traitements. Il s'agit de l'approche processuelle, qui explique les phénomènes psychopathologiques par des processus psychologiques et rend compte de la comorbidité par des facteurs explicatifs communs. La base épistémologique –le « modèle des troubles mentaux par médiation psychologique »- de l'approche processuelle est présentée. Ses avantages et limites sont exposés, en particulier le pouvoir explicatif du modèle en matière de comorbidité, son pouvoir intégratif des modèles individuels et interpersonnels des problèmes psychologiques ainsi que son pouvoir thérapeutique d'éclectisme. Une nomenclature des processus psychologiques est proposée. Les interventions cliniques de cette approche sont esquissées à travers une vignette clinique.

**Mots-clés :** Approche processuelle, diagnostics psychiatriques, conceptualisation de cas, processus psychologiques, comorbidité, troubles atypiques, principes de changement, enseignement de la psychothérapie

## Abstract

Empirically validated treatments are now proposed for most psychological disorders. This clinical approach, grounded on psychiatric diagnosis and standardized treatment protocols (“categorical diagnosis approach”), bares some limitations. An alternative perspective is presently challenging the understanding of psychological disorders and their treatments. It is the processual approach that explains psychopathological phenomena through psychological processes and accounts for comorbidity through common etiological factors. The epistemological basis –“psychologically mediated model of mental disorders”—of the processual approach is presented. Its advantages and limitations are discussed, in particular its explanatory power of comorbidity, its capacity of integrating individual and interpersonal approaches of psychological disorders, and well as its therapeutic eclecticism. A categorization of psychological processes is proposed. Clinical interventions are outlined through clinical vignettes.

**Key words**

Processual approach, psychiatric diagnosis, case conceptualisation, psychological process, comorbidity, atypical disorders, principles of change, psychotherapy training.

## **L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée**

Depuis une vingtaine d'années, des chercheurs et praticiens chercheurs en psychopathologie se sont intéressés non seulement aux processus psychologiques spécifiques à chaque trouble mental mais aussi aux processus comportementaux, cognitifs, émotionnels et relationnels communs à divers troubles. Ces troubles peuvent appartenir a priori à la même classe diagnostique (par exemple, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires,...) ou pas (par exemple, la comparaison des processus dans les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, les troubles du sommeil).

Ces études montrent que des processus communs sont partagés par différents troubles et qu'ils peuvent contribuer de façon causale au développement et/ou au maintien des symptômes observés<sup>1</sup>. L'approche processuelle qui en résulte postule que les troubles mentaux résultent de processus psychologiques –essentiellement cognitifs, émotionnels et comportementaux- et que différents troubles peuvent être sous-tendus par des processus psychologiques communs (Harvey et al., 2004).

Ainsi, on observe couramment que différents troubles d'une même catégorie diagnostique partagent des signes cliniques identiques et des processus psychologiques similaires. Par exemple, les troubles anxieux se caractérisent tous par (1) une évaluation des stimuli (internes et/ou externes) en termes de dangers, plus ou moins imprévisibles et incontrôlables, menaçant l'intégrité physique et/ou psychologique de l'individu, (2) un hyperéveil physiologique, (3) une tendance à l'évitement. Plusieurs mécanismes psychologiques communs peuvent rendre compte de ces manifestations anxieuses : des biais évaluatifs, des difficultés de régulation émotionnelle, des évitements émotionnels et des comportements congruents avec l'émotion perturbée (Clark, 1999 ; Moses et Barlow, 2006<sup>2</sup>). Ces mécanismes pourraient d'ailleurs opérer comme facteurs de maintien pour tous les troubles émotionnels, tant de l'anxiété que de l'humeur, ainsi que pour les problèmes de dépendance et d'abus de substance ou encore pour les troubles des conduites alimentaires (Barlow, Allen et Choate, 2004).

---

<sup>1</sup> La plupart des processus identifiés sont considérés comme des facteurs de maintien. Certains sont considérés comme facteurs de développement et de maintien. Par exemple, dans la boulimie, l'insatisfaction corporelle est à la fois un facteur de développement et un facteur de maintien (Nef, 2006).

<sup>2</sup> Partant de cette analyse, Barlow et al. (2004) proposent un « traitement unifié » des troubles émotionnels en cinq modules : (1) psychoéducation sur les émotions normales et pathologiques et le traitement de ces dernières; (2) pleine conscience des émotions ; (3) réévaluation cognitive des événements émotionnels ; (4) modifications des « comportements dirigés par les émotions » (les tendances à l'action activées par les émotions) ; (5) exposition aux émotions aversives.

## I. L'approche diagnostique catégorielle

### I.1. Historique et épistémologie des thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Pour comprendre comment on en est arrivé à cette approche, il est judicieux de faire un retour sur l'évolution des TCC, en particulier sur les bases épistémiques de ces dernières.

La thérapie comportementale est issue de l'application des lois de l'apprentissage aux problèmes psychologiques- émotionnels et comportementaux- au moyen de méthodes de modification du comportement. Elle s'est longtemps reposée sur les seuls principes des conditionnements classique et opérant avant d'intégrer les apports de la psychologie cognitive naissante. Actuellement, elle s'oriente vers une science psychologique appliquée, fondée sur la psychologie des émotions et la psychopathologie cognitive<sup>3</sup>.

L'histoire des TCC montre un glissement d'une approche idiosyncrasique, basée sur une analyse du comportement et des interventions individualisées, vers une approche catégorielle, fondée sur un diagnostic psychiatrique et un traitement standardisé. Cette mutation s'est opérée avec l'apparition de systèmes nosographiques internationaux (DSM ou CIM).

Grâce à une meilleure définition et validation des troubles mentaux, des modèles explicatifs ont été proposés pour la plupart des troubles mentaux répertoriés. Ces modèles cognitivo-comportementaux postulent des facteurs de développement et de maintien spécifiques à chaque trouble. Ils mettent en évidence des facteurs étiologiques spécifiques qui distinguent une population clinique donnée de la population normale et d'autres populations cliniques. Cette approche a produit des interventions bien différenciées pour chaque trouble. Par exemple, le modèle cognitif du Trouble panique considère la catastrophisation des sensations corporelles comme le facteur étiologique central du trouble et suggère des procédures thérapeutiques comme la psycho-éducation et la restructuration cognitive pour corriger les croyances irrationnelles et l'exposition -intéroceptive et situationnelle- comme méthode de test d'hypothèses et d'extinction des réponses émotionnelles conditionnées (Clark, 1986).

Ce mouvement des « psychothérapies validées empiriquement » a marqué un tournant décisif en santé mentale. Il a donné lieu à des protocoles de traitement pour de nombreux troubles mentaux du DSM. Ancré dans une conception bio-psycho-sociale, il s'inspire du modèle médical qui diagnostique un syndrome à partir de symptômes, puis propose un

---

<sup>3</sup> Cette dernière utilise les méthodes et concepts de la psychologie cognitive moderne pour étudier les dysfonctionnements cognitifs qui accompagnent les états psychopathologiques en tant que facteurs de développement, de maintien et de récurrence de ces états (Van der Linden et Ceshi, 2008, p. 9).

remède réputé efficace d'après des études contrôlées randomisées (Barlow, 2004). Avec une telle méthodologie, les raisons du succès thérapeutique ne sont pas clairement établies, ce qui ne pose guère de problèmes dans la mesure où la priorité est l'efficacité thérapeutique. Aussi pragmatique et efficace que soit cette démarche, elle est peu heuristique dans la mesure où elle ne donne pas de modèle explicatif du trouble, ni de l'efficacité des interventions (Salkovskis, 2002)<sup>4</sup>.

En psychologie clinique, les modèles d'intervention clinique ne devraient pas seulement faire la preuve de leur efficacité dans des essais cliniques contrôlés (« efficacy ») et sur le terrain avec des populations cliniques variées (« effectiveness »). Ils devraient aussi s'appuyer sur des théories explicatives fondées empiriquement. Ces théories sont censées expliquer la nature et le fonctionnement des comportements problématiques et inspirer des interventions cliniques théoriquement fondées. Les interventions thérapeutiques devraient agir directement sur les processus psychologiques en jeu dans l'étiopathogenèse des problèmes traités. Elles doivent spécifier en quoi et comment elles modifient ces processus et apportent par là une amélioration symptomatique. Bien sûr, elles n'excluent nullement l'intervention d'autres variables explicatives possibles –des facteurs thérapeutiques non spécifiques- comme la qualité de l'alliance thérapeutique, la crédibilité pour le client du traitement proposé, l'allégeance du thérapeute à son modèle ou encore la cohésion du groupe en cas de thérapie de groupe (Philippot et Van Broeck, 2006 ; Wampold, 2001).

La Figure 1, adaptée de Salkovskis (2002), illustre ce point. Elle montre que les interventions cliniques peuvent être guidées par (a) les théories psychologiques, (b) les recherches sur l'efficacité des thérapies et (c) les connaissances issues de l'expérimentation en psychologie ou dans des sciences apparentées. Néanmoins, Salkovskis privilégie la théorie et l'expérimentation comme bases de la pratique clinique. Il met en garde contre l'adoption d'une psychothérapie basée uniquement sur une liste de traitements qui auraient fait la preuve de leur efficacité. Il défend l'idée d'interventions cliniques théoriquement fondées, pour les distinguer de thérapies génériques dont les bases scientifiques manquent (Barlow, 2004). Il met en avant un modèle multidimensionnel de la science clinique, rejoignant le modèle du « praticien-chercheur ».

---

<sup>4</sup> On pourrait objecter que ces critiques ne concernent que les traitements médicamenteux des troubles mentaux mais pas les traitements cognitivo-comportementaux basés sur des modèles théoriques éprouvés. Néanmoins, il faut rappeler que des résultats thérapeutiques favorables obtenus dans des études contrôlées ne constituent pas une preuve de la validité des théories dont s'inspirent les traitements. Par ailleurs, il n'est pas toujours aisé d'attribuer ces résultats à la modification des facteurs étiopathogéniques spécifiés par les modèles (Dudley, Kuyken et Padesky, 2010). Ainsi, la thérapie cognitive de la dépression pourrait produire ses effets pour d'autres raisons que celles postulées par l'hypothèse de la médiation cognitive (Teasdale, Segal et Williams, 1995).

Insérer ici la Figure 1

Titre : Les sources de validation scientifique des interventions cliniques (d'après Salkovskis, 2002)

### I.2. Les limites de l'approche diagnostique catégorielle

Cette approche psychothérapeutique classique comporte plusieurs limites (voir Dudley, Kuyken, & Padesky (2010) pour une discussion détaillée). Premièrement, elle se fonde sur la notion de « diagnostic psychiatrique » en tant qu'entité nosologique valide. Pourtant, ce diagnostic est le résultat d'un consensus entre « experts ». Ces derniers s'accordent sur les caractéristiques définitoires d'un « trouble mental ». L'histoire récente des nomenclatures diagnostiques montre que ces consensus varient rapidement dans le temps et qu'ils sont sensibles aux aspects culturels et politiques des soins de santé.

Deuxièmement, nombre de situations cliniques rencontrées ne rentrent pas dans les catégories nosographiques habituelles. Elles se retrouvent plutôt dans la catégorie résiduelle des « troubles non spécifiés » ou « troubles atypiques » -faute de posséder toutes les caractéristiques définitoires d'un trouble donné- ou dans la section « Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique » du DSM, par exemple des situations de deuil ou de harcèlement moral au travail.

Troisièmement, le diagnostic psychiatrique fait l'impasse sur les caractéristiques individuelles des personnes souffrant d'un même trouble (la « phénoménologie des cas »). Il cherche à regrouper dans une catégorie unique plusieurs réalités cliniques distinctes. Par exemple, il est possible de présenter un « état dépressif majeur » (une « dépression clinique ») suite à des événements aussi différents que des conflits interpersonnels, des pertes affectives, un isolement social, des difficultés d'adaptation. Autrement dit, une dépression n'est pas l'autre ou plutôt une personne déprimée n'est pas l'autre.

Quatrièmement, le diagnostic psychiatrique se veut athéorique. Il n'explique pas les mécanismes ou processus psychologiques (ou autres) en œuvre dans l'apparition et la perpétuation des troubles décrits. Par exemple, la dépression peut s'expliquer par des processus psychologiques aussi différents qu'une perte de renforcements positifs (contacts sociaux, valorisation par le travail, ...), une accumulation d'événements aversifs (conflits, pertes, ...), une inversion du cycle veille-sommeil, des ruminations mentales autocentrées, des déficits de capacités de résolution de problème, des déficits interpersonnels (manque d'assertivité, solitude), un sentiment d'impuissance ou d'inefficacité personnelle, une vision

négative de soi/des autres/de l'avenir, des attributions causales dépressogènes,... Chacun de ces facteurs étiologiques appellent des interventions thérapeutiques différentes. Ainsi, le diagnostic psychiatrique n'a pas de pouvoir explicatif sur le fonctionnement du trouble décrit et il n'informe pas sur la/les procédure(s) à mettre en place pour soigner la personne.

Cinquièmement, le diagnostic psychiatrique rend mal compte de la comorbidité, qui est la règle plutôt que l'exception en psychopathologie (Barlow, 2004). Dans l'approche classique, qui apparie des troubles mentaux à des protocoles thérapeutiques, on trouve des personnes cumulant des diagnostics de l'axe I aussi divers que « Etat dépressif majeur », « Trouble Anxiété Généralisée », « Etat de stress post-traumatique », « Abus d'une substance », accompagnés de diagnostics de l'axe II comme « Trouble de la personnalité évitante » et « Trouble de la personnalité dépendante ».

En résumé, le diagnostic psychiatrique a peu d'utilité pratique pour le psychologue clinicien (Fairburn, 2008). Il ne renseigne pas sur les processus psychologiques impliqués dans les troubles et ne permet pas de guider ses interventions thérapeutiques. Il préconise l'adoption d'un protocole de traitement unique pour toutes les personnes qui partagent le même trouble. En particulier, se pose la question du plan thérapeutique en cas de troubles comorbides ou de troubles atypiques. Quel(s) protocole(s) proposer ? Faut-il appliquer autant de protocoles que de troubles diagnostiqués ? Dans quel ordre d'application ? Avec quel(s) résultat(s) attendu(s) ? Comment comprendre les résultats obtenus ?

### I.3. La conceptualisation de cas : une alternative/un complément au diagnostic psychiatrique et une base heuristique pour les interventions thérapeutiques

A côté des « diagnostics psychiatriques structurels » existent des « diagnostics psychologiques fonctionnels » -des « théories holistiques » et/ou des « analyses fonctionnelles »- appelés communément des « conceptualisations/formulations de cas » (Dudley et al., 2010 ; Carr, 2006 ; Ylief et Fontaine, 2006 ; Virues Ortega & Haynes, 2005 ; Persons, 2005, 2008). Ils évitent les écueils de l'approche diagnostique catégorielle.

La conceptualisation de cas est une modélisation psychologique servant à expliquer et à prédire chez un individu (ou un couple, une famille, un groupe) les conditions d'apparition et de maintien des problèmes psychologiques<sup>5</sup>. Elle permet de définir des buts spécifiques pour changer des comportements (par exemple, l'extinction d'une réponse émotionnelle

---

<sup>5</sup> Par « problème psychologique », nous entendons tous les aspects d'un comportement-problématique, à savoir non seulement ses dimensions comportementales mais aussi ses dimensions cognitives, émotionnelles, sensorielles et relationnelles. Ces différentes facettes sont autant de phénomènes psychologiques -individuels et interpersonnels- qui peuvent être perturbés (Persons, 1986).



conditionnée, l'apprentissage d'un nouveau comportement plus adaptatif, un contrôle attentionnel plus fonctionnel, ...), des croyances ainsi que les facteurs contextuels et historiques qui maintiennent une situation dysfonctionnelle. Cette base permet- l'élaboration d'interventions psychologiques adaptées (par exemple, l'exposition à la peur, le modeling comportemental, le réentraînement attentionnel, la modification du système de croyances, le changement des contingences du contexte, ...).

La conceptualisation de cas identifie les variables explicatives -les variables indépendantes/causales, variables médiatrices et variables modératrices- impliquées dans les comportements problématiques (variables dépendantes) d'un individu, d'un couple, ou d'une famille dans son contexte de vie, actuel et passé (Virues Ortega & Haynes, 2005). Pour notre part, nous tentons d'opérationnaliser ces facteurs explicatifs en termes de processus psychologiques (Harvey et al., 2004 ; Kinderman, 2009 ; Philippot et Hermans, 2006 ; Yiend, 2004). Aborder la conceptualisation de cas dans cette perspective implique d'opter pour un modèle général des troubles mentaux qui s'écarte du modèle nosologique/diagnostique traditionnel et qui met à l'avant les processus étiologiques. A cette fin, le modèle proposé par Kindermann (2009) nous semble tout à fait indiqué.

## **II. L'approche processuelle**

### II.1. Le modèle des troubles mentaux par médiation psychologique comme base épistémique de l'approche processuelle

Le modèle psychologique de Kinderman (2005, 2007, 2009) offre un cadre général pour une approche nouvelle de la psychopathologie. Il s'agit d'un modèle de la santé mentale par processus psychologiques. Selon ce modèle, les problèmes de santé mentale (« les problèmes psychologiques/psychiatriques») sont médiés par des processus psychologiques, eux-mêmes influencés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux et des circonstances de vie (événements de vie, histoire des apprentissages). Précisons que ce modèle ne conçoit pas les problèmes psychologiques ou psychiatriques comme résultant de processus en soi anormaux mais bien comme déterminés par des perturbations de processus psychologiques normaux (Kinderman et Tai, 2007).

Dans ce modèle, les processus psychologiques ont un réel rôle de médiation -et non seulement de modération- entre les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels d'une part et les problèmes psychologiques d'autre part. Par exemple, les dérèglements en neurotransmetteurs observés dans la dépression modifient des processus psychologiques comme l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, la motivation,... qui déterminent

les comportements et affects dépressifs (Kinderman, 2009, p. 466). De même, un stress environnemental élevé, une histoire familiale de dépression ou un réseau déficitaire de support social peuvent favoriser un sentiment d'impuissance –un processus psychologique- qui lui-même peut conduire à un état dépressif. Le modèle de Kinderman ne nie pas que des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels jouent un rôle contributif dans les troubles mais leur accordent un statut de « causes distales » agissant sur des processus psychologiques comme « causes proximales ».

A la différence, le modèle bio-psycho-social des troubles mentaux accorde juste un rôle secondaire aux variables psychologiques, tantôt en reconnaissant une contribution plus ou moins égale entre les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, tantôt en affirmant un rôle prépondérant des déterminants biologiques par rapport aux autres.

Une limite du modèle processuel est de ne proposer ni nomenclature des processus, ni méthodes pour les identifier. Nous avons tenté de relever ce défi en nous basant sur les processus documentés dans la littérature empirique (par exemple, Harvey et al., 2004 ; Van der Linden et Ceshi, 2008 ; Philippot, 2011). Nous exposons ci-dessous ceux que nous avons retenus.

Nous avons également révisé le modèle de Kinderman pour y inclure des processus interindividuels en interaction avec les processus individuels. Les deux types de processus ont les mêmes déterminants (biologiques, sociaux et circonstanciels). Ils s'influencent mutuellement et leur interaction permet de rendre compte des troubles mentaux (Figure 2). Dans cette version révisée du modèle de Kinderman, nous avons également inclus les conséquences des problèmes psychologiques. Ces conséquences, qui peuvent être à court terme ou à long terme, peuvent influencer le maintien des problèmes psychologiques ou des circonstances qui les suscitent. Par exemple, une prise régulière de cocaïne peut entraîner à terme des problèmes de santé, de pauvreté et de criminalité. Ces problèmes secondaires fragilisent davantage la personne et peuvent favoriser son addiction.

Insérer ici la Figure 2

Titre : Le modèle révisé de Kinderman

## II.2. L'approche transdiagnostique des TCA comme prototype de l'approche processuelle

Illustrons l'approche processuelle par l'exemple des troubles des conduites alimentaires (TCA). Des troubles a priori distincts comme l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique présentent des phénomènes psychologiques communs comme une

estime de soi fortement déterminée par l'image du corps et le contrôle alimentaire, de la restriction alimentaire, des crises de boulimie,... De plus, on observe fréquemment au cours du temps des passages d'un trouble à l'autre, comme une transition d'un tableau d'un trouble alimentaire sous-clinique vers une anorexie mentale, puis un passage de celle-ci vers une boulimie, puis une évolution de cette dernière vers un trouble alimentaire atypique. Par ailleurs, la plupart des cas de TCA sont des cas atypiques (ni anorexie mentale, ni boulimie). Enfin, des traitements grosso modo identiques sont efficaces pour les différents TCA.

De ces observations est née l'approche transdiagnostique des TCA. Celle-ci postule que (1) des signes cliniques identiques s'observent dans les différents TCA, (2) des mécanismes/processus psychologiques communs expliquent ces signes cliniques identiques - en particulier l'évaluation de son identité et sa valeur personnelle par l'apparence physique et le contrôle alimentaire-, (3) des actions thérapeutiques similaires peuvent traiter efficacement les différentes formes de TCA<sup>6</sup>.

Les travaux de Christopher Fairburn (2008) appuient cette position. Ils font l'impasse sur la question du diagnostic formel, en se centrant sur les signes cliniques<sup>7</sup> (restriction alimentaire, crise de boulimie, purges, hyperactivité physique, ...) et les processus sous-jacents. L'approche transdiagnostique des TCA utilise un modèle explicatif et un protocole thérapeutique unifiés pour tous les TCA, typiques et atypiques, quel que soit l'âge des individus. Elle s'adapte suivant les symptômes et processus propres à chaque individu. Par exemple, elle ajoute aux modules thérapeutiques de base (évaluation de soi par le corps, restriction alimentaire, alimentation émotionnelle) des modules thérapeutiques plus spécifiques suivant les caractéristiques propres de chaque individu (perfectionnisme clinique, faible estime de soi fondamentale, problèmes interpersonnels).

Pour poursuivre l'exemple des TCA, des modèles explicatifs récents soulignent l'intrication de dimensions individuelles et interpersonnelles dans l'apparition et la perpétuation de ces troubles (voir le modèle cognitivo-interpersonnel de l'anorexie mentale de Schmidt et Treasure, 2006 ou encore la thérapie cognitive intégrative de la boulimie de Wonderlich et al., 2001). Dans ce cadre, une approche transdiagnostique basée sur la famille

---

<sup>6</sup> En dépit de la similitude de signes cliniques entre les TCA et de processus étiologiques communs, les TCA présentent une phénoménologie différente d'un trouble à l'autre. Cette question de la différence de forme entre les troubles sera abordée plus loin dans l'article, à la rubrique : « Les limites de l'approche transdiagnostique processuelle ».

<sup>7</sup> Cette approche centrée sur les signes cliniques ou phénomènes psychologiques plutôt que sur les syndromes ou diagnostics psychiatriques présentent de nombreux avantages comme l'étude approfondie de phénomènes qui s'observent chez des individus normaux et des individus pathologiques, souffrant de troubles divers. (voir Persons, 1986 pour découvrir ces avantages). Par exemple, le phénomène d'intrusion mentale peut être étudié en tant que tel chez de nombreux sujets, tant normaux que pathologiques (ESPT, TOC, TAG, dépression, ...).

a vu récemment le jour pour traiter les adolescentes souffrant d'un TCA (Lock, 2004 ;Loeb et al., sous presse). Cette approche ne considère pas le TCA comme l'expression d'un dysfonctionnement familial fondamental. Elle utilise les proches comme les principales ressources thérapeutiques. Elle est centrée sur la restauration de la santé de l'adolescente, son développement psycho-social et l'harmonie familiale. Elle tente d'interrompre les facteurs de maintien des TCA à un niveau familial (le secret, le blâme, la peur de l'action, la confusion entre la personne malade et la maladie ainsi que des réactions parentales extrêmes) et, secondairement, à un niveau individuel (les renforcements inadaptés, les évitements expérientiels)<sup>8</sup>.

### II.3. Classification des processus psychologiques individuels et interpersonnels déterminant les problèmes psychologiques

Harvey et ses collègues (2004) définissent un processus psychologique comme « un aspect de la cognition (l'attention, la mémoire, le raisonnement, la pensée) ou du comportement (par ex., l'évitement) qui peut contribuer au maintien d'un trouble psychologique » (p. 14). Ailleurs, ils insistent sur le fait que ces processus peuvent intervenir dans le développement et/ou le maintien d'un trouble et qu'ils doivent jouer un rôle causal dans le trouble (Mansell et al., 2008, p. 185). En outre, pour être reconnus comme « transdiagnostiques », ces processus doivent avoir ce statut dans plusieurs troubles distincts.

Ces auteurs proposent un système de classification des processus transdiagnostiques, c.-à-d. des processus cognitifs et comportementaux expliquant plusieurs troubles psychologiques. Cette nomenclature part des fonctions mentales communément reconnue en psychologie : dans le domaine de l'attention, l'attention sélective et l'évitement attentionnel; pour la mémoire, la mémoire sélective, les souvenirs récurrents et les souvenirs sur-généraux; pour le raisonnement, le biais d'interprétation, le biais d'attente et le raisonnement émotionnel; pour la pensée, les pensées négatives récurrentes, les métacognitions et la suppression de la pensée; pour le comportement, les comportements d'évitements et de sécurité. Ils admettent la possibilité d'y rajouter des réactions émotionnelles comme la honte ou des relations interpersonnelles comme la dominance-soumission (Mansell et al., 2008, p. 189).

---

<sup>8</sup> La « thérapie cognitive focalisée sur l'émotion » de M. Power (2010) semble prometteuse à l'avenir dans le traitement des TCA. Elle part d'un modèle multi-niveaux des émotions qui met en évidence les rôles conjoints du dégoût (de soi) et de la colère dans les TCA (Fox et Power, 2009).

A la différence de Harvey et al. (2004), nous préférons élargir la notion de processus psychologiques à tous les processus mentaux (*cognitifs* et *affectifs*) et *comportementaux*, *individuels* et *interpersonnels*, susceptibles d'expliquer l'apparition et/ou la perpétuation d'un comportement-problématique, entendu au sens large (comportements externes et internes dysfonctionnels, sources de détresse)<sup>9</sup>. Il s'agit de facteurs de maintien de nature psychologique, tels que définis par des construits psychologiques mesurables par des échelles validées et des procédures standardisées (p.ex., le test Stroop émotionnel, le paradigme de Posner modifié, l'observation de comportement-) (voir Douillez & Philippot, 2008).

Nous proposons ci-dessous une catégorisation des processus psychologiques. Cette catégorisation part d'un a priori pragmatique et fonctionnel. Cette proposition est basée sur une intégration des données de recherches, de l'expérience clinique et des modèles théoriques issus d'interventions centrées sur l'individu (TCC) et d'interventions intégratives systémiques, centrées sur le couple et la famille. Elle est présentée à titre provisoire comme une « pièce à briser ». L'établissement d'une classification se heurte en effet à plusieurs difficultés :

Premièrement, les processus peuvent être conceptualisés à différents niveaux. Par exemple, on peut considérer un phénomène à un niveau supra-ordonné comme un « évitement expérientiel », à un niveau médian comme de la « rumination », à un niveau spécifique comme une « pensée sur-générale » ou encore à un niveau plus élémentaire comme un « déficit exécutif prévenant l'élaboration spécifique de l'information émotionnelle » (Watkins, 2011).

Deuxièmement, l'identification des processus pertinents dépend de l'état des connaissances en psychologie (i.e. les modèles et les données empiriques disponibles), de la variable dépendante (i.e. quel aspect spécifique de la variable « santé mentale »), de l'unité d'analyse (individu, couple, famille, ...) et d'autres facteurs encore, comme la susceptibilité à une intervention psychologique.

Troisièmement, on peut se limiter aux processus pathogènes ou choisir d'inclure également les processus constructifs ou de protection, ce qu'on appelle communément les « ressources » matérielles et psychologiques (personnelles et interpersonnelles) du client (cf. Dudley et al., 2010).

---

<sup>9</sup> Nous insistons en particulier sur les processus émotionnels (p.ex., la régulation émotionnelle ; Kring, 2008 ; Philippot, 2011), et sur les facteurs interpersonnels (communication, gestion de conflit, support social ; Benjamin, 1996 ; Kiesler, 1996 ; Verhofstadt, De Mol, & Buysse, 2008), deux déterminants essentiels des problèmes psychologiques sous-estimés par Harvey et al. (2004).

Selon nous, des processus de deux types (intra-individuels et interpersonnels) interagissent dans la détermination des problèmes psychologiques (Philippot, Nef et Verhofstadt, 2010 ; Philippot, 2011).

Nous distinguons cinq catégories de processus psychologiques:

(1) les évitements de l'expérience émotionnelle ou « évitements expérientiels » :

- les évitements comportementaux comme les évitements physiques, les demandes de réassurance, les vérifications, les compulsions comportementales, l'utilisation de signaux de sécurité, l'hyperactivité, le perfectionnisme,...
- les évitements cognitifs comme les compulsions mentales, les ruminations mentales, la suppression/neutralisation de la pensée,...

(2) les déficits et dysfonctionnements cognitifs:

- les déficits cognitifs liés aux fonctions exécutives comme l'impulsivité, le déficit de spécificité des souvenirs autobiographiques,...
- les biais cognitifs (attentionnels, mnésiques, interprétatifs)
- les cognitions dysfonctionnelles (croyances irrationnelles sur le monde, ...).
- les métacognitions dysfonctionnelles (croyance en l'efficacité ou la dangerosité des ruminations mentales, fusion pensée-action,...)
- les styles d'attribution (interne vs externe, ...)
- les modes de traitement de l'information (analytique vs expérientiel, ...).
- les (méta)cognitions liées au Self (estime de soi, image de son corps, sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de cohérence,...)

(3) les déficits de compétence (déficits d'apprentissage, manque de compétences sociales, manque de capacités de résolution de problème, manque de capacités d'auto-contrôle,...).

(4) les processus et patterns interpersonnels.

Cette catégorie concerne les processus et difficultés interpersonnels, ainsi que les patterns comportementaux répétitifs dans les interactions avec des personnes significatives qui contribuent au développement et au maintien de la détresse et des troubles psychologiques (Carr, 2006 ; Favez, 2010 ; Scott et Robertson, 2003), par exemple:

- des patterns d'interactions symétriques en escalade (par ex. un conflit ouvert ou caché, des disputes dans le couple, ou des relations familiales qui sont un facteur central dans le maintien de la boulimie ; des modes de communication caractérisés par des affects négatifs réciproques qui prédisent la détresse relationnelle ;

l'agression par un membre de la famille qui suscite l'agression par un autre membre) ;

- des patterns d'interactions complémentaires rigides (par ex. une rigidité dans la distribution des rôles de donneur de soin/attention et de receveur de soin/attention contribue à l'inopérance dans la dépression et renforce la pensée catastrophisante et l'évitement agoraphobique dans le Trouble panique) ;
- des patterns de comportements constituant des renforcements secondaires (par ex., la recherche de réassurance réduit l'anxiété dans le TOC mais suscite la répétition de demandes de réassurance) ;
- des patterns d'interactions intriquées (par ex. du surinvestissement émotionnel, de la surprotection ou du dévouement peuvent jouer un rôle important dans le maintien de l'anorexie et de la dépression) ;
- des patterns d'interactions distantes (par ex. des interactions froides et non-soutenantes peuvent maintenir l'Etat de stress post-traumatique et les problèmes liés à l'abus d'une substance) ;
- une discipline ou une éducation incohérente ;
- des patterns d'interaction coercitifs (par ex. des tentative de contrôle ou d'influence par la persuasion verbale ou par le comportement coercitif peuvent être des déclencheur du recours à l'alcool ou à d'autres drogues ;
- des patterns d'interactions imprévisibles (par ex. des comportements parentaux incohérents jouent un rôle dans le maintien des problèmes comportementaux chez les enfants. Vivre dans un environnement désorganisé et chaotique augmente le risque de suicide).

(5) la dimension motivationnelle.

Cette catégorie inclut les buts et les valeurs poursuivis par l'individu, la dynamique des écarts entre le soi perçu et le soi désiré, etc.

Précisons que (1) ces catégories ne sont pas exhaustives; (2) les processus proposées ne sont pas exclusifs les uns des autres ; ils se recoupent en partie ; (3) des processus tant individuels qu'interindividuels peuvent s'influencer et interagir<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Pour plus de détails sur les interactions entre les processus psychologiques, voir Philippot (2011).

Illustrons ce dernier point. Les compulsions –une forme d'évitement expérientiel- sont associées à un déficit- d'inhibition, une forme de déficit cognitif (Van der Linden et al., 2005). Elles sont aussi fonction d'un schéma personnel de responsabilité excessive, un facteur métacognitif lié au Self (Lopatka et Rachman, 1995). Le problème des compulsions peut aussi être maintenu par une dépendance croissante du client qui reçoit un surcroît d'attention de la part d'une autre personne (partenaire, membre de la famille, etc.). Voici un schéma montrant ces synergies entre processus psychologiques.

Insérer ici la Figure 3

Titre : Illustration d'interrelations entre processus psychologiques

Un même processus psychologique peut se retrouver comme facteur explicatif dans différents troubles psychologiques. Par exemple, l'estime de soi, -un facteur métacognitif lié à la représentation de soi- intervient dans plusieurs troubles anxieux (phobie sociale, TOC, agoraphobie,...), dans des troubles de l'humeur (état dépressif majeur, dysthymie), dans des troubles de la personnalité (personnalités dépendante, narcissique, histrionique, limite, ...), les abus de substance, les troubles sexuels, les troubles psychotiques, le perfectionnisme clinique, la procrastination clinique, la jalousie pathologique, les mésententes conjugales, ... Donnons un autre exemple. Le perfectionnisme clinique est un processus ethiopathogénique actif - comme facteur de risque et de maintien- dans les troubles des conduites alimentaires, les troubles émotionnels (anxieux et dépressifs) et certains troubles de la personnalité (Egan et al., 2011).

On peut se demander s'il est justifié de décrire des construits comme l'estime de soi ou le perfectionnisme comme des « processus » alors qu'il s'agit a priori de « dimensions psychologiques ». Pour notre part, nous les considérons comme tels du fait que des modèles psychologiques précisent la nature et le fonctionnement, c.-à-d. les processus psychologiques, de ces dimensions (voir par exemple, le modèle du perfectionnisme clinique de Egan et al., 2011).

#### II.4. Les interventions psychologiques processuelles

L'approche psychothérapeutique classique, basée sur des diagnostics psychiatriques spécifiques, a montré son efficacité pour des troubles isolés bien spécifiés. Cependant, ses résultats sont plus incertains pour des personnes souffrant de plusieurs troubles ou de troubles atypiques. En présence de troubles comorbides, le clinicien doit décider de la démarche à



suivre : (1) traiter un seul trouble, avec le protocole approprié, avec l'espoir d'un effet positif sur les autres troubles associés non traités ; (2) traiter tous les troubles l'un après l'autre ou combiner les traitements propres à chaque trouble ; (3) traiter les mécanismes psychologiques sous-jacents communs aux différents troubles (Dudley, Kuyken et Padesky, 2010 ; McManus, Shafran et Cooper, 2010). La première option permet d'améliorer non seulement le trouble traité mais aussi dans une certaine mesure les troubles associés non traités, ce qui suggère que le traitement proposé agit vraisemblablement sur des processus transdiagnostiques (Tsao et al., 2002). La seconde option s'avère infructueuse : elle dilue l'efficacité des traitements classiques (Craske et al., 2007). La troisième option, en cours de validation, semble prometteuse (McEvoy, Nathan et Norton, 2009). Elle permet de traiter, par un seul traitement unifié, des individus avec des problèmes multiples ou des groupes d'individus souffrant de troubles divers (par exemple des dépressifs et des anxieux ensemble).

Dans une approche psychologique par processus, le clinicien procède à une analyse individualisée et exhaustive des problèmes psychologiques rencontrés par un individu dans son contexte (« inventaire et concrétisation des problèmes »). Ensuite, il identifie les caractéristiques cliniques communes aux différents problèmes, en particulier les processus explicatifs communs. Pour repérer les problèmes et les processus psychologiques, l'évaluation utilise l'entretien semi-structuré, les auto et hétéro-questionnaires, les auto- et hétéro-observations, les observations cliniques ainsi que les résultats à des tests comportementaux et cognitifs standardisés (biais attentionnels, ...).

Pour éviter une vision purement déféctologique de la personne et procéder à un inventaire de ses facteurs de protection ou de ses capacités d'affrontement (« coping), notre conceptualisation de cas reprend aussi les ressources adaptatives (matérielles, individuelles et interpersonnelles) de l'individu (Dudley et al., 2010). En fait, comme le souligne Carr (2006), en plus d'une formulation de cas centrée sur les problèmes (comme décrite supra), une formulation centrée sur l'exception peut être construite pour chaque client. Celle-ci comprend les patterns d'interactions exceptionnelles lors desquelles le problème ne survient pas, les habiletés, croyances et histoires qui soutiennent le sentiment d'opérance, ainsi que les facteurs historiques et contextuels qui sous-tendent ces croyances de compétence et qui servent d'assise à la résilience du client.

## II.5. Une illustration clinique de l'approche processuelle

La vignette clinique suivante illustre la démarche. Virginie est une femme de 26 ans, mariée, sans enfant, gérante d'une librairie avec son mari. Elle consulte pour se débarrasser de

crises d'angoisse incontrôlables et d'affects dépressifs récurrents. Toute son adolescence, elle a souffert d'anorexie mentale avec des boulimies et des purges. Il lui arrivait de se mutiler les bras quand elle était désespérée, apparemment pour se punir de son incapacité à contrôler son alimentation et son poids. Elle est sortie de l'anorexie après plusieurs hospitalisations, selon elle grâce à la rencontre de son mari très soutenant. A 24 ans, Virginie a voulu avoir un enfant et a arrêté sa médication (un antidépresseur et un anxiolytique). Elle a connu alors une attaque de panique nocturne, vraisemblablement due à un mauvais sevrage de son anxiolytique.

Depuis lors, Virginie vit dans la peur d'avoir peur. Régulièrement, sans raisons apparentes, elle a des crises d'angoisse (au lever, au travail, en famille, ...) avec des vertiges, une oppression respiratoire et des jambes molles. Elle déteste ressentir ces sensations-là. Dans cet état, elle redoute de perdre le contrôle d'elle et de sa vie. Du coup, elle reste la plupart du temps chez elle où elle se sent plus en sécurité. A contrecœur, elle a arrêté le fitness de peur d'y faire un malaise physique.

Elle ne comprend pas ce qui lui arrive. Elle a le sentiment de régresser. Elle croit qu'elle ne s'en sortira jamais. Elle redoute de retomber dans l'anorexie. Elle a à nouveau peur de grossir. Elle refuse de se peser et d'acheter de nouveaux vêtements. Elle n'ose pas dire à son mari son désir d'arrêter la librairie pour entamer des études d'institutrice. Elle doute de ses capacités à réussir et craint des conflits avec son mari. Elle rapporte avoir peur de mal faire et de déplaire. Elle n'est jamais satisfaite d'elle-même. Elle passe des heures à se faire jolie. Elle se regarde plusieurs fois par jour dans le miroir pour réajuster son maquillage. Au travail, elle vérifie son travail (sa caisse, ses commandes, ...) et cherche à paraître sympathique à ses clients. Elle demande régulièrement à son mari s'il l'aime toujours et lui téléphone quand il s'absente. Elle doit de plus en plus souvent l'appeler pour se rassurer. Son mari fait de son mieux pour l'écouter et la rassurer, mais ensuite elle se sent très dépendante de lui. Il lui arrive d'éprouver des difficultés à accomplir ses tâches domestiques. Son mari l'aide alors en faisant le travail à sa place.

Elle a des difficultés à trouver le sommeil. Elle se réveille trop tôt. Elle se plaint d'être fatiguée. Virginie a dû reprendre ses médicaments. Elle se le reproche. Elle se désespère de pouvoir avoir jamais un enfant.

Les comportements-problèmes actuels identifiés sont des réactions anxieuses (peur d'avoir peur et évitements agoraphobiques, peur de grossir et peur de retomber dans l'anorexie, peur du jugement/des conflits, peur de l'échec, peur de l'abandon), des réactions dépressives (désespoir, honte, culpabilité) et des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveil précoce). Par ailleurs, Virginie présente une faible estime de soi

(manque de confiance en soi, doutes sur ses capacités, son amabilité et son attractivité physique) et un perfectionnisme exagéré centré sur elle. Ces caractéristiques remontent au début de son adolescence. Elle a un passé d'anorexie mentale et d'automutilations (« analyse diachronique du comportement »).

Les processus psychologiques observés susceptibles d'expliquer le maintien de ces problèmes sont (1) des pensées négatives répétitives/ruminations mentales (anticipations anxieuses sur son avenir et ruminations autocentrées sur ses « faiblesses ») (2) des évitements expérientiels (évitements du sport, des conflits, de la balance, des nouveaux vêtements...) et (3) des comportements de protection, contrôle de son travail, vérification de son apparence,...) ; (4) un pattern d'interactions rigides complémentaires de demandes d'attention et de réassurance d'une part vs de comportements protecteurs d'autre part, dans lequel Virginie se sent de plus en plus inopérante et où son mari en vient à la protéger et à l'assister de plus en plus. La Figure 4 reprend notre conceptualisation de cas par processus.

Insérer ici la Figure 4

Titre : Conceptualisation processuelle des problèmes psychologiques de Virginie

A partir de cette modélisation, plusieurs interventions thérapeutiques ciblant ces quatre processus dysfonctionnels sont envisageables. Elles sont censées améliorer l'ensemble du tableau clinique (anxiété, dépression, insomnie).

Parmi les interventions centrées sur les pensées négatives répétitives, figurent des interventions centrées sur la rumination (thérapie centrée sur la rumination de Watkins et al., 2007), des interventions basées sur la pleine conscience (MBSR, MBCT ; Baer, 2006 ; Roemer et Orsillo, 2009), des interventions ACT comme la défusion cognitive et la centration sur le moment présent (Monestès et Villatte, 2011), un module du protocole d'activation comportementale centré sur le contrôle de la rumination mentale (Addis et Martell, 2004) ou encore des interventions inspirées des modèles de l'anxiété généralisée comme l'identification des métacognitions laissant croire à l'utilité/la dangerosité des ruminations (Behar et al., 2009 ; Wells, 2006).

Pour contrer les effets renforçant des évitements expérientiels et des comportements de protection, un programme d'expositions avec prévention des réponses d'évitement/échappement peut être mis en place. Pendant l'exposition aux émotions, des consignes de pleine conscience (Allen, McHugh et Barlow, 2008) ou de spécification

émotionnelle (Philippot, Vrielynck et Muller, 2010 ; Vrielynck et Philippot, 2009) peuvent faciliter l'acceptation émotionnelle.

La conceptualisation de cas montre aussi que le développement de patterns comportementaux complémentaires entre Virginie et son mari augmente son sentiment d'impuissance à changer sa situation et accentue son problème. De plus, son partenaire peut avoir l'impression d'être coincé dans un rôle sans fin de protecteur où rien ne semble la réassurer et où il se sent pourtant forcé de continuer à essayer de le faire. Ce pattern comportemental complémentaire compromet vraisemblablement la capacité du couple à répondre aux besoins l'un de l'autre en termes d'intimité et d'autonomie. Cet état de fait peut susciter de la colère, des conflits, des critiques, de la prise de distance, de l'agression et de la détresse dans le couple, le tout exacerbant l'anxiété et la dépression de Virginie. Si c'est le cas, un traitement de couple centré sur l'anxiété (et la dépression) est approprié (voir Carr, 2008; Byrne, Carr, & Clark, 2004)

En outre, pour éviter des rechutes anxio-dépressives, il serait judicieux d'adjoindre à ces interventions des stratégies et techniques centrées sur la faible estime de soi fondamentale et le perfectionnisme excessif. Ces dernières caractéristiques individuelles peuvent être elles-mêmes conceptualisées et traitées comme des processus psychologiques transdiagnostiques (voir Fennell (1998) pour la faible estime de soi et Egan, Wade et Shafran, (2010) pour le perfectionnisme clinique).

## II. 6. Les avantages théoriques et thérapeutiques de l'approche processuelle

Une approche clinique basée sur des processus psychologiques étiologiques (communs et spécifiques) et des processus psychologiques de changement présente plusieurs avantages (Mansell et al., 2009; McEvoy et al., 2009 ; McManus et al., 2010).

Premièrement, elle permet d'expliquer et de traiter la comorbidité (Rachman, 1991). Par exemple, l'association fréquente entre l'anxiété pathologique et la dépression pourrait tenir à des processus ruminatifs communs (McLaughlin et Nolen-Hoeksema, 2011). L'approche processuelle traite conjointement plusieurs troubles en s'attaquant aux processus communs, par exemple la rumination analytique autocentrée (Ehring & Watkins, 2008). Elle favorise ainsi la généralisation des effets thérapeutiques d'un trouble à l'autre. Cela permet de traiter plus aisément les « cas complexes ».

Deuxièmement, elle facilite le transfert des connaissances acquises dans un domaine clinique dans d'autres domaines moins explorés. Ainsi, les modèles explicatifs du TOC et de

l'hypocondrie ont servi de bases pour expliquer la peur d'une dysmorphie corporelle (Veale, 2004).

Troisièmement, elle inspire des principes thérapeutiques généraux applicables à plusieurs troubles et réduit la prolifération de protocoles thérapeutiques. Elle contribue à la dissémination de traitements unifiés auprès des cliniciens confrontés à des cas cliniques divers et complexes. Elle simplifie ainsi la formation des cliniciens. Elle permet des interventions plus rapides, pour plus de personnes en souffrance. En effet, elle évite le problème des départements de soin spécialisés où les places sont limitées et les listes d'attente longues. Elle mélange plus aisément des patients portant des diagnostics variés<sup>11</sup>. L'approche transdiagnostique des TCA (Fairburn, 2008) est un bon exemple d'un tel traitement unifié. D'autres exemples existent comme le « protocole unifié » des troubles émotionnels préconisant des expositions progressives aux émotions aversives (Allen, McHugh et Barlow, 2008) ou la thérapie ACT visant une plus grande flexibilité psychologique et un engagement dans des actions valorisées pour faire face à la détresse psychologique (Monestès et Villatte, 2011).

Quatrièmement, elle favorise la prévention de divers troubles en ciblant des facteurs de risque communs à différents troubles. Par exemple, Bearman, Stice et Chase (2003) ont testé, avec un certain succès, un programme de prévention de la boulimie et de la dépression, deux troubles souvent associés chez les adolescentes. Pour ce faire, ils se sont centrés sur l'insatisfaction corporelle, qui est reconnue comme un facteur de risque de ces deux troubles. Elle augmente le répertoire comportemental adaptatif face aux expériences émotionnelles pénibles, en enseignant chez les patients des stratégies générales. Elle permet un transfert d'apprentissage de compétences pour faire face à de nouveaux troubles.

Cinquièmement, l'approche transdiagnostique permet un certain « éclectisme systématique/méthodique », c.-à-d. qu'elle peut emprunter des techniques et stratégies thérapeutiques à différentes psychothérapies, sans pour autant souscrire aux théories sous-jacentes à ces interventions (Lazarus, 1998). En effet, elle garde un modèle par processus psychologiques comme fondement théorique mais peut s'inspirer d'interventions issues de différentes thérapies, dans la mesure où ces interventions agissent efficacement sur les

---

<sup>11</sup> Néanmoins, des groupes thérapeutiques trop hétérogènes (des patients avec des troubles trop différents) pourraient donner de moins bons résultats thérapeutiques que des groupes plus homogènes. En effet, ils risquent de diminuer la cohésion du groupe, qui est un facteur thérapeutique reconnu en thérapie de groupe. Un travail thérapeutique centré sur des processus plus spécifiques à une sous-population du groupe peut ne pas intéresser les autres patients et les démotiver du traitement unifié. En outre, vouloir traiter au sein d'un groupe hétérogène les facteurs communs à tous et les facteurs spécifiques à certains risque de diluer l'effet thérapeutique, c.-à-d. donner de moins bons résultats que des traitements spécifiques à chaque sous-groupe (Craske et al., 2007).

processus pathogènes identifiés. Par exemple, la thérapie comportementale dialectique est une bonne illustration d'une thérapie validée, théoriquement fondée, qui emprunte des outils thérapeutiques à divers courants psychothérapeutiques<sup>12</sup>.

Donnons un exemple clinique d'électisme systématique. Si une tristesse pathologique, suite à un décès, est maintenue par des mécanismes d'évitement expérientiel des souvenirs pénibles, différentes techniques peuvent aider la personne à se confronter à la perte: la technique des deux chaises de la Gestalt, les techniques de défusion de ACT, la thérapie par exposition à la narration (Schauer, Neuner et Elbert, 2011), ...

### II.7. Les limites de l'approche processuelle

Cette approche doit expliquer comment des troubles qui partagent des processus psychologiques explicatifs communs présentent malgré tout des formes cliniques distinctes. Elle envisage trois solutions théoriquement possibles pour rendre compte de cette réalité (Mansell et al., 2008).

Une première solution souligne que, si plusieurs troubles sont sous-tendus par des processus communs, cela ne signifie pas qu'ils partagent les mêmes thèmes centraux, les mêmes enjeux, les mêmes « thèmes relationnels fondamentaux » (Lazarus, 1991). Par exemple, un individu souffrant d'anxiété sociale et de TOC peut présenter un processus dysfonctionnel d'attention sélective. Cependant, ce processus ne s'applique pas aux mêmes préoccupations. Pour ce qui est de l'anxiété sociale, il concerne l'évaluation sociale/le jugement de sa personne et en ce qui concerne le TOC, la possibilité d'un malheur et sa responsabilité en cas de malheur. Le premier thème dirige l'attention vers les visages à la recherche de signes de désapprobation, le second vers les possibilités d'accidents dans les situations de la vie quotidienne. Ainsi, la diversité des formes cliniques tiendrait à une diversité de thèmes signifiants pour l'individu. Ces derniers seraient fonction de facteurs aussi divers que l'hérédité, la personnalité, l'histoire d'apprentissage, des stressseurs au cours de la vie ou encore des facteurs socioculturels.

Une autre possibilité serait que plusieurs troubles partagent des processus communs mais pas avec la même intensité. Par exemple, la conscience auto-centrée s'observe entre autres dans la phobie sociale, le Trouble panique, le TOC et la boulimie. Néanmoins, elle est beaucoup plus présente dans l'anxiété sociale que dans les autres troubles précités (Jostes, Pook et Florin, 1999 cité dans Mansell et al., 2008).

---

<sup>12</sup> Depuis peu, elle tente de comprendre les ingrédients actifs de ses interventions thérapeutiques (Lynch et al., 2006).

Une dernière explication part du principe que certains troubles possèdent des processus distincts qui les différencient d'autres troubles. Par exemple, la « fusion pensée-silhouette » -une distorsion cognitive dans laquelle penser manger des aliments caloriques équivaut à le faire, est vécu comme immoral ou induit une impression de grosseur- pourrait être spécifique des troubles des conduites alimentaires (Coelho et al., 2008).

Si l'approche processuelle s'intéresse essentiellement aux processus communs à différents troubles, elle reconnaît aussi l'existence de processus spécifiques à certains troubles particuliers et en tient compte dans ses interventions. Ainsi, dans une thérapie en groupe de patients anxieux mélangés, le processus d'attention sélective vers les sources de menace sera discuté pour tous mais des interventions plus spécifiques, comme l'identification d'une hyper-responsabilisation, ne seront proposées que pour certains, par exemple les individus souffrant de TOC qui éprouvent de la culpabilité (McEvoy et al., 2009).

### **III. Conclusions**

Cet article propose une démarche de conceptualisation de cas et d'intervention clinique en termes de processus. Il relance le débat sur l'identification de processus psychologiques en tant que facteurs explicatifs des troubles psychologiques/psychiatriques et en tant que cibles des stratégies et techniques thérapeutiques.

L'approche processuelle questionne la logique nosologique classique en envisageant des facteurs communs aux différents problèmes psychologiques ainsi que des processus psychologiques perturbés plutôt que des troubles mentaux monolithiques. Il passe d'une description « nomothétique »/ « catégorielle »/« molaire » à une modélisation « idiosyncratique »/ « dimensionnelle »/« moléculaire ». Elle est à contre-courant de la politique des « protocoles standardisés validés » comme « recettes de cuisine » à suivre aveuglément.

Cette approche théorico-clinique intègre les différentes approches thérapeutiques, en faisant ressortir les processus thérapeutiques transthéoriques<sup>13</sup>. Elle promeut une psychothérapie unifiée, basée sur des principes de changements empiriquement fondés plutôt que sur une liste de thérapies plus ou moins validées ou de pratiques commerciales (Rosen et Davison, 2003 ; Wampold et al., 2010). C'est une manière de sortir de la guerre stérile entre

---

<sup>13</sup> L' « exposition » (« exposure ») est un bon exemple de « principe thérapeutique » qui est utilisé par différentes écoles de thérapie, explicitement ou implicitement (TCC, thérapie expérientielle de Greenberg, Gestalt Thérapie, ...).

écoles thérapeutiques et d'éviter l'inflation des « thérapies à la mode » (par exemple, l'EMDR, la cohérence cardiaque, la « pleine conscience », ...).

Cette perspective -qui met l'accent sur les processus psychologiques dans la conceptualisation de cas et en fait les cibles des interventions- s'observe dans les approches centrées sur l'individu, comme les TCC (par exemple, Barlow, 2008), mais aussi dans les approches systémiques promouvant une approche intégrative (par exemple, Carr, 2006). En ce sens, l'approche processuelle se veut véritablement intégrative, au-delà du clivage traditionnel entre les thérapies individuelles et les thérapies familiales ou de couple.

Cette démarche revient aux sources de la psychothérapie entendue comme une psychologie (clinique) appliquée. Elle est « innovante » par son orientation psychologique. Elle rejoint le projet d'une « thérapie psychologique » (Grawe, 2004) ou de « traitements psychologiques » (Barlow, 2004). Elle est hautement intégrative, au sens de « unificatrice » : elle réunit en un tout cohérent la description des problèmes, leur explication en termes de processus psychologiques dysfonctionnels et les interventions thérapeutiques portant sur ces processus.

Elle permet des interventions totalement individualisées, très ciblées et potentiellement plus efficaces<sup>14</sup>. En outre, elle présente l'avantage d'enseigner des principes généraux d'évaluation et d'intervention, qui sont applicables à de nombreuses situations cliniques, à un niveau individuel et/ou systémique.

Malheureusement, elle est encore faiblement formalisée, manque de preuves empiriques et est peu diffusée (McEvoy et al., 2009 ; McManus et al., 2010). Elle devra aussi fournir des outils standardisés de mesure des processus psychologiques dont elle parle, comme des questionnaires ou des épreuves mentales.

La résistance des professionnels de la santé mentale à cette modélisation risque d'être forte dans un premier temps. En effet, notre proposition entre en opposition avec le modèle bio-psycho-social dominant. Elle va à l'encontre de l'affiliation habituelle à une école thérapeutique clairement étiquetée. En cela, elle peut paraître hérétique, utopique ou hégémoniste. En outre, elle se marie mal avec la division des soins de santé mentale en fonction de pathologies bien définies (i.e. les services pour des problèmes d'assuétude, de troubles des conduites alimentaires, de troubles anxio-dépressifs, ...). Enfin, elle pourrait paraître corporatiste, car trop psychologisante. Comme l'explique Kinderman (Kinderman,

---

<sup>14</sup> Par exemple, dans les troubles des conduites alimentaires, Cooper et Fairburn (2011) ont montré les bénéfices du « traitement transdiagnostique élargi » pour des individus présentant des caractéristiques singulières. Ce traitement donne de meilleurs résultats que le traitement standard. De même, dans les troubles anxieux, des interventions transdiagnostiques ont donné d'excellents résultats (McEvoy et al., 2009 ; McManus et al., 2010).



2009 ; Kinderman & Tai, 2007), elle ne nie pas l'intérêt d'une pluridisciplinarité dans la mesure où chaque intervenant contribue, dans son champ d'application propre, à l'application du plan thérapeutique centré sur les processus psychologiques identifiés dans les troubles de la personne soignée. Par exemple, à travers des activités physiques collectives, progressives et répétées, un(e) kinésithérapeute aide une personne déprimée à retrouver un sentiment d'efficacité personnelle, à ne plus s'isoler et ruminer, à resynchroniser ses habitudes de sommeil et à retrouver des renforçateurs positifs naturels. De même, par une médication appropriée, un(e) psychiatre peut aider un patient souffrant de ruminations obsessionnelles et de dépression réactionnelle à se sentir moins envahi par ses intrusions mentales, à s'en distancier davantage et à retrouver de l'espoir de pouvoir vivre malgré elles.

Cette approche n'annonce pas la disparition de l'approche diagnostique classique et des interventions protocolisées. Elle se présente comme « transdiagnostique » et non comme « a-diagnostique », voire « anti-diagnostique ». C'est une autre manière de conceptualiser les problèmes psychologiques, avec un niveau d'analyse utile pour le clinicien soucieux d'une base théorique forte guidant ses actions. Très prudemment, les initiateurs de l'approche processuelle (par ex. Dudley et al., 2010 ; Mansell et al., 2009) préconisent d'ailleurs de préférer les « protocoles thérapeutiques validés » à leur conceptualisation-intervention pour des « cas simples » (des personnes souffrant de troubles bien délimités pour lesquels les protocoles standards sont réputés efficaces). Par contre, pour des « cas complexes » (des personnes souffrant de troubles flous, multiples, peu modélisés, pour lesquels il n'existe pas vraiment de « protocoles thérapeutiques », par exemple un homme présentant conjointement des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, une insomnie primaire, une humeur dysphorique récurrente et une peur d'une dysmorphie corporelle), ils recommandent de tenter une approche processuelle, avec l'esprit d'un « praticien-chercheur » tentant de valider ses hypothèses et de mesurer les effets de ses actions (Barlow, 2004).

Malgré tous ces obstacles, nous pensons que cette approche clinique est une voie d'avenir en thérapie, au plus grand bénéfice des thérapeutes et des clients. Cette modélisation renouvelle la compréhension et la prise en charge en santé mentale. Et si c'était les prémisses de la « 4<sup>ème</sup> vague » en TCC, celle qui réconcilie la psychologie comme science du comportement et la psychothérapie comme pratique basée sur cette science, comme science (appliquée) du changement de comportement ?

### Références bibliographiques

- Addis, M.E., & Martell, Ch.R. (2009). *Vaincre la dépression. Une étape à la fois*. Montréal : Les Editions de l'Homme.
- Allen, L.B., McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2008). Emotional Disorders : A Unified Protocol. Dans D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. New-York : The Guilford Press.
- Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Burlington: Academic Press.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59, 9, 869-878.
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. New-York : The Guilford Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. , & Choate, M.L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Bearman, S.K., Stice E., & Chase, A. (2003). Evaluation of an Intervention Targeting Both Depressive and Bulimic Pathology: A Randomized Prevention Trial. *Behavior Therapy*, 34, 277-293.
- Behar, E. et al. (2009). Current theoretical models of GAD: Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. Second edition*. New York: The Guilford Press.
- Byrne, M. Carr, A., & Clark, M. (2004).The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.
- Carr, A. (2006). *Family Therapy. Concepts, Process and Practice. Second edition*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Carr (2008). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach. Second edition*. New-York: Routledge.
- Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cooper, Z. & Fairburn, Ch.G. (2011). The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 3, 394-402.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5-S27.

- Coelho, J.S. et al. (2008). "Just looking at food makes me gain weight": Experimental induction of thought-shape fusion in eating-disordered and non-eating-disordered women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 2, 219-228.
- Craske, M.G. et al. (2007). Cognitive behavioural therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109.
- Douilliez, C., & Philippot, P. (2008). Paradigmes expérimentaux en psychopathologie cognitive des émotions. Dans S. Campanella et E. Streel (Eds.), *Psychopathologie et neurosciences. Questions actuelles de neurosciences cognitives et affectives*. Bruxelles: De Boeck.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, Ch..A. (2010). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 31, 213-224.
- Egan, S.J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 2, 203-212.
- Ehring, T., & Watkins, E.R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 3, 192-205.
- Fairburn, Ch.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille. Modèles et instruments d'évaluation*. Wavre : Mardaga.
- Fennell, M.J.V. (1998). Low Self-Esteem. Dans N. Tarrrier, A. Wells & G. Haddock (Eds.), *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 240-267.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Harvey, A. et al. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Jostes, A., Pook, M., & Florin, I. (1999). Public and private self-consciousness as specific psychopathological features. *Personality and Individual Differences*, 27, 1285-1295.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy*. Chichester: John Wiley and Sons.

- Kinderman, P. (2005). A Psychological Model of Mental Disorder. *Harv. Rev. Psychiatry*, 13, 4, 206-217.
- Kinderman, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems: The mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 5, 464-470.
- Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions. Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 1-14.
- Kring, A.M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. Dans M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. Feldman Barret, *Handbook of Emotions (Third Edition)*. New –York: Guilford.
- Lazarus, A.A. (1998). La thérapie multimodale: éclectisme méthodique et intégration minimale. Dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried (Eds.), *Psychothérapie intégrative*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- Lock, J. (2004). Family Approaches for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Dans J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Loeb, K. L. et al. (sous presse). Transdiagnostic Theory and Application of Family-Based Treatment for Youth with Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Lynch, T.R. et al. (2006). Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 4, 459-480.
- Mansell, W. et al. (2008). Cognitive Behavioral Processes: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 3, 181-191.
- Mansell, W. et al. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaterly*, 23, 1, 6-19.
- McEvoy, P.M., Nathan, P., & Norton, P.J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 20-33.

- McLaughlin, K.A., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 186-193.
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a “transdiagnostic” approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, *49*, 491-505.
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Paris: Masson.
- Moses, E.B., & Barlow, D.H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Current Directions in Psychological Science*, *15*, 3, 146-150.
- Nef, F. (2006). *La boulimie. Des théories aux thérapies*. Sprimont: Mardaga.
- Persons, J.B. (1986). The Advantages of Studying Psychological Phenomena Rather Than Psychiatric Diagnoses. *American Psychologist*, *41*, 11, 1252-1260.
- Persons, J.B. (2005). Empiricism, Mechanism, and the Practice of Cognitive-Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, *36*, 107-118.
- Persons, J.B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York : Guilford Press.
- Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie (seconde édition)*. Wavre : Mardaga.
- Philippot, P., & Hermans, D. (2006). Experimental Psychopathology : From laboratory studies to clinical practice. *Psychologica Belgica*, *46*, 1-2, 1-3.
- Philippot, P., Nef, F., & Verhofstadt, L. (2010, décembre) *Extension du modèle de Kinderman dans une perspective de conception de cas processuelle*. Poster présenté à la journée scientifique du GERCO, Strasbourg.
- Philippot, P., & Van Broeck, N. (2006). La psychothérapie à la croisée des chemins: Recherche, évaluation, formation. *Acta Psychiatrica Belgica*, *106*, 2, 99-104.
- Philippot, P., Vrielynck, N., & Muller, V. (2010). Cognitive Processing Specificity of Anxious Apprehension: Impact on Distress and Performance during Speech Exposure. *Behavior Therapy*, *41*(4), 575-586.
- Power, M. J. (2010). *Emotion-Focused Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Rachman, S. (1991). A Psychological Approach to the Study of Comorbidity. *Clinical Psychology Review*, *11*, 461-464.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2009). *Mindfulness & Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York: The Guilford Press.

- Rosen, G.M., & Davison, G.C. (2003). Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages. *Behavior Modification*, 27, 3, 300-312.
- Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions : Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-9.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). La thérapie par exposition à la narration. Manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur (traduit et édité par E. Zech et F. Vandebussche). Presses Universitaires de Louvain.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa : valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implication in research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 3, 343-366.
- Scott, S. & Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy. A Clinician's Guide*. Arnold.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 225-239.
- Tsao, J.C. et al. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493-509.
- Van der Linden, M., & Ceshi, G. (2008). Principes et concepts généraux de la psychopathologie cognitive. Dans M. Van der Linden & G. Ceshi (2008), *Traité de psychopathologie cognitive. Bases théoriques (Tome I)*. Marseille : Solal.
- Van der Linden, M. et al. (2005). Investigation of response inhibition in obsessive-compulsive disorder using the Hayling task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 776-783.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 113-125.
- Verhofstadt, L. L., De Mol, J., & Buysse, A. (2008). De ups en downs van relaties: Een theoretisch en empirisch overzicht. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 38(4), 247-258.
- Virues Ortega, R., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy : behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 3, 567-587.

- Vrielynck, N., & Philippot, P. (2009). Regulating Emotion during Imaginal Exposure to Social Anxiety: Impact of the Specificity of Information Processing. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 274-282.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. New York: Routledge.
- Wampold, B.E. et al. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30, 923-933.
- Watkins, E. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 31, 260-278.
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and GAD. Dans G. Davey et A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wonderlich, S. A. et al. (2001). Integrative Cognitive Therapy for Bulimic Behavior. Dans R. H. Striegel-Moore et L. Smolak (Eds.), *Eating Disorders. Innovative Directions in Research and Practice*. Washington: American Psychological Association.
- Yiend, J. (2004). *Cognition, Emotion and Psychopathology. Theoretical, Empirical and Clinical Directions*. New York: Cambridge University Press.
- Ylief, M., & Fontaine, O. (2006). Démarche diagnostique et analyse fonctionnelle. Dans O. Fontaine et Ph. Fontaine (Eds), *Guide Clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Retz.

Figure 1.

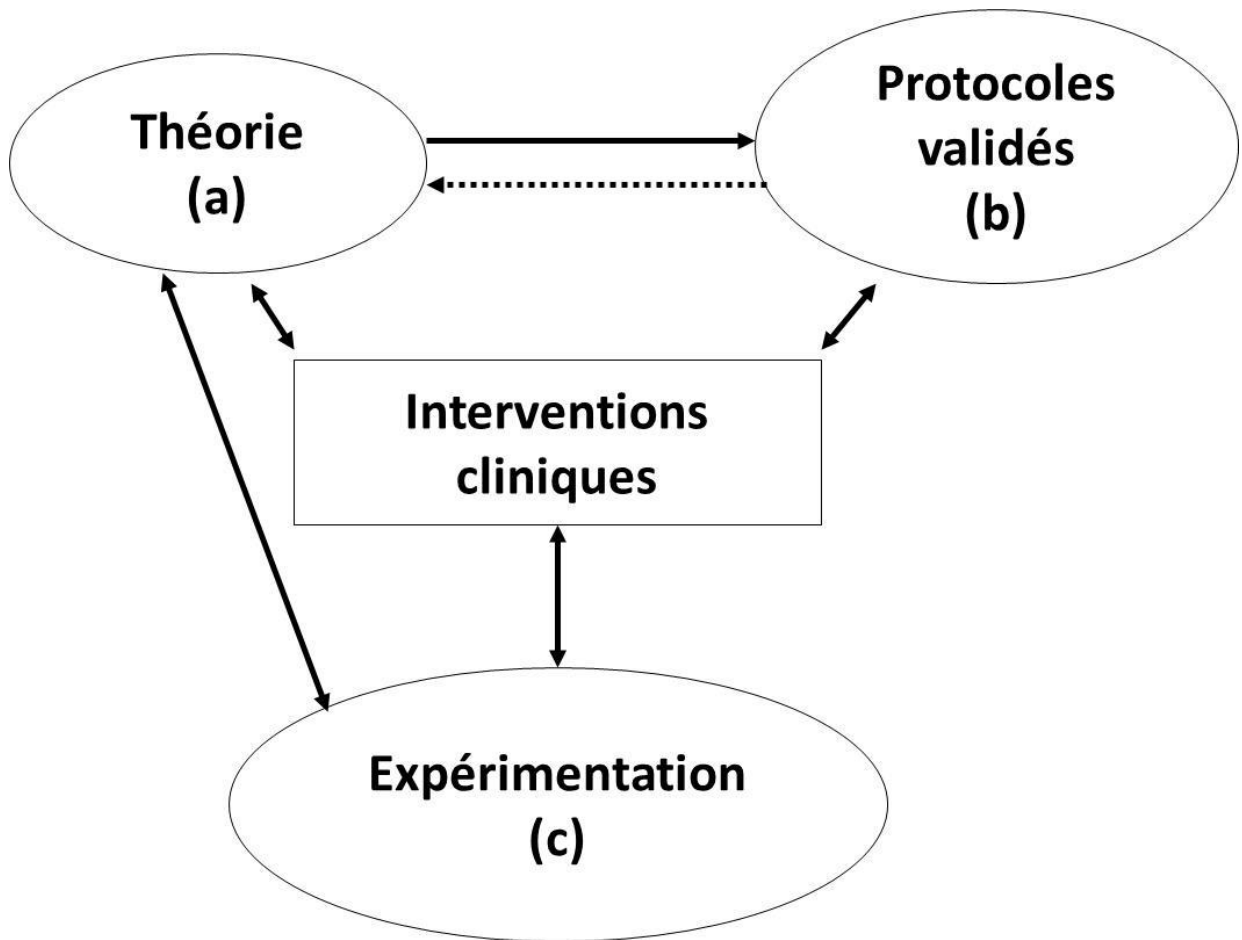




Figure 2.

Figure 2

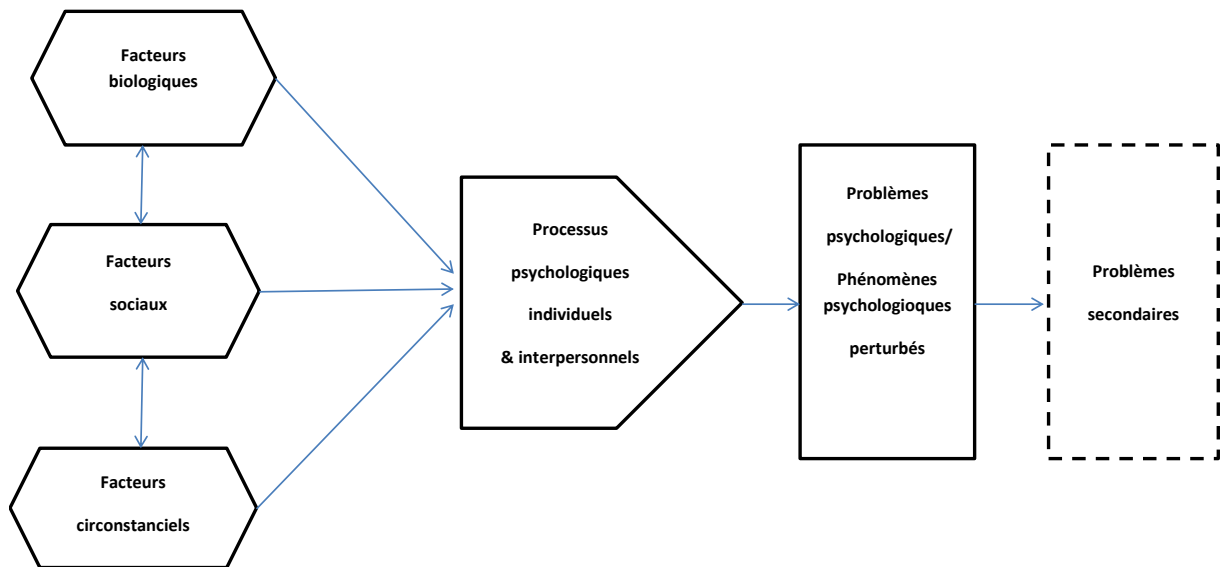


Figure 3

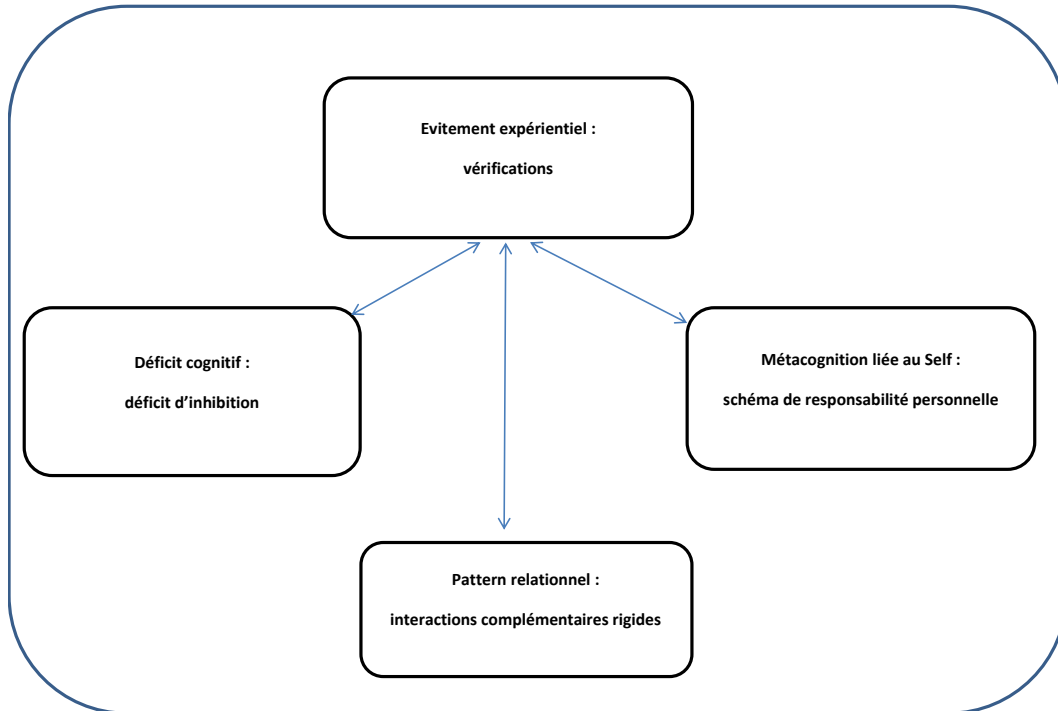


Figure 4.

