



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION



Unité de psychopathologie et
de Neuropsychologie Cognitive



Neuropsychologie des émotions : évaluation et prise en charge

Lucien Rochat, PhD

Unité de Psychopathologie et de Neuropsychologie Cognitive

Consultation des troubles émotionnels

Université de Genève

Lucien.Rochat@unige.ch

*Les samedis de neuropsychologie de Nice
25 juin 2016*

Qcq références...

- **Rochat, L., Belhadi, S., & Van der Linden, M. (2014). Evaluation des problèmes émotionnels, comportementaux et motivationnels après une lésion cérébrale. In X. Seron, & M. Van der Linden (Eds.). *Traité de Neuropsychologie clinique, tome I (2^{ème} édition)* (pp. 499-512). Bruxelles, Belgique : De Boeck/Solal.**
- **Rochat, L. (2016). La prise en charge des problèmes socio-émotionnels après une lésion cérébrale. In X. Seron, & M. Van der Linden (Eds.). *Traité de Neuropsychologie clinique, tome II (2^{ème} édition)*. Bruxelles, Belgique : De Boeck/Solal. A paraître.**
- **Billieux, J., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2014). L'impulsivité : ses facettes, son évaluation et son expression clinique. Bruxelles : Mardaga.**
- Bayard, S., Joly, E., Ghisletta, P., ... & Rochat, L. (accepté). A multidimensional approach to impulsivity in Parkinson's disease: Measurement and structural invariance of the UPPS Impulsive Behaviour scale. *Psychological Medicine*.
- Manolov, R., & Rochat, L. (2015). Further developments in summarising and meta-analysing single case data: An illustration with neurobehavioural interventions in acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 23*(5), 637-662.
- Rebetez, M.M.L., Rochat, L., Ghisletta, P., Walder, B., & Van der Linden, M. (2015). Association between impulsivity, emotional/behavioral hyperactivation and functional outcome one year after severe traumatic brain injury. *Brain Injury, 29*(10), 1175-1181.
- Burkard, C., Rochat, L., Emmenegger J., Juillerat Van der Linden, A.-C., & Van der Linden M. (2014). A daily-life oriented intervention to increase prospective memory and more generally goal directed behaviour in aging: A pilot study. *Neuropsychological Rehabilitation, 24*(2), 266-295.
- Burkard, C., Rochat, L., Emmenegger J., Juillerat Van der Linden, A.-C., Gold, G., & Van der Linden M. (2014). Implementation intentions improve prospective memory and inhibition performances in older adults: The role of visualization. *Applied Cognitive Psychology, 28*(5), 640-652.
- Rochat, L., Beni, C., Annoni, J.-M., Vuadens, P., & Van der Linden, M. (2013). How inhibition relates to impulsivity after moderate to severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society, 19*(8), 890-898.
- Burkard, C., Rochat, L., & Van der Linden, M. (2013). Implementation intentions enhance inhibition despite high impulsivity: The role of emotional activation. *Acta Psychologica, 144*(2), 291-297
- Aboulafia-Brakha, T., Greber Buschbeck, C., Rochat, L., & Annoni, J.-M. (2013). Feasibility and initial efficacy of a cognitive-behavioural therapy protocol for managing anger and aggressiveness after a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 23*(2), 216-233.
- Rochat, L., Billieux, J., Juillerat Van der Linden, A.-C., Annoni, J.-M., Zekry, D., Gold, G., & Van der Linden, M. (2013). A multidimensional approach to impulsivity changes in Alzheimer's disease and control participants: Cognitive correlates. *Cortex, 49*, 90-100.
- Rochat, L., Van der Linden, M., Renaud, O., Epiney, J.-B., Michel, P., Sztajzel R., Spierer, L., & Annoni, J.-M. (2013). Apathy and sensitivity to reward after stroke : The role of basal ganglia. *Neurology, 81*(19), 1674-1680.
- Rochat, L., Beni, C., Billieux, J., Annoni, J.-M., & Van der Linden, M. (2011). How impulsivity relates to compulsive buying and the burden perceived by caregivers after moderate-to-severe traumatic brain injury? *Psychopathology, 44*, 158-164.
- Rochat, L., Beni, C., Billieux, J., Azouvi, P., Annoni, J.-M., & Van der Linden, M. (2010). Assessment of impulsivity after moderate to severe traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 20*, 778-797.
- Rochat, L., Delbeuck, X., Billieux, J., d'Acremont, M., Juillerat Van der Linden, A.-C., & Van der Linden, M. (2008). Assessing impulsivity changes in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 22*, 278-283
- Van der Linden, M., & Rochat, L. (2015). Impulsivité, apathie et traumatisme crânio-cérébral. In P. Azouvi, C. Vallat-Azouvi, & G. Aubin (Eds.). *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp.147-162). Bruxelles, Belgique : De Boeck/Solal.
- Rochat, L., & Van der Linden, M. (2015). La réhabilitation de la cognition sociale dans la schizophrénie. In M. Van der Linden, G. Ceschi, & J. Billieux (Eds.). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive* (pp. 123-157). Bruxelles, Belgique : De Boeck/Solal.
- Watson, C., Rutterford, N. A., Shortland, D., Williamson, N., & Alderman, N. (2001). Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury. *Brain Injury, 15*(11), 1003-1015.
- Rochat, L., Manolov, R., Aboulafia-Brakha, T., Berner-Burkard, C., & Van der Linden M. (en révision). Reducing anger outbursts after a severe traumatic brain injury: A single case study.

Plan

- **Introduction générale**
 - Problèmes émotionnels et comportementaux
 - Spécificités/difficultés de l'évaluation des problèmes socio-émotionnels en neuropsychologie clinique

- **Une approche psychologique et intégrative**
 - Hétérogénéité des processus: Modèle de Kinderman & Tai (2007)
 - La formulation de cas

- **Interventions «classiques»**
 - Thérapie comportementale
 - Programme de reconnaissance des émotions

- **Illustration clinique: une étude de cas unique**

- **Conclusions**

Introduction

- **Changements socio-émotionnels fréquents chez les personnes avec lésions cérébrales**
 - dépression
 - anxiété/inquiétude
 - manie
 - Irritabilité, accès de colère
 - agressivité
 - affects inappropriés
 - impulsivité
 - « apathie »
 - agitation
 - inadéquation sociale
 - hyper/hyposexualité
 - etc.

Introduction

■ Répercussions

- qualité de vie
- entrave à la rééducation
- recours plus intensifs au service de soins
- séjours hospitaliers plus longs et plus fréquents
- réinsertion/adaptation sociale
- etc...

Conséquences psychosociales et économiques !!!

Spécificités/Difficultés

1. Problèmes cognitifs (mémoire, langage, etc.), anosognosie, déni, etc.

=> se baser sur d'autres sources que le patient lui-même pour évaluer les problèmes émotionnels et comportementaux ?

■ Mais biais de l'évaluation des proches

- humeur
- personnalité
- comportements en l'absence du proche
- biais mnésiques

Spécificités/Difficultés

2. Classifications nosographiques (DSM-IV): pas de prise en compte de la spécificité, ni de la phénoménologie des problèmes émotionnels et comportementaux après une lésion cérébrale

- Recoupement des symptômes qui relèvent de l'atteinte neurologique vs. des problèmes émotionnels (p.ex. dépression: plaintes somatiques, réduction des activités, troubles du sommeil, fatigue, etc.)
- Outils diagnostiques traditionnellement employés en psychiatrie (p.ex. test de personnalité, tests projectifs) s'appliquent difficilement
 - problèmes cognitifs des patients
 - validité des mesures ?

Spécificités/Difficultés

3. Observation directe, utilisation de questionnaires employés en psychiatrie et tests projectifs => pas de renseignements sur l'influence de la personnalité antérieure du patient sur ses réactions actuelles suite à l'atteinte cérébrale

- **Personnalité pré-morbide et antécédents personnels => éléments importants à prendre en compte en vue d'une meilleure compréhension des problèmes actuels du patient**
 - Osborne, Simpson, & Stokes (2010): 72% des études rapportent un lien significatif entre la personnalité pré-morbide et le comportement actuel de patients ayant reçu un diagnostic de «démence»

Spécificités/Difficultés

4. Aspects primaires vs. secondaires: Lésion cérébrales, séquelles et conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle => variété de réactions psychologiques

- dépression
- anxiété (dont anxiété sociale)
- baisse de l'estime de soi
- problème d'identité
- problème de motivation
- croyances dysfonctionnelles
- déni
- etc.

Spécificités/Difficultés

5. Le décours temporel des problèmes socio-émotionnels

- certains comportements/réactions émotionnelles peuvent être adaptatifs à certaines phases de la récupération et non adaptatifs à d'autres
- réactions de l'entourage face au handicap de la personne (p.ex., une « sur-implication » des proches): appropriées et adaptatives dans un premier temps, mais inadaptées à long terme (p. ex., Alway et al., 2012).

Evaluation

- Observation clinique
- Entretien avec patients/proches
- Echelles spécifiques/entretiens semi-structurés

Outils d'évaluation

- *Echelle des changements de comportements socio-émotionnels de Genève* (Beni, Rochat, Maylisse, ... & Van der Linden, en révision)
- *Inventaire Neuropsychiatrique* (Cummings et al., 1994; 1997)
- *Inventaire du Syndrome Dysexécutif Comportemental* (GREFEX, 2008)
- *European Brain Injury Questionnaire* (Teasdale et al., 1997)
- *Neurobehavioral Rating Scale* (Levin et al., 1987;1990)
- *DEX* (Wilson et al., 1996)
- *Echelle UPPS d'impulsivité* (version courte 16 items; Rochat et al., 2008; 2010; Bayard, Joly, Ghisletta, .. & Rochat, accepté)
- *Lille Apathy Rating Scale* (Sockeel et al., 2006)
- *Inventaire d'apathie* (Robert et al., 2002)
- ...

Echelle des changements de comportements socio-émotionnels de Genève (ECCSEG)

- Inspirée de l'échelle d'IOWA des Changements de personnalité (Barrash et al., 1994)
- Echelle évaluant un large panel de troubles; applicable à diverses atteintes neurologiques
- Evalue le niveau actuel de problèmes et les changements par rapport à la condition pré-morbide
- Augmentation de la validité de la cotation grâce aux définitions et aux exemples fournis pour chaque sous-échelle
- Auto et Hétéro-évaluation

ECCSEG

1) La tristesse

Répondez en considérant son comportement :

- « **Avant** » **son problème neurologique**
- « **Maintenant** »

N'oubliez pas qu'il y a 5 possibilités de réponses, vous permettant de décrire plus précisément l'intensité des changements de comportement de votre proche.

	Avant	Maintenant
Il n'est pas triste. Il est optimiste de nature et il ne se dévalorise pas. Il est satisfait de sa vie.	1	1
	2	2
Il est parfois triste. Quelquefois, il est pessimiste au sujet de son avenir, mais son moral s'améliore quand tout va vraiment bien.	3	3
	4	4
Il est très souvent triste. Il est totalement pessimiste au sujet de son avenir.	5	5

ECCSEG

4) L'intérêt pour les activités de tous les jours et pour l'entourage (famille et amis)

Répondez en considérant son comportement :

- « **Avant** » son problème neurologique

- « **Maintenant** »

N'oubliez pas qu'il y a 5 possibilités de réponses, vous permettant de décrire plus précisément l'intensité des changements de comportement de votre proche.

	Avant	Maintenant
Il s'intéresse à son entourage et il s'enthousiasme pour diverses activités.	1	1
	2	2
Il s'intéresse peu à son entourage et à la plupart des activités. Il manque parfois d'enthousiasme, mais il peut participer à des activités si d'autres l'y encouragent.	3	3
	4	4
Il ne s'intéresse à rien. Il ne s'intéresse pas à sa famille et à ses amis. Il n'a manifestement aucun plaisir à participer à des activités.	5	5

ECCSEG: données préliminaires

- **100 patients TCC (modéré à sévère)**

	TCC	
	N = 100 (18F ; 82 H)	
	Moy. (ET)	Min - Max
Age	39.34 (14.27)	19 - 65
Années d'étude	13.31 (3.09)	5 - 24
Délai (en mois)	37.07 (30.66)	5 - 113

- **Hétéro-évaluation**

ECCSEG et TCC

- **AFE => 3 facteurs:**
 - **F1 = Conduite externalisée**
obstination, expression inadéquate des émotions, inadéquation sociale, manque de compréhension des conséquences de ses actes, agressivité, impatience, manque d'empathie
 - **F2 = Conduite internalisée**
anxiété/inquiétude, tristesse, méfiance
 - **F3 = Problèmes motivationnels**
Manque de motivation, retrait social, moindre de recherche d'activités nouvelles, perte d'intérêt pour les AVQ

Description générale des résultats (en %)

Nouveau: de 1 à 3, 4, 5

Exacerbation: 2 à 4,5; 3 à 4, 5; 4 à 5

	Diminution	Exacerbation	Nouveau	Idem
<i>Tristesse</i>	4	19	47	12
<i>Manque d'ouverture d'esprit</i>	13	18	28	18
<i>Expression des émotions</i>	24	16	12	17
<i>Manque d'intérêt AVQ/proches</i>	7	7	30	28
<i>Instabilité de l'humeur</i>	4	29	35	14
<i>Manque d'empathie</i>	5	12	30	33
<i>Méfiance</i>	3	13	11	53
<i>Expression inadéquate des émotions</i>	3	9	21	45
<i>Anxiété</i>	5	35	27	15
<i>Agressivité</i>	7	34	22	15
<i>Diffic. à accepter événements négatifs</i>	9	14	29	26
<i>Recherche d'activité nouvelles</i>	9	11	16	38
<i>Retrait social</i>	4	6	19	46
<i>Manque compréhension conséq. acts</i>	5	11	25	27
<i>Impatience</i>	2	26	17	21
<i>Inadéquation sociale</i>	5	9	19	41
<i>Manque de motivation</i>	7	9	24	33

Description générale des résultats (en %)

	Diminution	Exacerbation	Nouveau	Idem
<i>Hallucination</i>	1	2	11	76
<i>Nourriture</i>	5	4	14	57
<i>Alcool</i>	12	5	6	57
<i>Tabac</i>	5	8	5	70
<i>Jeux</i>	1	0	0	89
<i>Achats</i>	5	5	8	63

ECCSEG

- **Grande hétérogénéité**

- **Apparition de nouveaux problèmes suite au TCC**
 - Tristesse, Manque d'ouverture d'esprit, Manque d'intérêt, Instabilité de l'humeur, Manque d'empathie, Difficulté à accepter les événements négatifs, Manque de motivation, Difficultés à comprendre les conséquences de ses actes

- **Augmentation après TCC (voir rôle de la personnalité antérieure):**
 - Anxiété, Impatience, Agressivité, Instabilité de l'humeur

ECCSEG

- **Quelques éléments importants et trop négligés:**
 - Apparition d'hallucinations: 11% des patients
 - Apparition d'achats compulsifs: 8% des patients
 - Apparition de consommation excessive de nourriture: 14 % des patients

ECCSEG: validation

Tableau 2. Saturations

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
1. Tristesse	.02	.24	.61
2. Manque d'ouverture d'esprit	.22	.41	.13
3. Manque d'intérêt	-.04	.81	.20
4. Instabilité de l'humeur	.75	-.23	.31
5. Manque d'empathie	.42	.38	-.11
6. Méfiance	-.06	.25	.50
7. Expression inadéquate des émotions	.44	.22	-.11
8. Anxiété/inquiétude	-.06	-.09	.85
9. Agressivité	.64	-.07	.17
10. Difficultés à accepter les événements négatifs	.43	.04	.38
11. Retrait social	-.11	.68	.21
12. Impatience	.52	.01	.11
13. Difficultés à comprendre les conséquences de ses actions	.56	.30	-.20
14. Comportements inadéquats avec autrui	.60	.14	-.22
15. Manque de motivation	.17	.61	-.11
Variance expliquée	33.61%	8.39%	6.34%
Valeurs propres	5.5	1.77	1.35

Note. Les saturations plus élevées que .40 sont en gras.

Tableau 3. Scores pré-TCC et actuels sur les trois facteurs de l'ECCSEG

	Pre-TCC	Actuel
Facteurs	M (SD)	M (SD)
F1 Externalisé	12.44 (3.74)	22.62 (6.67)
F2 Motivationnel	5.97 (1.80)	10.63 (3.59)
F3 Internalisé	5.12 (1.92)	8.92 (3.03)

Tableau 4. Analyse de corrélations

	Facteur 1 « Externalisé »	Facteur 2 « Motivationnel »	Facteur 3 « Internalisé »
Age	.02	.14	-.21*
Sexe ^a	-.06	-.17	-.03
Education	-.09	-.06	-.02
Temps depuis TCC ^b (mois)	.22*	.15	.21*
Sévérité du TCC ^b	.18	.20*	.07
Urgence	.62***	.28*	.11
Manque de préméditation	.62***	.50***	.01
Manque de persévérance	.48***	.59***	.04
Recherche de sensations	-.18	-.28*	-.09
Fardeau	.59***	.48***	.36**
SPRS	.51***	.44**	.29*

Note. * $p < .05$; ** $p < .001$; *** $p < .0001$. ^aCorrélation point-bisériale (femmes = -1 ; hommes = 1) ; ^b

Corrélation de Spearman; SPRS = Sydney Psychosocial Reintegration Scale.

Impulsivité

- Nombreuses inconnues concernant les mécanismes sous-tendant les problèmes socio-émotionnels
- Peu d'études sur les mécanismes d'auto-contrôle (de « contrôle des impulsions »)
- Contrôle volontaire et conscient de processus réactifs et automatiques (Derryberry, 2002):
 - Pensées
 - Comportements
 - émotions

Impulsivité : un construit multifactoriel

- **Le modèle UPPS d'impulsivité**
 - **Urgence** : tendance à exprimer de fortes réactions dans des contextes émotionnels intenses (négatifs et/ou positifs)
 - **Manque de préméditation** : tendance à ne pas réfléchir ni penser aux conséquences de ses actions avant d'agir
 - **Manque de persévérance** : tendance à ne pas être capable de rester concentré sur une tâche ennuyeuse et/ou difficile
 - **Recherche de sensation** : tendance à aimer s'engager dans des activités excitantes; ouverture face à de nouvelles expériences

Evaluation: échelle UPPS adaptée

- Version courte à 16 items (4 par dimensions)
- Version auto- et hétéro-évaluation
- Evalue un **changement** (par rapport à la condition prémorbide)

Evaluation: Impulsivité et TCC

Avant l'accident					Actuellement			
Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours	Énoncé	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1	2	3	4		Il réfléchit soigneusement avant de faire quoique ce soit	1	2	3
1	2	3	4	Il aime faire des choses qui sont un petit peu effrayantes	1	2	3	4
1	2	3	4	Quand il est contrarié, il agit sans réfléchir	1	2	3	4
1	2	3	4	Il préfère mener les choses jusqu'au bout	1	2	3	4

Impulsivité et TCC

- **Objectifs**

- Evaluer la structure factorielle et la consistance interne de l'échelle
- Comparer auto-versus hétéro-évaluation

- **Echantillon**

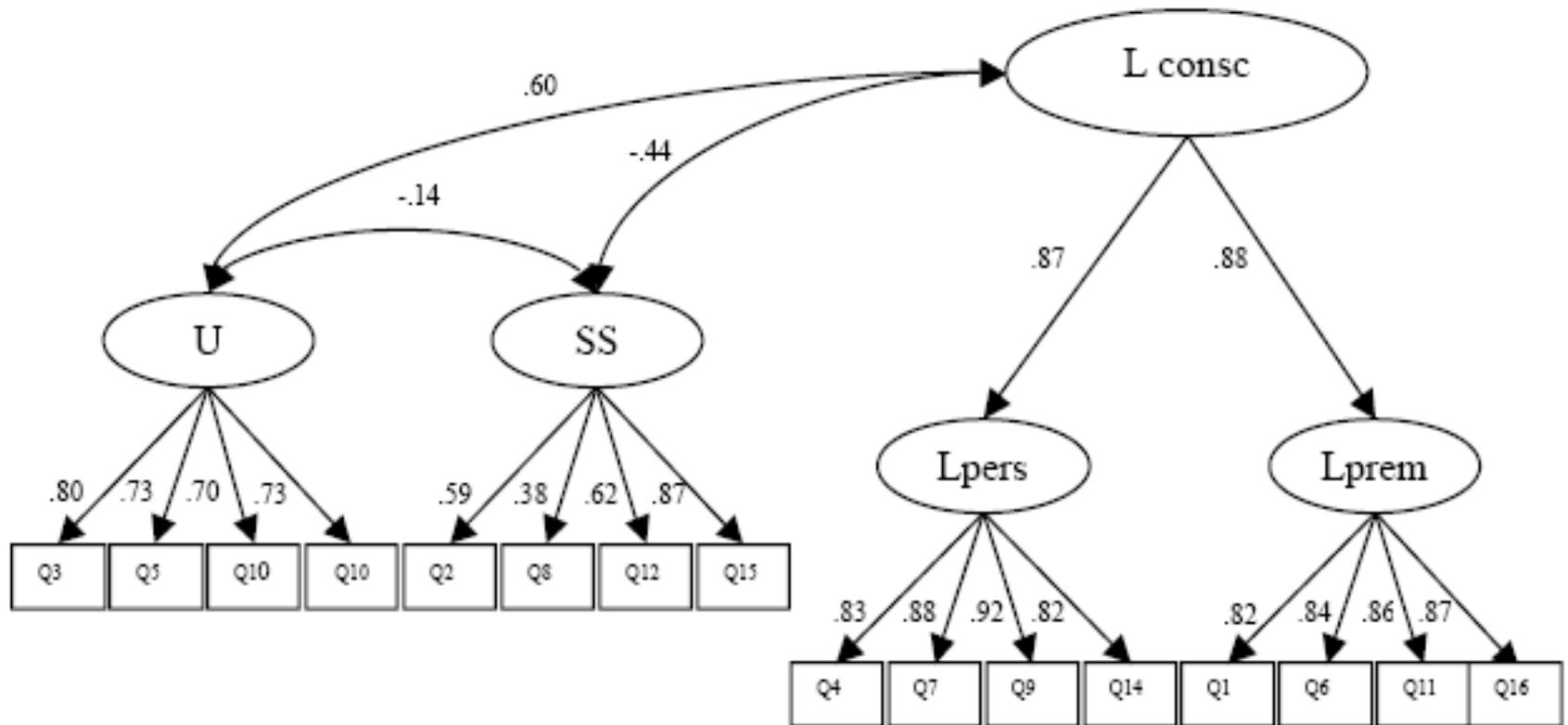
- 82 patients TCC modérés à sévères + proches
- Age: $M = 37.44$
- APT entre 0.5 et 120 jours ($M = 47.83$, $SD = 42.49$)

- **Outil**

- UPPS version courte à 16 items

Résultats/1

Model 4



$\chi^2(99) = 150.02, p < .001$; RMSEA = 0.079; SRMR = 0.075

Résultats/2: auto-vs hétéro-évaluation

Table 3. Means (standard deviations) of the pre-morbid level, the current level and the change scores of impulsivity for the informants' and the self-report's version of the scale.

Factors	Scale		
	Pre-morbid	Current	Change
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Informants</i>			
Urgency	7.17 (2.56)	9.59 (3.29)	2.42 (3.62)
Lack of premeditation	8.15 (3.33)	10.22 (3.39)	2.07 (4.32)
Lack of perseverance	6.35 (2.75)	9.89 (3.64)	3.54 (4.33)
Sensation seeking	9.81 (3.26)	6.93 (2.32)	-2.89 (3.00)
<i>Self-report</i>			
Urgency	7.06 (1.86)	9.55 (3.36)	2.47 (3.89)
Lack of premeditation	8.20 (2.73)	8.38 (2.70)	0.18 (4.06)
Lack of perseverance	5.99 (2.22)	8.10 (3.18)	2.11 (4.14)
Sensation seeking	10.12 (3.15)	8.38 (3.51)	-1.74 (3.60)

Résultats 3:

niveau pré-TCC vs actuel

Table 3. Means (standard deviations) of the pre-morbid level, the current level and the change scores of impulsivity for the informants' and the self-report's version of the scale.

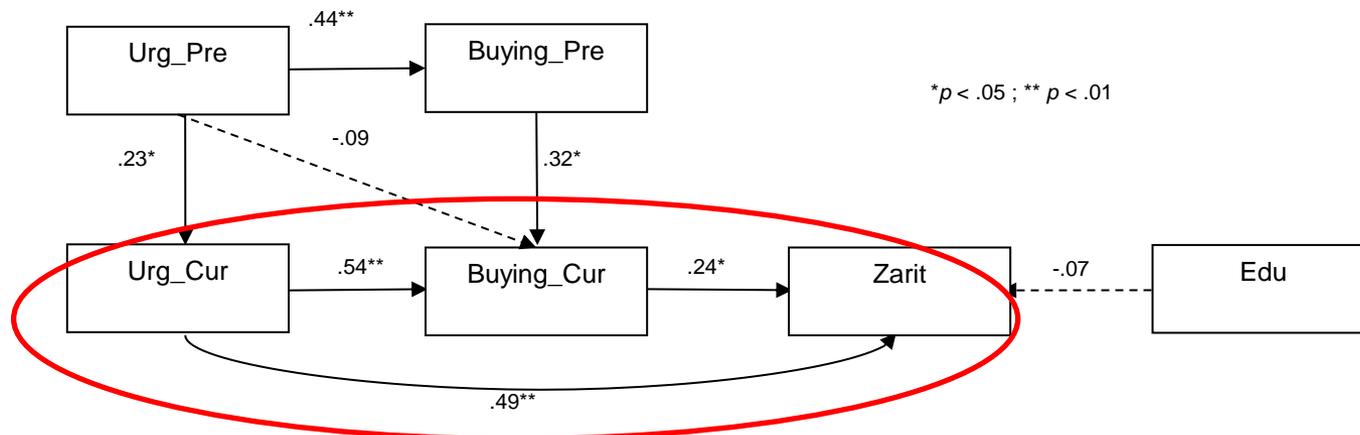
Factors	Scale		
	Pre-morbid	Current	Change
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Informants</i>			
Urgency	7.17 (2.56)	9.59 (3.29)	2.42 (3.62)
Lack of premeditation	8.15 (3.33)	10.22 (3.39)	2.07 (4.32)
Lack of perseverance	6.35 (2.75)	9.89 (3.64)	3.54 (4.33)
Sensation seeking	9.81 (3.26)	6.93 (2.32)	-2.89 (3.00)
<i>Self-report</i>			
Urgency	7.06 (1.86)	9.55 (3.36)	2.47 (3.89)
Lack of premeditation	8.20 (2.73)	8.38 (2.70)	0.18 (4.06)
Lack of perseverance	5.99 (2.22)	8.10 (3.18)	2.11 (4.14)
Sensation seeking	10.12 (3.15)	8.38 (3.51)	-1.74 (3.60)

Conclusions

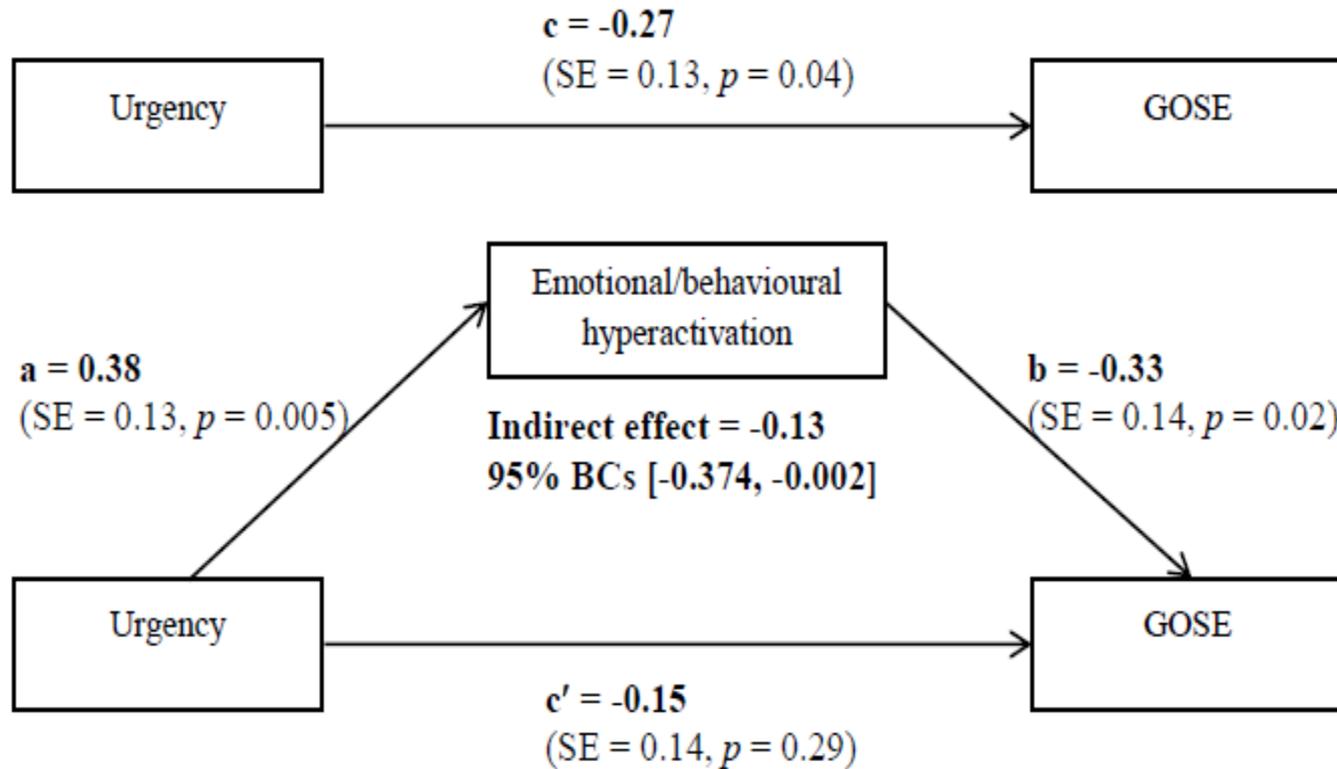
- Nature multifactorielle de l'impulsivité confirmée
- Consistance interne satisfaisante
- Anosognosie partielle des patients
- ↑ impulsivité \leq déficits exécutifs/attentionnels chez patients TCC
- ↓ recherche de sensations \Rightarrow apathie ?

Impulsivité, achats compulsifs et fardeau après TCC

Figure 1. The structural equation model testing the relationships between urgency, years of schooling, compulsive buying, and subjective burden perceived by the caregivers. Values of the single-headed arrows on solid lines reflect standardized regression weights (arrows on dashed lines represent non-significant relations). Urg_pre = urgency pre-injury score; Urg_cur = urgency current score; Buying_pre = compulsive buying pre-injury score; Buying_cur = compulsive buying current score; Zarit = Zarit Burden Interview score; Edu = years of education.



Impulsivité et comportements externalisés un an après un TCC sévère



Impulsivité et maladie de Parkinson

Table 4. Mean factor scores (and standard deviations) on the four UPPS subscales by group

Variable	Patients	Controls	<i>t</i> (df)	<i>p</i> value	Cohen's <i>d</i>
Urgency	0.37* (0.75)	-0.068 (0.59)	- 4.27 (152.63)	< 0.001	0.66
Lack of premeditation	0.21* (0.55)	-0.18* (0.38)	5.39 (141.89)	< 0.001	0.84
Lack of perseverance	0.42* (0.67)	-0.013 (0.39)	5.21 (125.32)	< 0.001	0.80
Sensation seeking	-0.27* (0.87)	-0.50* (0.61)	2.04 (141.84)	< 0.05	0.31

Note. A positive score indicates more impulsivity and a negative score indicates less impulsivity than 10 years ago; 0 indicates no change. * 0 not included in the 95% confidence intervals (thereby indicating a significant change in impulsivity compared to 10 years ago).

Impulsivité et maladie de Parkinson

Table 5. Mean factor scores (and standard deviations) on the four UPPS subscales for the control group and patients with and without ICDs (left panel), and t-value (*df*) with separate variance estimates for group comparisons (right panel)

	Controls (N = 96)	No ICD (N = 63)	ICD (N = 15)	Controls vs no ICD	Cohen's d	Controls vs ICD	Cohen's d	No ICD vs ICD	Cohen's d
Urgency	-0.068 (0.59)	0.30 ^b (0.70)	0.69 ^b (0.98)	3.60*** (157)	0.58	2.90** (15.61)	1.16	1.44 (17.50)	0.51
Lack of premeditation	-0.18 ^b (0.38)	0.16 ^b (0.55)	0.46 ^b (0.52)	4.24*** (100.63)	0.75	5.72*** (109)	1.60	1.92 ^a (76)	0.55
Lack of perseverance	-0.013 (0.39)	0.41 ^b (0.67)	0.48 ^b (0.74)	4.54*** (89.67)	0.82	2.52* (15.23)	1.09	0.36 (76)	0.10
Sensation seeking	-0.50 ^b (0.61)	-0.34 ^b (0.82)	0.18 (0.94)	1.37 (105.35)	0.23	2.72* (15.85)	1.03	2.14* (76)	0.62

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. ^a marginally significant $p = .059$. ^b 0 not included in the 95% confidence intervals (thereby indicating a significant change in impulsivity compared to 10 years ago).

Impulsivité et maladie de Parkinson

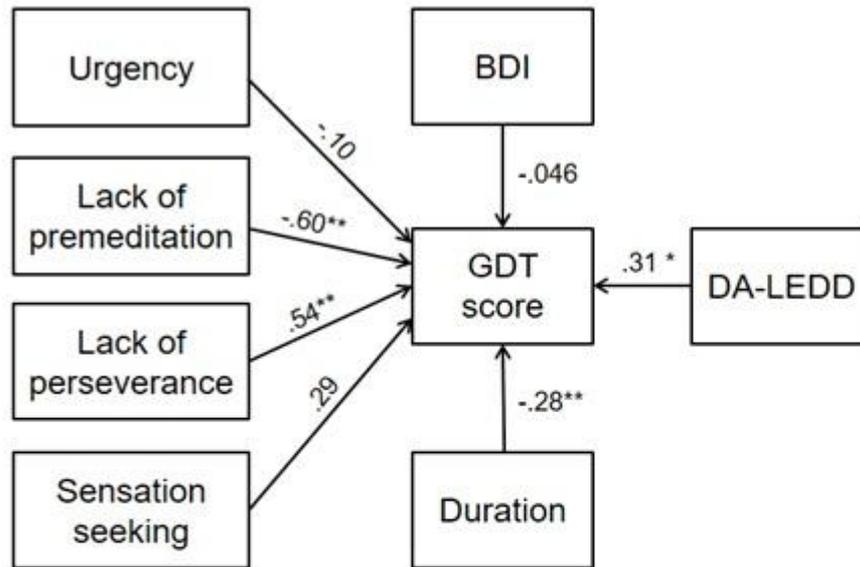
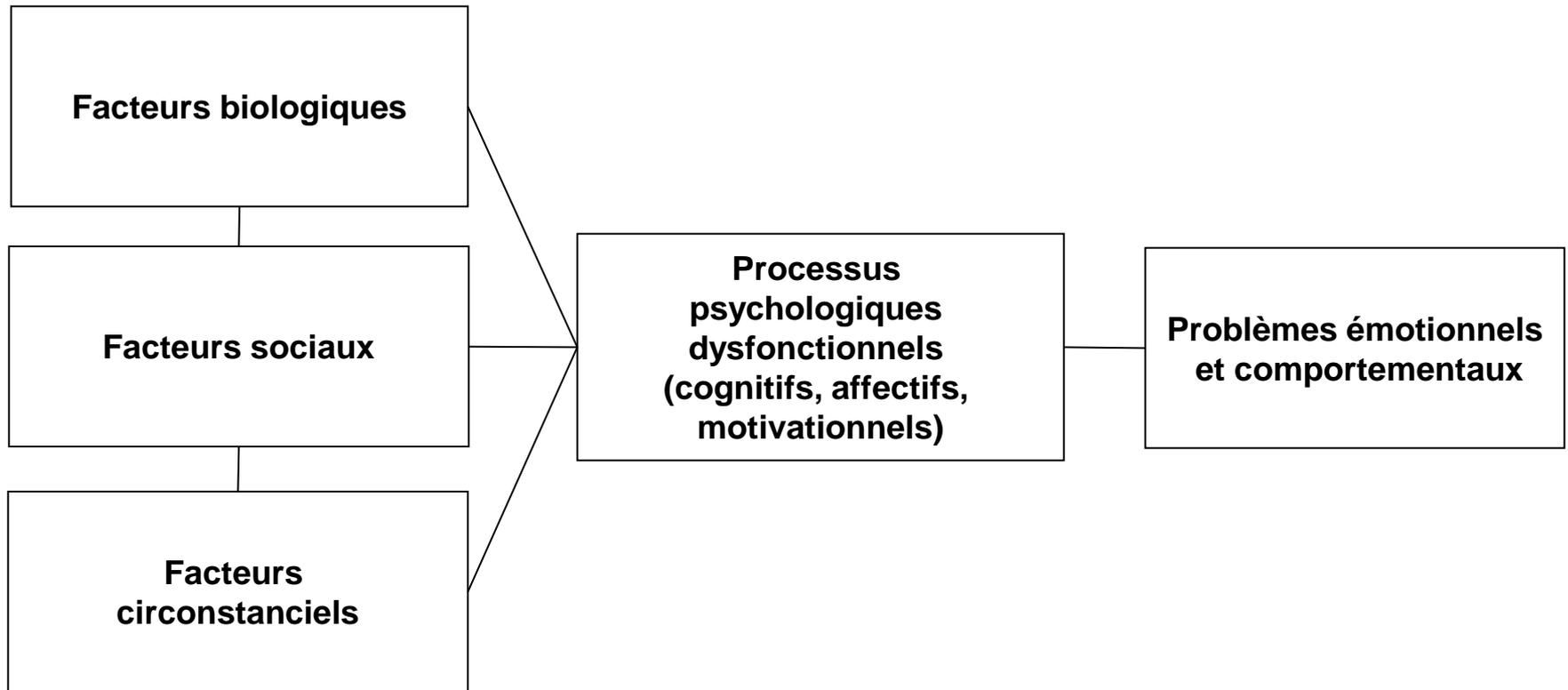
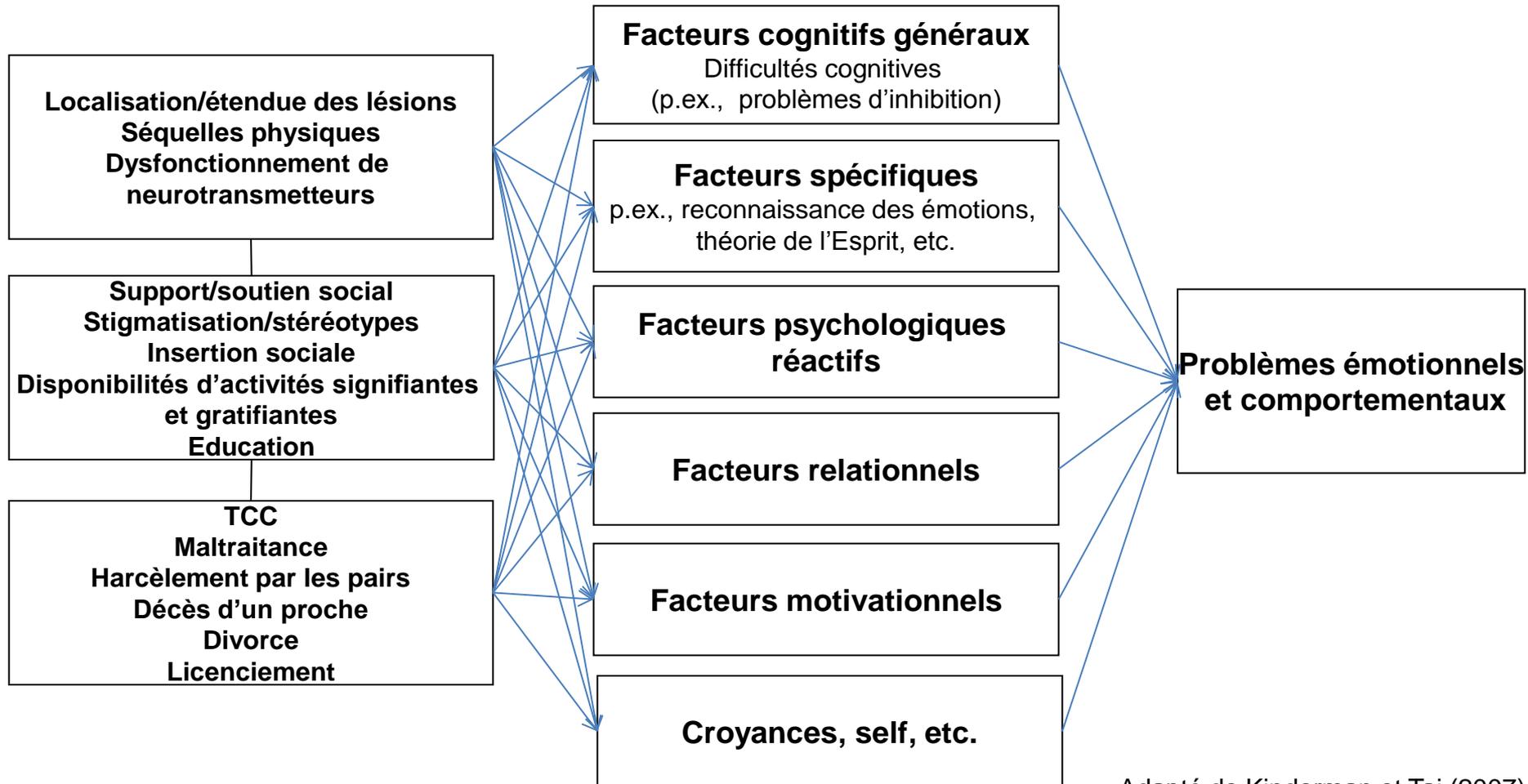


Figure 1. Final structural equation model for GDT score prediction. Numbers above the arrows report standardised regression weights, * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. For the sake of clarity, covariances are not depicted. BDI= Beck Depression Inventory.

Modèle psychologique et intégratif



Modèle psychologique et intégratif: exemple



Promouvoir une approche plurielle, intégrative et centrée sur la personne

- Les programmes d'intervention « clés en main » ne permettent pas de répondre au caractère multifactoriel et hétérogène des difficultés socio-émotionnelles consécutives à une atteinte cérébrale
- L'hétérogénéité des facteurs (biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux) en jeu dans les problèmes socio-émotionnels requiert la mise en place d'une approche plurielle, intégrative et centrée sur la personne

Des interventions à plusieurs facettes complémentaires

■ Facteurs généraux

- Difficultés cognitives générales (p. ex., capacités d'inhibition de réponses dominantes, flexibilité)

■ Facteurs spécifiques

- Difficultés touchant des mécanismes émotionnels et relationnels spécifiques (p.ex., reconnaissance des émotions, ToM)

■ Facteurs psychologiques « réactifs »

- Réactions aux conséquences du traumatisme/accident/maladie (p.ex., dépression, retrait social, anxiété, estime de soi)

■ Facteurs relationnels

- Réponse au comportement des proches /soignants

Facteurs psychologiques de nature « relationnelle »

- **88% des comportements problématiques (agressivité, destruction d'objets, auto-mutilation) chez des personnes avec traumatisme crânien**
 - sont associés à un événement « relationnel » (absence d'interaction, réprimande, question, etc.)
 - ont pour fonction d'échapper à une demande ou d'attirer l'attention

Formulation de cas

- Adopter une démarche favorisant une interprétation psychologique individuelle, prenant en compte la *cooccurrence* de difficultés différentes, leur caractère *multifactoriel* et l'*hétérogénéité* des mécanismes qui les sous-tendent
- Approche, centrée sur la personne, qui permet d'aborder la dynamique du fonctionnement psychologique dans toute sa complexité et dans son expression unique
=> *déterminer/élaborer des interventions psychologiques ciblées («sur mesure»)*

Pourquoi une formulation de cas ?

- **Expliquer et prédire les comportements d'une personne**
 - conditions d'apparition et de maintien, interactions, mécanismes, etc.
- **Définir des buts spécifiques de changement**
 - apprentissages, contrôle des impulsions, régulation émotionnelle, fatigue, motivation, estime de soi, etc.
- **Proposer des interventions psychologiques appropriées**
 - remédiation cognitive, restructuration cognitive, stratégies de régulation émotionnelle, reconnaissance des émotions, intentions d'implémentation, etc.

Formulation de cas

- Description des caractéristiques intrinsèques (qualitatives et quantitatives) des comportements
- Identification des facteurs prédisposants, précipitants, de maintien
- Identification des ressources de la personne
- Modèles théoriques
- Opérationnalisation sous forme de schéma
 - à élaborer, partager, et tester avec la personne concernée
- Procédures d'évaluation multiples telles que:
 - observations (psychologue) et auto-observations (patient)
 - anamnèse
 - questionnaires/entretiens semi-structurés (patient, proches, soignants)
 - tests cognitifs, mises en situation
 - analyses fonctionnelles
 - etc.

Madame N. : Anamnèse

- Femme, xxx ans, origine xxx, bilingue
- Arrivée en Suisse en xxx
- Fille unique
- Enfance difficile
- Bonnes relations actuelles avec sa mère et son beau-père
- Mariée, 2 enfants
- Scolarité normale
- Etude de médecine
- Travail dans xxx à Genève, nombreux voyages

Antécédents médicaux

- TCC sévère suite à un AVP en 2012 lors de son activité professionnelle
 - Lésions axonales diffuses

- Médication: nihil

- BSH

Plaintes

- Problèmes d'**irritabilité** et de **gestion de la colère**: s'énerve lorsqu'elle est contrariée, impatience avec les enfants, ne supporte pas les remarques de son époux
- Ruminations fréquentes sur les épisodes de colère
- Inquiétudes quant à la reprise professionnelle
- Fatigabilité importante
- Ralentissement, difficultés de concentration
- Impulsivité pré-TC

Formulation de cas

- Combine différents niveaux d'analyse
 - Analyses comportementales **topographiques**
 - Analyses comportementales **diachroniques**
 - Analyses comportementales **synchroniques**

Analyses comportementales topographiques

- Description des *caractéristiques intrinsèques* (qualitative et quantitatives) des comportements:
 - forme / structure
 - déroulement séquentiel
 - contexte spatio-temporel (lieu / heure)
 - fréquence, durée, intensité

Exemple Madame N.

- Fréquence actuelles des accès de colère: jusqu'à 2-3 épisodes quotidiens
- Intensité: légère (irritabilité) à forte (cris, insultes, bris d'objets).
- Durée: qcq secondes à 10-20 secondes (?)
- Contexte: essentiellement en cas de fatigue
- Analyse fonctionnelle:

Situation/contexte	Emotions	Réactions physiques	Comportements	Pensées automatiques
« L'autre jour, je voulais chercher ma fille aînée qui fêtait un anniversaire chez une amie dans un village un peu éloigné de chez nous. Je voulais prendre la voiture, mais mon mari m'a dit que c'était trop risqué car j'étais très fatiguée selon lui».	Colère (9/10);	Augmentation du rythme cardiaque; Transpiration	Insultes, Jet/bris d'objets	«Il n'a pas confiance en moi»; «Je suis une mauvaise mère»

- Conséquences: ruminations, conflits
- Stratégie utilisée: interruption comportementale; relaxation

Analyses comportementales diachroniques (évolution)

- Facteurs prédisposant hypothétiques
 - Facteurs historiques lointains, facteurs de vulnérabilité
=> *Personnalité prémorbide (impulsivité)*

- Facteurs précipitants
 - Facteurs historiques proches
⇒ *Fatigue (diminution des ressources cognitives)*

- Facteurs de maintien
 - Facteurs d'auto-entretien
=> *Croyances dysfonctionnelles, déficits cognitifs (flexibilité mentale, inhibition de la réponse dominante, mise à jour), ruminations, communication agressive (≠ affirmation de soi)*

Analyses comportementales synchroniques

- Modélisation des phénomènes / entités psychologiques observés chez un individu donné, spécifiant leur contexte (antécédents et conséquences principales), ainsi que leurs relations fonctionnelles / interactions

L'ajustement émotionnel: un exemple de modèle

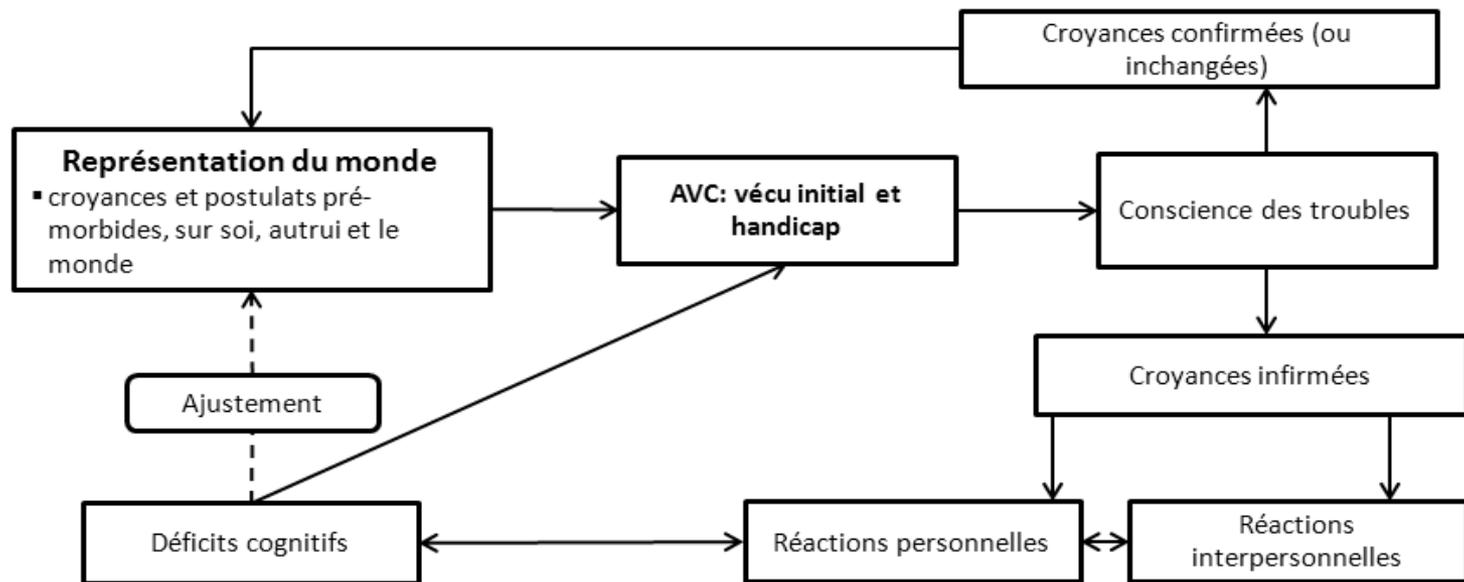
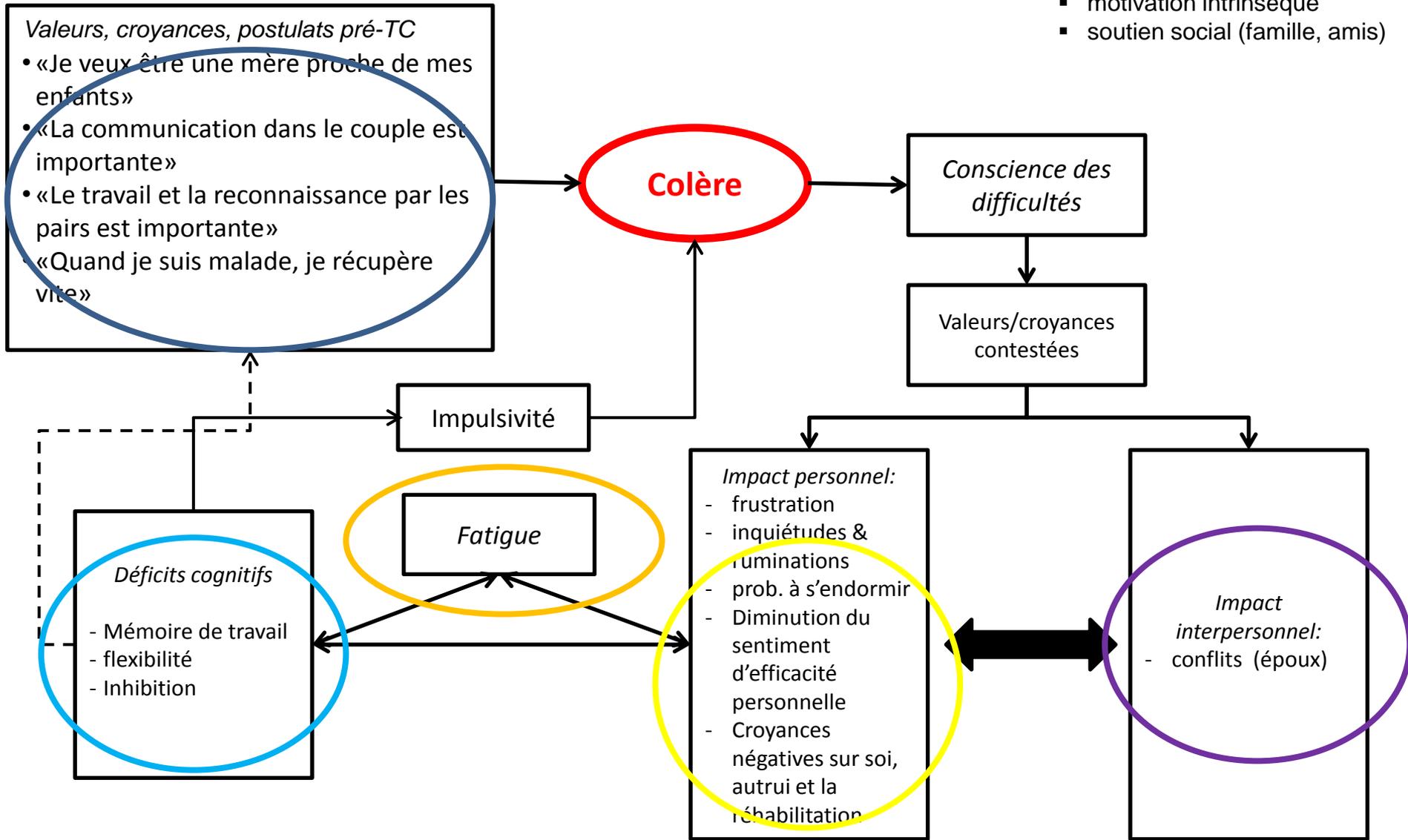


Figure 1. Le modèle d'ajustement émotionnel suite à un AVC, adapté de Taylor et al. (2011)

Ressources

- bonne récupération
- conscience des difficultés
- motivation intrinsèque
- soutien social (famille, amis)



Pour une approche plurielle et intégrée de l'évaluation des problèmes émotionnels et comportementaux

- Danger de réduire les problèmes observés chez une personne à un dysfonctionnement cérébral avéré (ou supposé), c'est-à-dire **sans prendre en compte les dimensions psychologiques, sociales et culturelles de ces problèmes**
 - *Eviter la « pathologisation » des comportements et s'affranchir d'une « neurobiologisation » excessive du fonctionnement psychologique.*
- L'« Erreur Fondamentale d'Attribution » (Kitwood, 1997): les actions d'une personne sont interprétées (dans les cultures individualistes) comme étant « dispositionnelles » (ou liées à la façon d'être de la personne) plutôt que « situationnelles » (ou liées aux circonstances auxquelles est confrontée la personne)

Conclusions

- Evaluation formelle, observation et anamnèse
- Approche plurielle, intégrée et centrée sur la personne
 - Importance de la formulation de cas



Psychologue spécialiste en neuropsychologie/psychologue clinicien = personne privilégiée pour évaluer et intervenir sur les problèmes émotionnels et comportementaux

Différents niveaux d'intervention complémentaires

- Déficits cognitifs
- Déficits spécifiquement émotionnels et sociaux (p.ex. programme visant à améliorer la reconnaissance des émotions faciales)
- Interventions psychologiques sur les croyances, anxiété, dépression, buts etc.
- Interventions comportementales
- Interventions familiales, interpersonnelles

Conditionnement opérant: principes

- Les conséquences d'un comportement (qu'elles soient positives ou négatives) déterminent la probabilité que ce comportement se produise à nouveau ultérieurement

- Examiner dans quelle mesure
 - le comportement est renforcé (positivement ou négativement)
 - la récompense attendue est délivrée ou non (extinction)
 - le comportement est « puni » d'une manière ou d'une autre

Conditionnement opérant: étapes

- Identifier avec précision les conduites inadaptées en décrivant leur caractéristiques
- Relever l'ensemble des comportements adaptés dont on pourra tirer profit pour l'intervention
- Spécifier les conditions qui précèdent l'apparition des comportements problématiques, ainsi que les événements qui les suivent et les renforcent
- Une fois l'analyse des contingences de renforcement effectuée, l'intervention peut être mise en place
 - Objectifs: modifier les contingences dans le but d'établir un comportement approprié faisant défaut (procédure de renforcement positif) ou éliminer des conduites inadéquates (procédure d'extinction ou de punition) (Seron et al., 1977)

Approche comportementale : renforcement positif et extinction

▪ Contrôle des comportements inadaptés

- **procédure de renforcement positif** : augmenter la fréquence d'apparition de comportements appropriés en les faisant suivre de renforcements sociaux (p.ex., félicitations), ou de renforcements matériels (p.ex., nourriture ou jetons à échanger contre des biens tangibles)
- **procédure d'extinction** : diminuer la fréquence ou la durée d'apparition des conduites inadéquates en évitant de les renforcer (d'y prêter attention), ou en empêchant momentanément le patient d'accéder aux renforcements disponibles (technique du « time out » ou mise à l'écart du patient)

Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury

- JH, musicien, TCC sur blessure par balle, à env. 25 ans
- Lobectomie frontale droite et temporale
- Complications: méningite et hydrocéphalie
- 3 semaines de coma; épilepsies; hémiparésie
- Aggressivité physique et verbale
- 2 ans après le TCC, placé durant 3 ans dans une unité spécifique pour personnes avec problèmes comportementaux
 - ↓ Aggressivité physique, mais importante agressivité verbale
 - Conscience des problèmes variable
- Placé dans une unité à long terme pour personnes cérébro-lésées

Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury

Table 1. Results of psychometric testing

<i>Psychometric test</i>	<i>Result</i>	
Intellectual functioning		
NART-R ¹ FSIQ equivalent	79	
WAIS-R ²		
FSIQ	64	
VIQ	67	
PIQ	63	
		<i>more than 2 SDs worse than controls</i>
Memory functioning		
Verbal		
Digits forward ¹	6	no
Story recall ³ : immediate	5/56	yes
delayed	5/56	yes
Paired associate learning (easy, hard) ⁴	5, 0; 4, 0; 2, 2	yes
Rey Auditory Verbal Learning Test ⁵	3, 2, 6, 5, 3	yes
Non-verbal		
Figure recall ³ : copy	20/80	yes
immediate	9/20	no
delayed	0/20	yes
Tests of executive functions		
Cognitive estimates ⁶ : error score	21	yes
Verbal fluency ⁷ (FAS, 60 seconds each)	21	no (but 21 errors)
BADS⁸:		
Age corrected standardized score	16	yes
Dysexecutive questionnaire⁸		
Self-rating	44/80	percentile 83
Mean others-rating (<i>n</i> = 4)	50/80	82
Mood		
Hospital Anxiety and Depression Scale⁹		
Anxiety	13	classification 'abnormal'
Depression	4	'normal'

Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury

- Observations des comportements agressifs durant 11 jours:
 - 200 observations (M = 18.2/jour; range: 4-55)
 - Agressivité verbale: 96%
 - Antécédents: demande/consignes des soignants; interactions avec autres patients
 - Patient isolé, mais comportements agressifs renforcés (intervention et attention des soignants)

Differential Reinforcement of Low rates of responding (DRL)

- Possibilité de gagner des étoiles si certaines conditions sont remplies (max. 4 étoiles)
- Chaque jour est divisé en quatre périodes
- Possibilité de gagner une étoile à la fin de chaque période si JH ne dépasse pas un nombre défini de comportements agressifs
 - Première limite: 18 par période => haute probabilité de succès
 - Diminution progressive jusqu'à 2 par période
- A la fin de chaque période: feedback et rappel des consignes
 - En cas de réussite: félicitations + étoiles
 - En cas d'échec: rappel de la possibilité de gagner un renforcement lors de la période suivante et encouragements
- Afin de limiter renforcement de ces comportements par les soignants: Time Out On the SPOT (TOOTS)

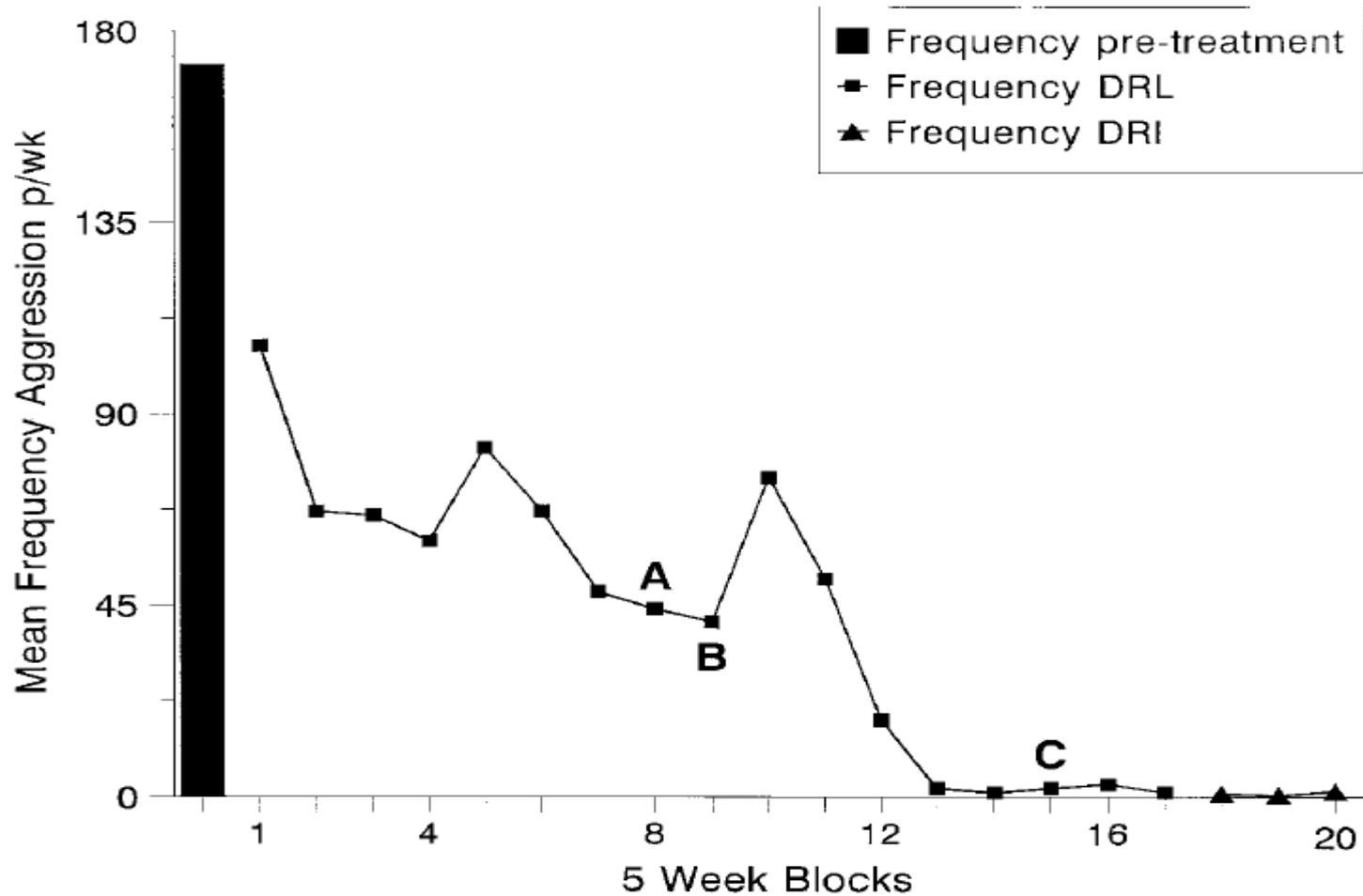
Differential Reinforcement of Low rates of responding (DRL)

- A la fin de la journée: nombre d'étoiles gagnées
 - Si 4 étoiles gagnées: récompenses (un repas à emporter, film)
- « Mise en banque » des étoiles pouvant être échangées contre un renforcement plus important: maintien de la motivation
- Intervention 5 jours par semaine
- Durée totale de l'intervention: 85 semaines

Differential Reinforcement of Low rates of responding (DRL)

- Après 40 semaines: ↑ des exigences (5 étoiles; A)
- Objectifs: contrôler son agressivité et autres comportements (se laver, s'habiller et se rendre à l'heure au petit-déjeuner en 45 minutes, session fitness, magasin)
- Diminution de la médication (B)
- Changements d'unité (C)
- Après 15 semaines: DRL => DRI («Differential Reinforcement of Incompatible behavior »)
- Renforcement disponible (50 cents) ssi le comportement cible n'est pas produit pendant une période d'observation

Differential Reinforcement of Low rates of responding (DRL)



Differential Reinforcement of Low rates of responding (DRL)

- Méthode permettant de diminuer la fréquence et l'intensité des comportements agressifs
- Analyse des contingences et de la fonction du comportement
- Procédure longue et coûteuse
- Peu de réflexion sur les mécanismes psychologiques en jeu

Etudes de cas unique et approche comportementale: méta-analyse

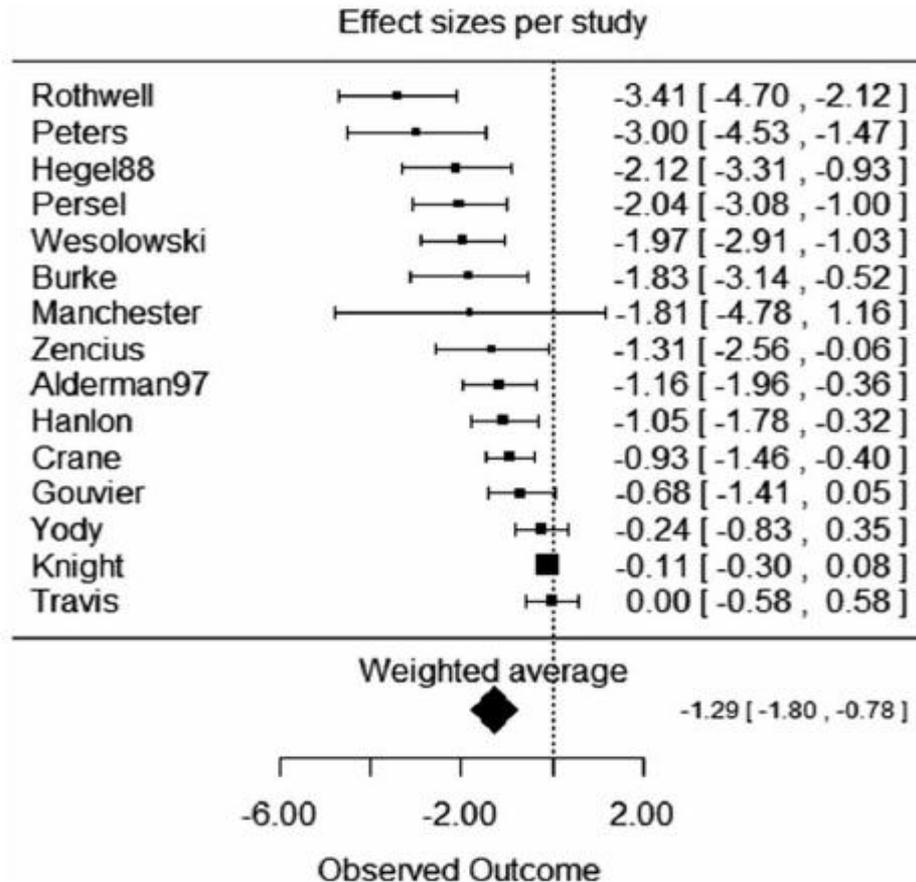


Figure 7. Forest plot for the d -statistic as applied to the set of studies being meta-analytically integrated; the inverse of the index variance is used as a weight at the across-study level.

Limites des approches comportementales

- Problèmes de motivation et de sensibilité aux renforcements pourraient empêcher qu'un apprentissage se réalise (p.ex., RoCHAT Van der Linden, et al., 2013)
- Déficits cognitifs de divers types peuvent rendre difficile l'identification de la relation entre une action et ses conséquences
- Implique une grande stabilité des réactions du psychologue et des membres du personnel soignant
- Méthodes difficilement applicables en dehors d'un contexte institutionnel (dans le cas de traitements non continus en ambulatoire)

Reconnaissance et expression des émotions

- Décodage d'émotions faciales statiques: différence contrôles vs patients avec TCC modérés à sévère très élevées ($d = 1.1$)(Babbage et al., 2011)
- Très peu d'études auprès de personnes avec TCC se sont intéressées à la prise en charge de ces déficits
- Nombreuses études dans le domaine de la schizophrénie (Rochat & Van der Linden, 2015)

Reconnaissance et expression des émotions

▪ Objectifs

- Revalidation cognitive de déficits de perception des émotions de base chez des patients TCC possible?
 - perception et interprétation de stimuli visuels et auditifs relatifs aux 6 émotions de base: joie, tristesse, colère, peur, dégoût, surprise
 - effet par rapport à une « liste d'attente » ("waiting list")
- Prise en charge affecte-t-elle les stimuli visuels (statiques) versus stimuli audiovisuels dynamiques?
- Amélioration de la perception des émotions se généralise-t-elle à
 - fonctionnement psychosocial (auto-évaluation) ?

Reconnaissance et expression des émotions

■ Echantillon

- 12 patients TCC (11 H, 1F)
- 35.83 ans (13.0)
- APT 120.7 jours (51.7)
- 93.6 mois (72.2) après TCC

■ Recrutés sur base

- difficultés sociales chroniques, isolement
- maladroresses dans les interactions
- absence de conscience ou de prise en compte des indices sociaux
- réponses sociales inappropriées

Reconnaissance et expression des émotions

▪ Ligne de base/Post-test

- visages: émotions statiques (Ekman & Friesen, 1976)
 - dénomination et appariement
- stimuli audio-visuels dynamiques (TASIT, part1, McDonald et al.,2003)
- inférences sociales (TASIT, part2,3; McDonald et al.,2003)
- échelle de réintégration sociale de Sydney (Tate et al., 1999)

TASIT

- **Stimuli audio-visuels dynamiques** (part 1)
 - reconnaissance des émotions: 28 vignettes (vidéos)
 - acteurs exprimant des émotions
 - choisir la bonne émotion
 - situations ambiguës => nécessité de se baser sur des indices non verbaux (prosodie, expression des visages, langage corporel)

- **Inférences sociales** (part 2)
 - habilité à comprendre des inférences sociales au cours d'une conversation sur la base des expressions émotionnelles et d'autres indices non verbaux
 - 15 scènes
 - distinguer les commentaires sarcastiques versus sincères

- **Inférences sociales** (part 3)
 - idem que part 2, mais distinguer les commentaires sarcastiques versus mensonges

Reconnaissance et expression des émotions

- **Intervention**
 - 2x/semaines
 - 8 semaines
 - 90 minutes
 - par groupe de 2 ou 3 (avec un thérapeute)

- **Tâches de difficultés simples à complexes**

Reconnaissance et expression des émotions

■ Structure hiérarchique

- interpréter les contextes émotionnels conventionnels (p.ex. émotions associés à un enterrement)
- juger des indices émotionnels visuels statiques
- juger des indices émotionnels dynamiques (visuels, puis multimodal)
 - jeux de rôle
 - séquences video
- faire des inférences sociales
 - jeux de rôle
 - séquences video

Reconnaissance et expression des émotions

■ Techniques employées

- apprentissage sans erreur
- «modeling»
- auto-instruction
- renforcements, feedbacks immédiats
- répétitions par l'emploi
 - miroir
 - jeux de rôle

Apprentissage sans erreur

- Exercices très simples de discrimination
 - pratique intensive, décourageant fortement de deviner l'expression émotionnelle (p. ex., présentée sur un visage)
 - P.ex.: l'entraînement répété de l'identification de caractéristiques des traits du visage associés aux émotions de base (p.ex., les yeux grands ouverts et les sourcils surélevés dans la surprise) était effectué en utilisant des dessins représentant les expressions émotionnelles et étaient accompagnés d'une carte « pas sûr »
 - Pointer les dessins correspondant à l'émotion exprimée ou pointer la carte « pas sûr » plutôt que deviner la réponse

Auto-instruction

- Stratégie de résolution de problèmes consistant à utiliser un ensemble de phrases permettant de guider et de renforcer ses propres comportements
- Orienter l'attention sur la résolution du problème en cours de manière structurée et hiérarchique (« pas à pas ») et corriger les erreurs lorsqu'elles se produisent
 - Acronyme **WALTER** : (1) (**W**hat is it am I deciding about?; (2) What do I **a**lready know about it? ; (3) What do I need to **l**ook/**l**isten for? ; (4) **T**ry out my answer ; (5) **E**valuate how it went ; (6) **R**eward myself for having a go
 - But: fournir une structure permettant de résoudre des problèmes complexes tout en dirigeant et maintenant l'attention de la personne sur chaque étape du processus de résolution de problème.

Reconnaissance et expression des émotions

TABLE 3

Pre- and post-treatment score means and standard deviations for Treatment and Waitlist groups as well as *F* values for practice effects (i.e., change between pre and post-treatment sessions), treatment effects (session x group interactions) and maintenance effects (change between pre and follow-up sessions for the Treatment group only). Bold type denotes significant effects; $p < .01$

Variable	Pre-treatment				Post-treatment						Follow-up		
	Treatment		Waitlist		Treatment		Waitlist		Session <i>F</i> (1, 9)	Session x Group <i>F</i> (1, 9)	Treatment		Session ³ <i>F</i> (1, 4)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			Mean	SD	
Primary outcome variables													
Naming, Set A	20.13 ¹	3.57	19.67 ¹	2.47	24.6	1.52	21.17	4.26	8.02	1.98	26.4	1.52	28.64
Matching, Set A	17.6 ¹	2.42	16.61 ¹	2.85	22.6	1.14	18.67	2.25	20.26	3.53	22.8	1.3	52.22
TASIT, Form A, Part 1	20.07 ¹	1.07	20.89 ¹	4.09	27	1	21.83	3.19	30.91	17.86	26.8	0.45	138.79
TASIT, Form A, Part 2	46.47 ¹	5.65	45.11 ¹	5	54.4	2.3	47	4.43	7.78	2.95	57.6	1.82	27.57
TASIT, Form A, Part 3	46.4	3.85	43	2.97	54.6	2.51	41.83	3.92	8.34	14.79	59.2	3.7	174.30
Alternate forms													
Naming, Set B					24.8	1.3	22.33	3.78	13.03	.97	25.4	3.13	18.04
Matching, Set B					22	0.71	16.17	1.47	10.10	15.13	22.20	1.3	23.40
TASIT, Form B, Part 1					24.2	2.17	20	4.05	10.84	25.97	26.6	.89	104.96
TASIT, Form B, Part 2					47.4	7.23	38.33	6.41	1.07	1.86	57	3.24	36.63
TASIT, Form B, Part 3					53.4	2.41	40.5	5.82	2.87	12.77	62.4	4.39	65.64
Generalisation measure													
SPRS	42.6 ²	17.44	54	6.54	51.6	9.42	54.5	7.58	3.88	3.11	52.8	8.73	1.09

¹Mean of three pre-treatment assessments

²Treatment group significantly lower than waitlist group ($p < .01$)

³Maintenance effects, i.e., the treatment group changed significantly from pre-test to 1 month follow up

Travail avec les proches

- **Difficultés de reconnaissance des émotions => implications des proches**
 - Information
 - modifications des modes d'interaction inadaptés
 - le proche comme intervenant, comme p. ex.
 - les sarcasmes, blagues, etc., seront difficilement compris => en avertir le patient (« je blague »)
 - stratégies de compensation : exprimer les émotions en termes verbaux
 - s'assurer que le patient a bien compris un indice émotionnel (« es-tu en colère du fait ... ? »)

Etude de cas

- Intervention psychologique ayant pour but d'améliorer la gestion de la colère dans le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral sévère

- Combinaisons de plusieurs interventions successives
 - Cognitivo-comportementale
 - Reconnaissance et expression des émotions
 - Intentions d'implémentation
 - C-PAP

Anamnèse

- Xx ans, Origine et langue maternelle xxx
- Enfance difficile en raison d'un père absent, a rempli le rôle de père de famille auprès de ses frères et sœurs; mère très sévère envers ses enfants
- ± bonnes relations actuelles avec ses parents
- Marié; Deux enfants

Anamnèse

- Scolarité obligatoire, avec une année redoublée
- Désireux de changer de contexte de vie, il quitte le xxx pour la Suisse:
 - Actuellement, à 80%
 - apprécie son travail

Plaintes MD

- Problèmes d'**irritabilité** et de **gestion de la colère**: s'énerve trop rapidement lorsqu'il est contrarié. P.ex.,: altercations verbales avec un collègue, conflits fréquents avec ses enfants
- Se mettait que très rarement en colère avant le TCC
- Est « marqué » par chaque épisode de colère; y repense fréquemment au point d'avoir parfois des difficultés d'endormissement: « Est-ce que c'est ma faute ? », « Pourquoi j'ai dit ça ? », etc.
- Difficultés de mémoire (p. ex., il pose un outil à un endroit, et quelques minutes plus tard, a oublié où il l'a posé)
- Pas de problèmes de planification, de concentration, ou de ralentissement.
- Pas de difficultés particulières en ce qui concerne ses activités de loisirs ou professionnelles. Est parfois contrarié lorsqu'il commet une « erreur », que cela soit sur son lieu de travail ou à domicile.
- Son patron, qui est au courant de ses antécédents, est satisfait de son travail.

Plaintes MD

- Plus déprimé qu'auparavant, moindre estime de lui-même (« Avant, je n'étais pas comme ça »): pense que son patron et ses collègues lui font moins confiance qu'auparavant
- Inquiet de son avenir, se demande s'il lui sera possible d'« être comme avant l'accident »
- Inquiet lorsque son fils et sa fille sortent le soir
- Importante fatigue depuis l'accident

Anamnèse épouse

- « Il n'est plus le même homme »: après l'accident, très colérique et n'acceptait aucune remarque. Dit avoir vécu un « enfer » à domicile où « tout le monde criait, mais lui criait encore plus fort » (durée deux ans)
- Ses enfants n'auraient plus de respect pour lui, relations conflictuelles père/fils, père/fille
- Durant cette période, Madame a bénéficié d'un suivi psychiatrique régulier; fils suivi par un pédiatre en raison d'une agressivité marquée à l'école
- MD a suivi une intervention psychologique et, depuis, la situation se serait passablement améliorée : accepte mieux les remarques et se dit prêt à progresser

Anamnèse épouse

- Fréquence actuelles des épisodes de colère: jusqu'à 4-5 épisodes quotidiens
- Episode-type: crie très fort (p.ex., « Non, c'est pas comme ça », « Tu ne m'écoutes pas »), et se montre très agité. N'a jamais insulté ni frappé les membres de sa famille
 - Apparus suite au TCC
 - Personnalité antérieure: plutôt calme et réservée
 - Actuellement: impulsif et comportements peu appropriés, colère et agressivité verbale (avec des personnes qui lui sont étrangères)
 - A toujours eu tendance à vouloir faire les choses à sa manière, tendance à l'irritabilité avant le TCC
- Plus déprimé, notamment en raison du fait que ses parents, qui habitent à l'étranger, ne viennent pas lui rendre visite
- Très fatigable. P.ex., Après une journée de travail, s'endort sur le canapé avant l'heure du souper

Anamnèse épouse

- Au plan relationnel, est plus « collé » à elle: il lui téléphone plusieurs fois par jour pour lui décrire ce qu'il s'est passé à son travail. A besoin de « protection » et de « réassurance »
- Pas de conflits conjugaux
- Aucun problème sur le plan de la sexualité

Antécédents médicaux

- TCC sévère suite à une chute en 20xx
 - plusieurs hématomes, hémorragie sous-arachnoïdienne, contusions hémorragiques fronto-basales bilatérales, nombreuses fractures crâniennes
 - hospitalisation: trois mois. Opération à l'épaule. Quatre mois de rééducation
- Médication: nihil
- OH: a arrêté
- SAS: suspecté

Bilans cognitifs précédents

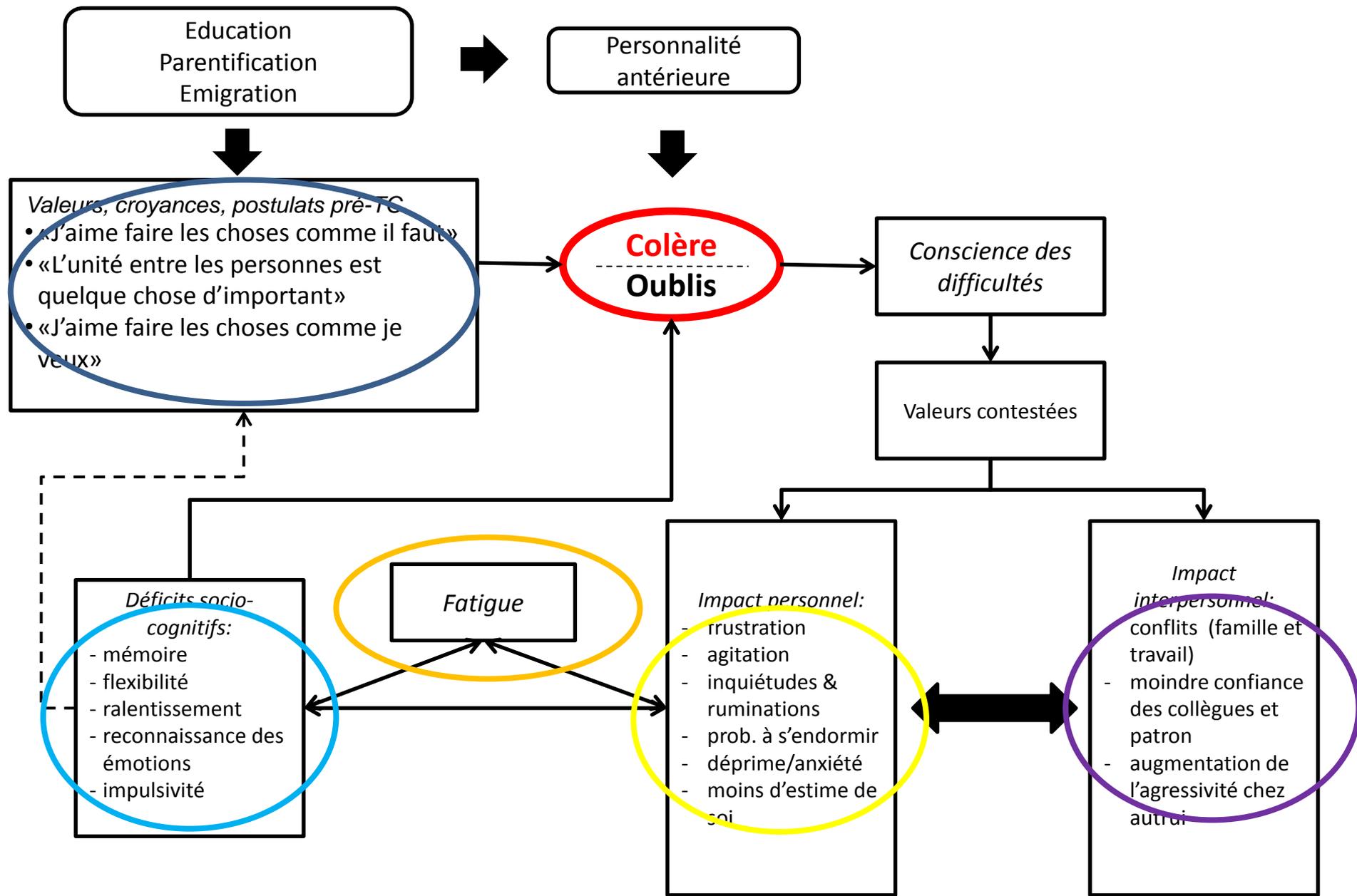
- 18 mois après le TCC
 - déficits modérés au niveau des fonctions exécutives (résolution de problèmes intégrant plusieurs contraintes, inhibition), légers sur le plan attentionnel (ralentissement des temps de réponse), troubles mnésiques légers à modérés, en particulier dans la modalité visuelle
 - davantage conscient et inquiet concernant ses troubles et constate désormais lui-même des changements sur le plan du comportement (notamment une irritabilité augmentée)
- Thérapie de groupe basé sur une approche cognitivo-comportementale

Bilan actuel

- Difficultés modérées sur le plan des **fonctions exécutives** (flexibilité mentale, mise à jour en mémoire de travail, attention divisée, planification et résolution de problème), de la **mémoire épisodique non verbale** et **ralentissement** important des temps de réaction.
- Reconnaissance d'émotions de base: déficitaire pour la **peur, tristesse, colère**
- Stockage en mémoire de travail (verbale et visuo-spatiale) est globalement préservée, tout comme l'alerte phasique.

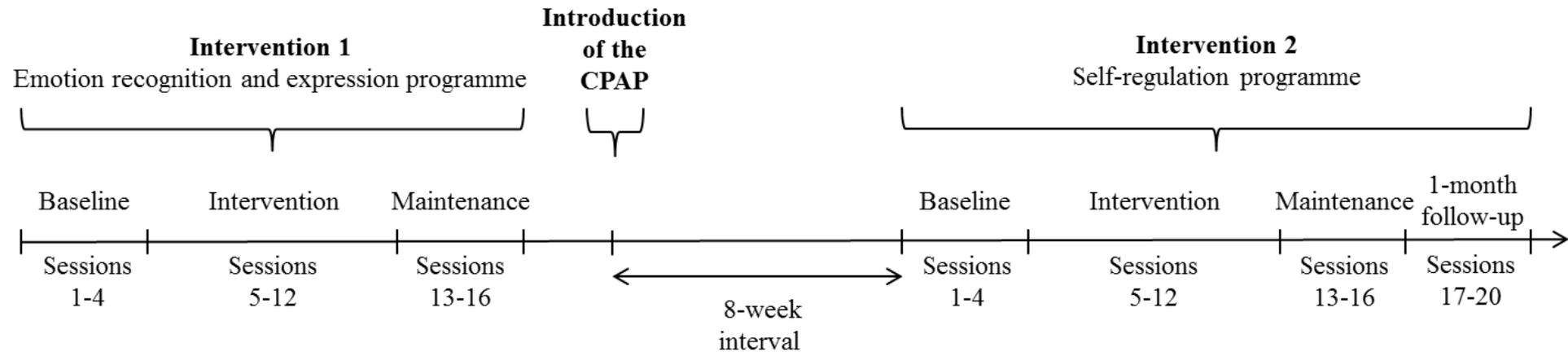
Bilan actuel

Echelles	Scores obtenus
NPI	Idées délirantes : 0 / 12 Hallucinations: 0 / 12 Agitation/agressivité : 12 /12 Dépression/Dysphorie : 9 / 12 Anxiété : 9 / 12 Exaltation de l'humeur/Euphorie : 0/12 Apathie/indifférence : 0/12 Désinhibition : 9/12 Irritabilité/Instabilité de l'humeur : 9/12 Compo. moteur aberrant : 0/12 Sommeil : 0/12 Appétit/troubles de l'appétit : 0/12 (perte partielle du goût et de l'odorat)
UPPS	Urgence : Avant : 10/16 ; Maintenant : 12/16 Manque de préméditation : Avant : 8/16 ; Maintenant : 12 /16 Manque de persévérance : Avant : 7/16 ; Maintenant : 14/16 Recherche de sensations : Avant : 7/16 ; Maintenant : 5/16
DEX	Total: 42/80 Comportement : 29/32 Cognition : 7/20 Emotion : 6/12



Procédure

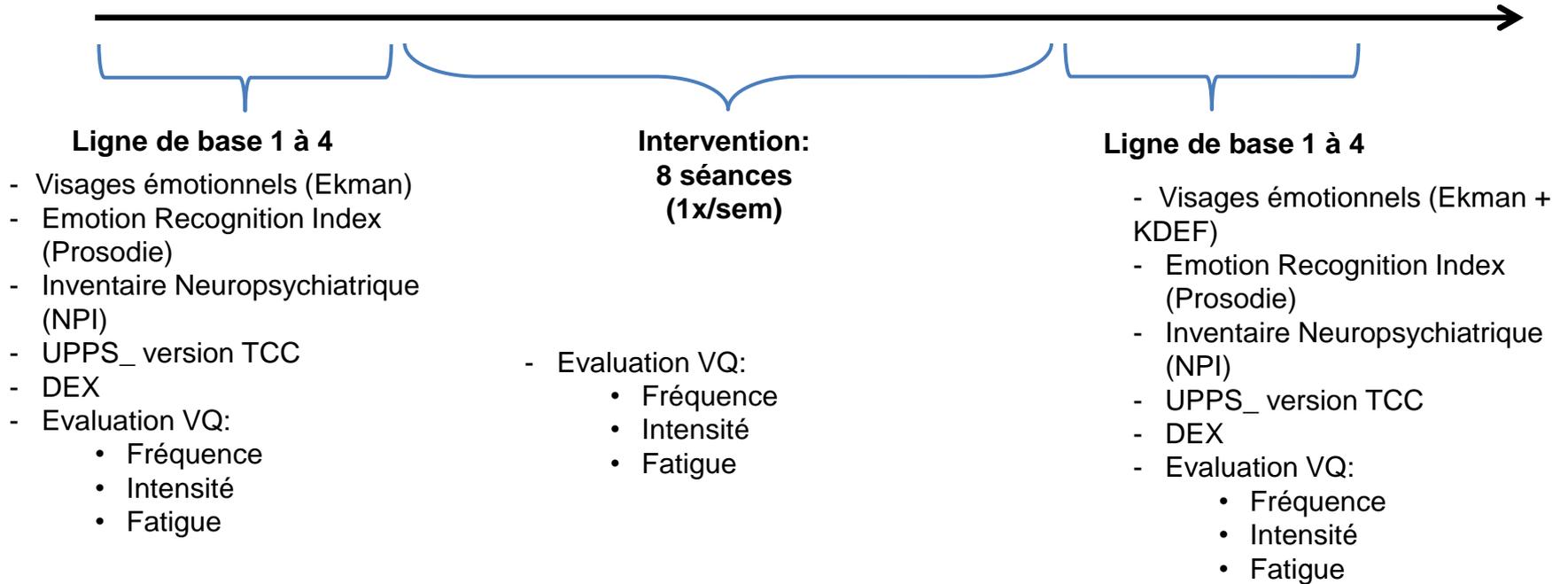
2 x AB (+ CPAP)



Intervention 1

- Intervention psychologique ayant pour but d'améliorer **l'expression et la reconnaissance des émotions**
 - prêter davantage attention aux régions du visage (p. ex., yeux et bouche) qui fournissent des informations pertinentes sur l'émotion exprimée par l'interlocuteur
 - différentes stratégies: « modeling », indiçage visuel avec estompage progressif, utilisation d'un miroir, identification des changements corporels, imagerie guidée
 - exercices et mises en situation (jeux de rôle).
- Élément important de la communication et des interactions sociales harmonieuses
- **Etudes de groupe:**  reconnaissance des émotions et inférences sociales, mais peu de généralisation à la vie quotidienne (Bornhofen & McDonald, 2008abc; Neumann et al. 2009; 2014)

Procédure AB



Matériel

- Ekman 60 faces (Ekman & Friesen,



Evaluation pré/post
(y.c. eye tracker)

- Emotion Recognition Index (ERI; Scherer & Scherer, 2001)
- Karolinska Directed Emotional Faces (KDEF; Lundkvist et al., 1998)



Evaluation pré/post

Evaluation post

- NimStim Faces (Tottenham et al., 2009)



Intervention

Matériel

- Inventaire neuropsychiatrique (Cummings et al., 1994, 1997; Robert et al., 1998)

◆ NPI (8 sur 12)

Section H : Impulsivité

"Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ?"

Réponse de

l'accompagnant :

Non *Passez à la section
suivante*

Oui *Posez les questions
ci-dessous*

N/A

Questions complémentaires	Cochez (X)	
	Non	Oui
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?		
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?		
Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses indélicates ou blessantes ?		
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?		
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?		
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les embrasse-t-il/elle d'une façon qui lui ressemble peu ?		
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle n'arrive plus à dominer ses impulsions ?		

☞ *Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette impulsivité.*

Matériel

- *DysEXecutive Questionnaire (DEX; Wilson et al., 1996; Piquard et al., 2010)*

1. Il/elle a des problèmes à comprendre ce que les gens veulent dire même s'ils disent les choses sans détours

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

2. Il/elle agit sans réfléchir, en faisant la première chose qui lui vient à l'esprit

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

3. Il/elle parle quelquefois de détails ou d'événements qui ne se sont jamais passés, mais il/ell croit qu'ils ont eu lieu

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

4. Il/elle a des difficultés à prévoir ce qui peut se passer et à s'organiser

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

5. Il/elle est parfois surexcité(e) par certaines choses et il/elle peut être un peu excessif(-ve dans ces moments là

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

6. Il/elle confond les événements les uns avec les autres, et les mélange dans le temps

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

7. Il/elle a des difficultés à réaliser l'étendue de ses problèmes et il/elle a du mal à en mesurer les conséquences

Jamais 0 Occasionnellement 1 Quelquefois 2 Assez souvent 3 Très souvent 4

Matériel

- Echelle UPPS d'impulsivité (Rochat et al., 2010)

Avant l'accident				Enoncé	Actuellement			
Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1	2	3	4	Il réfléchit soigneusement avant de faire quoique ce soit	1	2	3	4
1	2	3	4	Il aime faire des choses qui sont un petit peu effrayantes	1	2	3	4
1	2	3	4	Quand il est contrarié, il agit sans réfléchir	1	2	3	4
1	2	3	4	Il préfère mener les choses jusqu'au bout	1	2	3	4

Matériel

Carnet (Epouse)						
<p>Veillez mettre une coche dans la case adéquate à chaque fois que votre époux a exprimé de la colère en fonction de la date, du moment de la journée et de la situation/lieu. Veillez également évaluer l'intensité de cette colère.</p>						
<p>IMPORTANT! Il est important de remplir ce carnet du mieux que vous pouvez car nous l'utiliserons au cours des séances de prise en charge. Chaque semaine un nouveau carnet vous sera donné.</p>						
<p>N'oubliez pas de donner le carnet à votre époux (dans l'enveloppe) afin qu'il l'apporte à la séance. Merci de votre collaboration!</p>						
Jour	Date	Matin	Après-midi	Soir	Intensité <small>(1 = faible, 5 = moyenne, 10 = forte)</small>	Situation/ lieu
Exemple	17.02.2014			III	2 9 4	maison
mercredi	02.04.2014					
jeudi	03.04.2014					
vendredi	04.04.2014					
samedi	05.04.2014					
dimanche	06.04.2014					
lundi	07.04.2014					
mardi	08.04.2014					
<p>Veillez évaluer l'intensité de la fatigue de votre époux au cours de la semaine qui vient de s'écouler (1 = fatigue faible; 5 = fatigue moyenne; 10 = fatigue forte):</p>						
	Fatigue =					

Programme d'expression et de reconnaissance des émotions

- *Module 1*: psychoéducation; définitions; objectifs
- *Module 2*: focalisation de l'attention sur des traits pertinents du visage (estompage); exercice miroir; décrire des événements
- *Module 3*: similarité/discrimination
- *Module 4*: expression et reconnaissance des signaux internes (réactions corporelles); compréhension approfondie des émotions
- *Module 5*: mise en contexte/attribution des émotions; jeux de rôle
- *Module 6* : récapitulation

NB. Pour chaque exercice, si réponses correctes $\leq 85\%$, l'exercice est répété.

Module 2

- 4 exercices
 - 1. Introduction et « modeling »
 - 2. Identification des émotions
 - 3. Identification des émotions et description d'expériences personnelles
 - 4. Identification et imitation

Exercice 1: introduction et modeling



**Expression identique ou
différente ?**



- **Sourcils: levés + rides**
- **Paupières: levées**
- **Yeux: très ouverts**
- **Bouche: légèrement ouverte et tirée sur le côté**

PEUR



- **Sourcils: levés**
- **Yeux: très ouverts**
- **Bouche: ouverte (de bas en haut)**





Exercice 2: identification et description
d'événement personnels



- **Sourcils: froncés + rides**
- **Yeux: moitié ouverts**
- **Bouche: ouverte ou fermée (lèvres serrées) + tension mâchoire**

Exercice 3: identifier et imiter

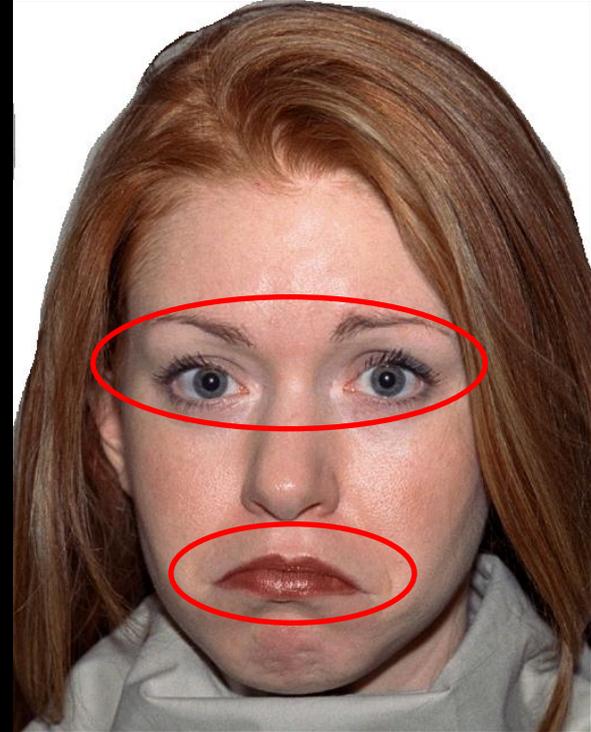


- **Sourcils: froncés + rides**
- **Yeux: moitié ouverts**
- **Bouche: ouverte ou fermée (lèvres serrées) + tension mâchoire**

Module 3

- 2 exercices
 - 1. « Même/différent » et identification
 - 2. Appariement

Même ou différent ?



Emotion ?

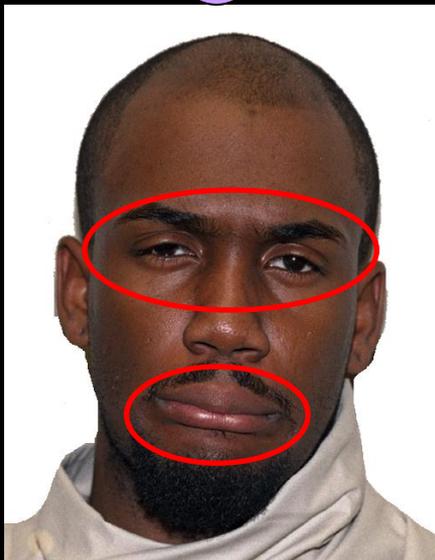


2

1

3

4



Module 4: compréhension approfondie des émotions et expression et reconnaissance des signaux internes

- Consignes : « Maintenant nous allons faire un exercice différent que simplement analyser des visages sur l'écran. Nous allons passer un peu de temps à discuter de certaines situations que vous avez décrites lorsque vous faisiez les exercices sur l'ordinateur. Cette partie de l'entraînement est très importante pour vous aider à comprendre vos propres émotions, ce qui en retour, est important pour comprendre les émotions ressenties par les autres personnes. Lorsque nous discuterons de ces événements qui se sont produits, j'aimerais que vous vous imaginiez dans la situation en question, que vous vous souveniez de cet événement de manière aussi réaliste que possible, et que vous essayiez de ressentir ce que vous avez ressenti au moment où cet événement s'est produit. Ce que j'entends par « ressenti » correspond aux indices que notre corps nous donne pour nous faire savoir ce que nous ressentons. Par exemple, si nous sommes heureux, notre corps semble léger et détendu. Si nous sommes apeurés, notre cœur peut s'emballer et nous pouvons nous sentir très nerveux. J'aimerais que vous essayiez de "ressentir" à nouveau ces sensations ».
- Des visages exprimant les émotions étudiées sont présentés sur l'écran d'ordinateur.
- Traitement émotionnel avancé : « Auparavant, nous avons discuté de xxx. Prenons un peu plus de temps pour discuter de cela. ». Sélectionner une situation et lire une brève description de l'événement produite auparavant par le participant pour cette émotion.
- Puis, le participant est invité à décrire davantage l'événement en répondant aux questions suivantes:

Module 4: compréhension approfondie des émotions et expression et reconnaissance des signaux internes

- Décrivez la situation de manière plus détaillée possible
- Qu'avez-vous ressenti ? Décrivez s'il-vous-plaît toutes les émotions que vous avez ressenties
 - Nommez les émotions ressenties (colère, peur, tristesse, joie, etc.)
 - Désignez sur l'écran d'ordinateur le visage qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti au cours de cette situation.
 - Quelle(s) réaction(s) du corps avez-vous ressenti ? Utilisez la table 1 ci-dessous pour des exemples
 - Essayez de vivre à nouveau les sensations de votre corps
 - Évaluez l'intensité des réactions de votre corps
- Pourquoi pensez-vous que vous avez ressenti ces émotions ? Par exemple, « J'étais en colère parce que..., mais j'étais aussi triste parce que... », etc.
- Comment avez-vous répondu à la situation ?
 - Quel a été votre comportement ?
 - Quelles émotions avez-vous exprimé en apparence, en particulier sur votre visage ?
- Que pensez-vous que les autres personnes ont perçu de votre réaction émotionnelle dans cette situation ? Qu'ont-ils pensé de votre réaction ?
- Comment les autres personnes ont réagi à votre comportement ?
 - Quelle était leur expression faciale ?
 - Quel était leur comportement ?
 - Pourquoi pensez-vous que les autres personnes ont ressenti les choses de cette manière ?

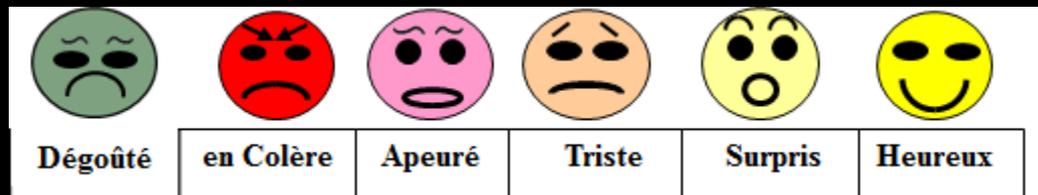
Module 5: mise en contexte/attribution des émotions

- 2 exercices
 - Attribution des émotions à partir de situations plus ou moins réalistes et identification de ses propres émotions; justifications
 - Jeux de rôle

Votre épouse a réuni tous vos proches pour fêter votre anniversaire.



Vous êtes ...

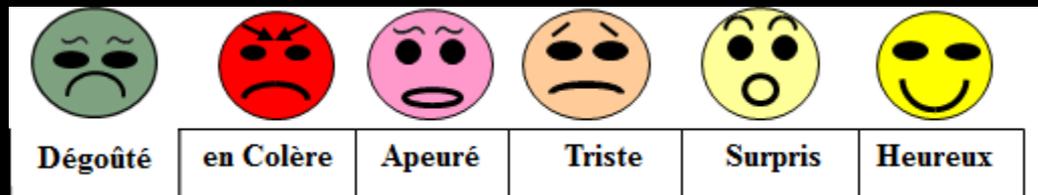


Votre épouse est ... ?

Le meilleur ami de votre fils lui annonce qu'il part définitivement vivre à l'étranger



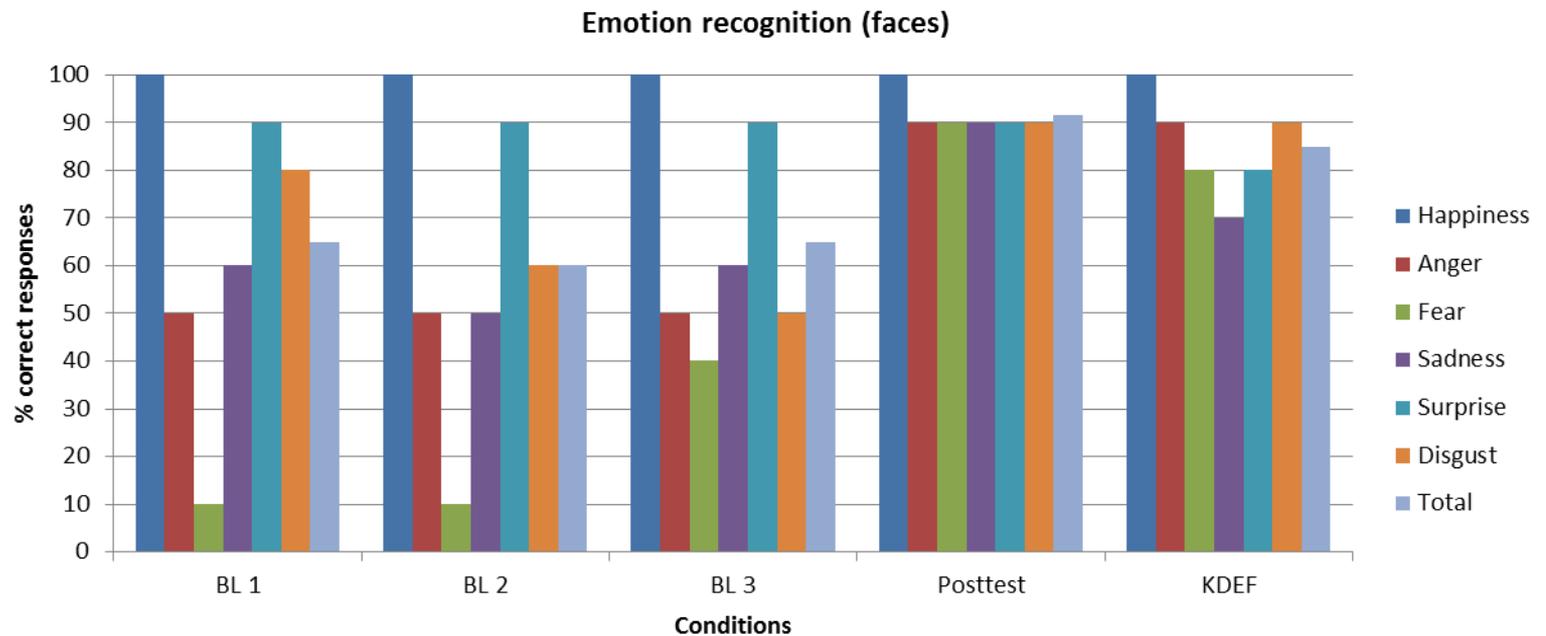
Votre fils est ...



**Vis-à-vis de votre fils,
vous vous sentez ...**

?

Résultats: Reconnaissance des émotions (visages)

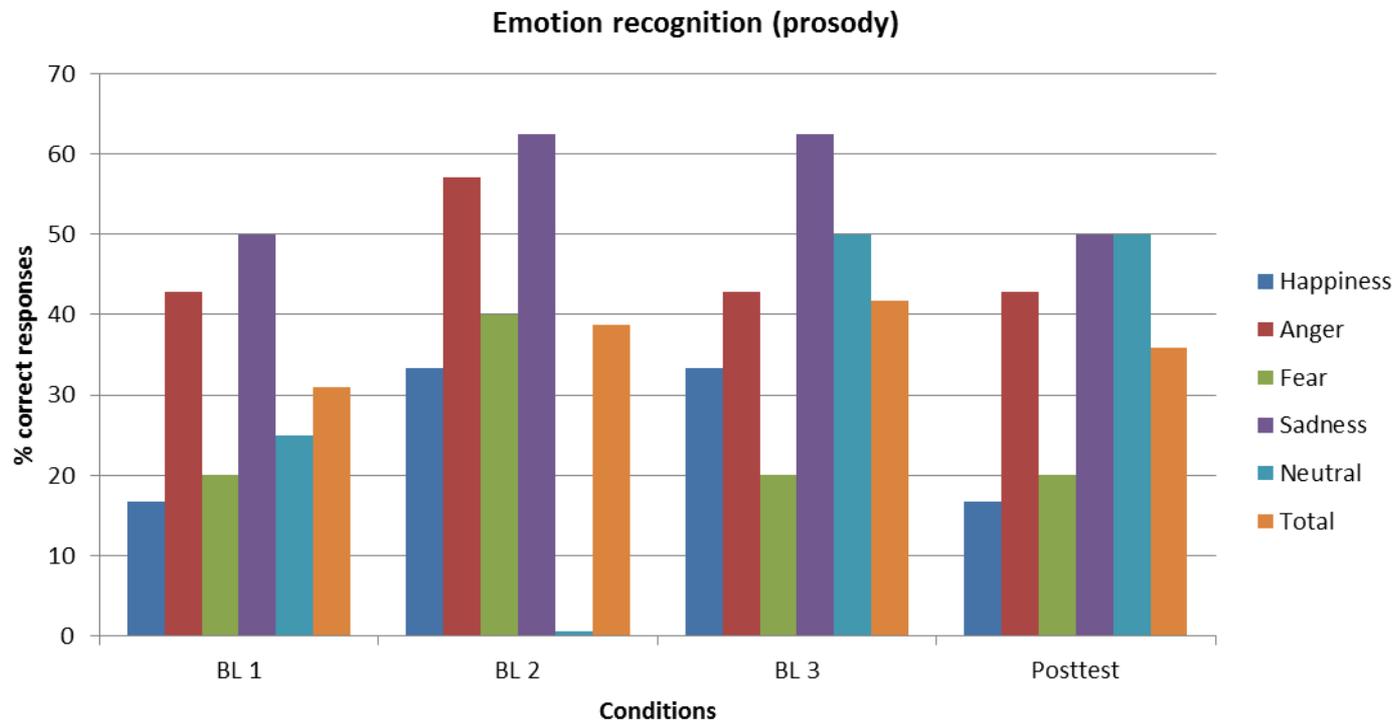


Conditions



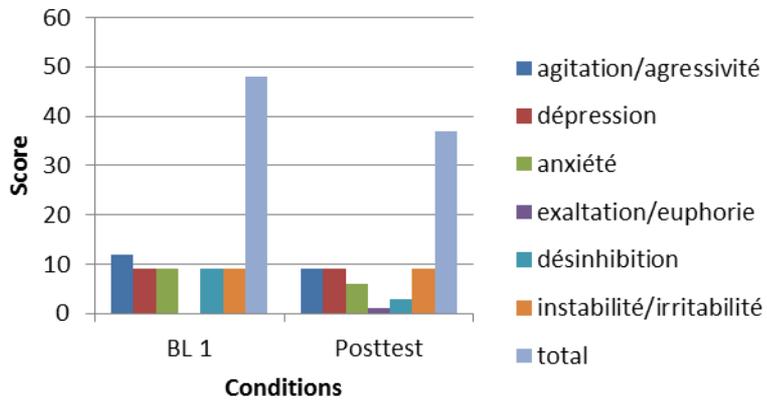
Session « eye
tracker »

Résultats: Reconnaissance des émotions (prosodie)

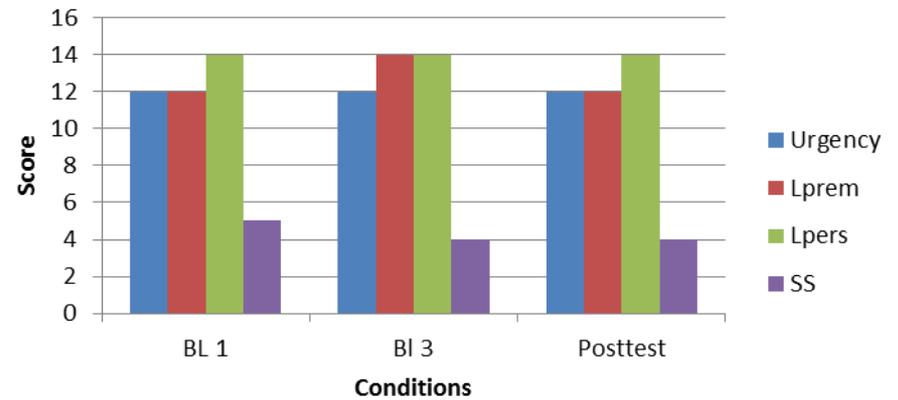


Résultats: Questionnaires

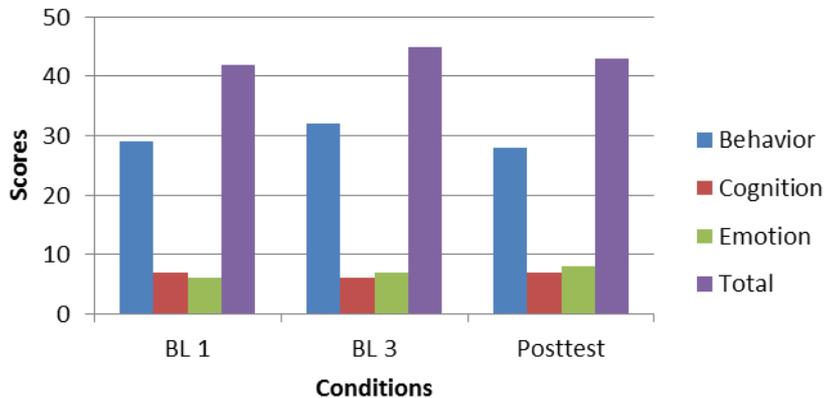
Neuropsychiatric Inventory



UPPS Impulsive Behavior scale (TBI form, wife)



DEX (wife)



Analyse: spécificités du cas unique

- Distributions non normales
- Variances pas homogènes
- Dépendances sérielles
- Tendances positives/négatives en ligne de base
- Pas de consensus sur les analyses

Résultats: colère dans la vie quotidienne

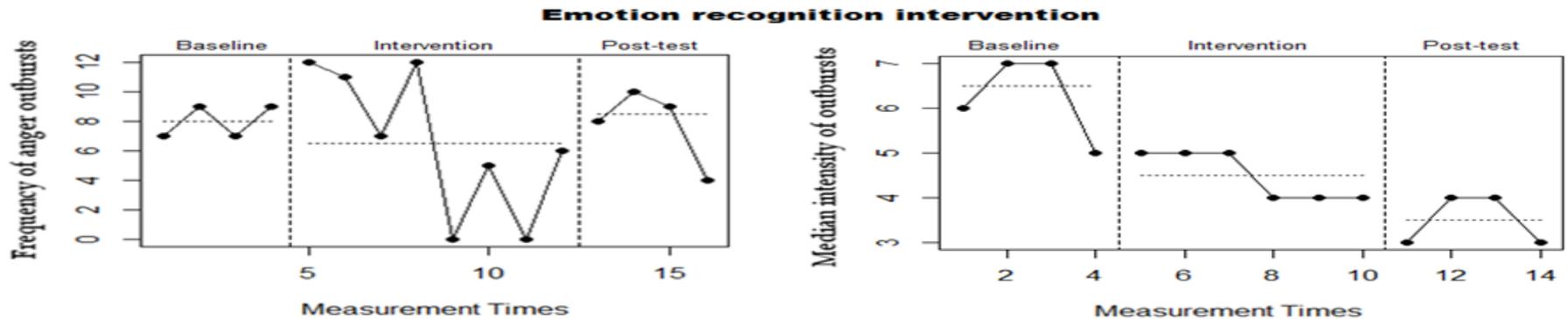


Figure 1. Graphical representation of the data obtained for frequency and intensity of anger outbursts under the two interventions. The dashed lines represent within-phase medians.

Emotion recognition		Nonoverlap of all pairs	Slope change	Net level change
Frequency	A ₁ B	59.37	-1.52	-0.04
	BA ₂	53.13	-0.48	6.98
Intensity	A ₁ B	93.75	0.13	-0.42
	BA ₂	10.00	0.20	-0.30

Table 2. Two-phase comparisons for the two types of intervention (emotion recognition and self-regulation) carried out using the non-overlap of all pairs and the slope and level change procedures

Résultats:

colère dans la vie quotidienne

▪ Aspect qualitatifs

• MD

- a appris à mieux se connaître, à mieux comprendre ses réactions
 - a le sentiment qu'il a moins d'épisodes de colère qu'avant
 - au cours d'interactions sociales, essaie de se poser la question de savoir ce que l'autre ressent, mais c'est difficile car « tout va très vite »
 - quand la colère monte, toujours aussi difficile de l'arrêter
 - conflits avec les enfants: comme avant
 - satisfaction: 6/10

• Epouse

- va mieux de manière générale, moins de crises de colère. Davantage de périodes calmes
- est très calme quand il revient de l'intervention
- conflits avec les enfants: comme avant
- a amélioré les relations avec sa mère, est allé chercher ses parents (avion)
- n'a pas vraiment remarqué de changements dans son comportement lorsqu'il s'énerve
- satisfaction: 7/10

Intervention 2: les intentions d'implémentation

- Stratégie de planification et d'auto-régulation
- Permet d'augmenter la réalisation de comportements orientés vers un but
- Intention de but « je veux atteindre le but X »
- Intention d'implémentation (II) « Si je me trouve dans la situation Y, alors je réalise le comportement Z »
- Préciser verbalement et sous formes d'images mentales où, quand, et comment un comportement doit être réalisé

Intervention 2:

les intentions d'implémentation

- Fonctions cognitives
 - Mémoire prospective
 - Inhibition
 - Gestion de doubles tâches
 - ...
- Efficacité dans une grande variabilité de situations/populations
 - Situations écologiques/vie réelle
 - Population générale/ population clinique
- Méta-analyse (Gollwitzer & Sheeran, 2006)
 - Taille d'effet modérée à importante : $d = .65$
 - Populations cliniques : $d = 1.10$

Intervention 2: les intentions d'implémentation

- Effet indépendant de la présence d'une charge cognitive interférente (Brandstätter, Lengfelder, & Gollwitzer, 2001)
- Efficacité chez patients avec déficits de processus contrôlés (e.g. Brandstätter et al., 2001)
- Effet plus important chez personnes avec ressources élevées en MdT (Burkard, Rochat, & Van der Linden, 2014)

Intervention 2:

les intentions d'implémentation

- Inhibition / delay discounting et garçons avec THADA (Gawrilow & Gollwitzer, 2008, 2011)
- Capacités attentionnelles et personnes avec diagnostic de schizophrénie (Brandstätter, Gollwitzer, & Lengfelder, 2001)
- Capacités attentionnelles et personnes cérébrolésées avec et sans lésions frontales (Lengfelder & Gollwitzer, 2001)
- Mémoire prospective, inhibition et personnes âgées (p.ex., Burkard, Rochat et al., 2013;2014)

Intervention 2: les intentions d'implémentation

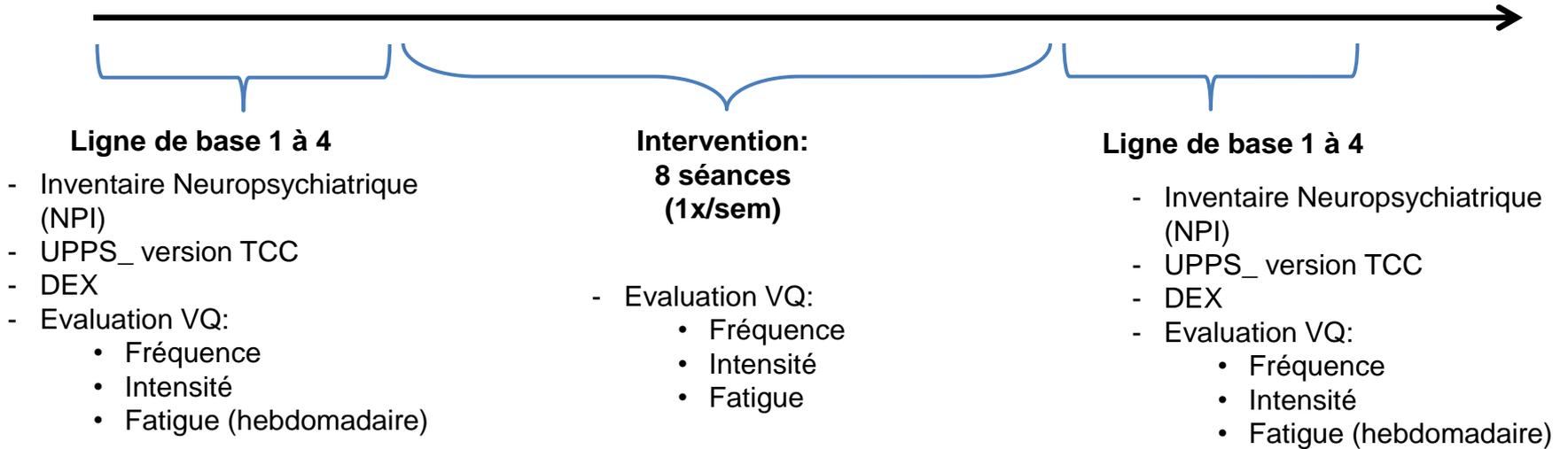
- Compliance médicamenteuse chez des personnes ayant eu un AVC ou AIT: 10% de doses supplémentaires selon l'horaire prescrit (O'Carroll et al., 2013); idem chez personnes épileptiques (Brown et al., 2009)
- Mesure du taux de glucose/de la tension chez la personne âgée (Liu et Park, 2004; Brom et al., 2014)

Intervention 2: les intentions d'implémentation

- **Fonctionnement**
 - Accessibilité augmentée de la situation-cible
 - Création d'un lien entre une situation et un comportement
 - Déléguer le déclenchement du comportement à la situation spécifique

- **Former une intention d'implémentation signifie:**
 - Lien entre situation et comportement au niveau verbal: formule 'si-alors
 - Lien entre situation et comportement sur le plan visuel
 - Aspects de planification: spécifier où, quand et comment l'on veut réaliser une action

Procédure AB



Intervention 2: intentions d'implémentation

- **Module 1. Stratégies de régulation des émotions et affirmation de soi**
- **Module 2. Comportement alternatif: le «PREP»**
- **Module 3. Comment appliquer le PREP? Les intentions d'implémentations**
- **Module 4. Mise en pratique**

Module 1

- *Objectif: travailler l'utilisation d'une stratégie qui permet d'augmenter les comportements adaptés dans la vie de tous les jours*
- *Identification des stratégies de régulation de la colère utilisées par MD*
- *L'affirmation de soi: comment bien communiquer ?*
- *Explication: comment fonctionnent les II, quand est-ce qu'on peut/ne peut pas les utiliser, comment les utiliser ?*

Module 1

- Relaxation
 - Respiration profonde => Pratiquée à chaque fin de séance
 - Relaxation musculaire
 - Baisse la tension, mais penser à l'appliquer

- Distraction
 - Penser à autre chose, à qqch de positif
 - Fonctionne parfois si colère pas trop intense

- Interruption
 - Quitter la pièce, faire une autre activité
 - Fonctionne, mais on ne dit pas ce qu'on pense

- Relativisation, mise en perspective
 - C'est pas si grave, ça aurait pu être pire
 - Fonctionne, mais on ne dit pas ce qu'on pense



Module 1

- Trois manières de communiquer + conséquences positives-négatives

Affirmée :

- exprime son point de vue
- respecte le point de vue des autres
- est clair et précis dans ce qu'il dit
- regarde l'autre en face, décontracté
- en cas de conflits, cherche un compromis
- est content de s'être exprimé, d'avoir respecté les autres

Agressive :

- impose son point de vue
- parle à la place de l'autre
- tendu, hausse la voix
- en cas de conflits, contre-attaque
- satisfaction d'avoir obtenu qqch immédiatement, mais regrets plus tard

Passive :

- n'exprime pas son point de vue
- ne regarde pas l'autre en face
- évite les conflits
- frustration, regrets de ne pas s'être exprimé

Module 1

- Apprendre une nouvelle technique pour améliorer le contrôle sur son comportement et ses émotions (colère)
- Communiquer et être affirmé
- Pas remplacer les stratégies utilisées jusqu'à maintenant, mais ajouter un **outil** à la « boîte à outils »

Module 2: comportements alternatifs et affirmation de soi via l'acronyme PREP

- **Pause:** je m'arrête
- **Respirer :** je respire profondément pour diminuer la tension
- **Evaluer :** j'évalue ma colère sur un « thermomètre » (1= pas de colère à 10 = colère très importante). Si la colère < 3, passer au point 4. Sinon, continuer la respiration jusqu'à ce que la colère diminue ou quitter la pièce.
- **Parler:** j'exprime calmement mon émotion de colère ; « Je suis en colère parce que... » (donner son avis calmement sur la situation)

=> Apprentissage par **récupération espacée**

Module 3: Comment appliquer le PREP?

Les intentions d'implémentations

- Explications générales



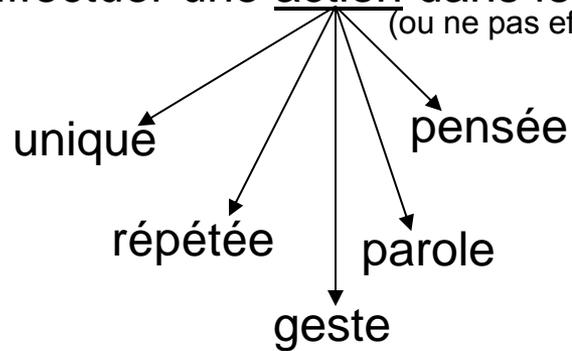
- Analyses de scénarios

- apprentissage de la composante verbale de la stratégie
- exercices de visualisation
- situations d'utilisation possibles à travers des exemples concrets

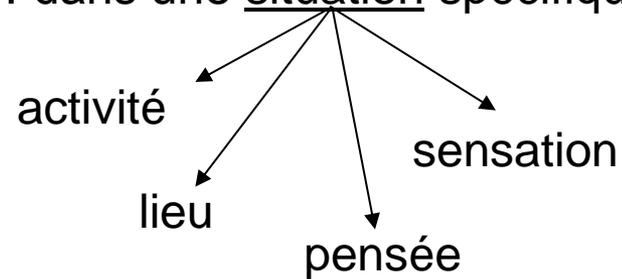
Module 3

La stratégie 'quand-alors' est utile pour...

Effectuer une action dans le futur...
(ou ne pas effectuer une action dans le futur...)



... dans une situation spécifique



Module 4: mise en pratique

- Identification des situations à risque de se mettre en colère
 - désaccord avec les enfants (p.ex., ranger le scooter, utiliser le scooter pas aux normes)
 - lorsque ces enfants ne l'écoutent pas
 - fatigue importante
 - lorsque les enfants parlent mal, sont impertinents

- Identification des signes précurseurs de la colère: *crampe à la jambe et chaleur dans les mains*

- Situations spécifiques => Intentions d'implémentation:
 - « *Quand je rentre chez moi et que ma fille n'a pas rangé pas son scooter, alors je fais le PREP* »
 - « *Quand je ne suis pas d'accord avec mon fils à propos du scooter, alors je fais le PREP* »
 - « *Quand je commence à m'énerver et que je sens une crampe dans la jambe et une chaleur dans les mains, alors je fais le PREP* »
 - *Discussion sur l'application de la stratégie (colère contre soi-même, renforcer un comportement, augmenter le sentiment d'auto-efficacité)*

Module 4

- Remarques de MD sur l'utilisation de la stratégie:
 - très simple à utiliser
 - fréquence: 2-3x/semaines (va au bout du PREP 2/3 du temps, sinon quitte l'endroit)
 - en cas d'échecs, ne peut pas expliquer pourquoi. Colère trop forte ? Fatigue ?
 - considère que le « STOP » est la base de la stratégie. « C'est une bonne habitude »
 - Motivation à utiliser les II
 - Utilisation spontanée de la stratégie dans la VQ: « Là, si ma fille me répond, alors je fais le PREP »

Résultats: colère dans la vie quotidienne

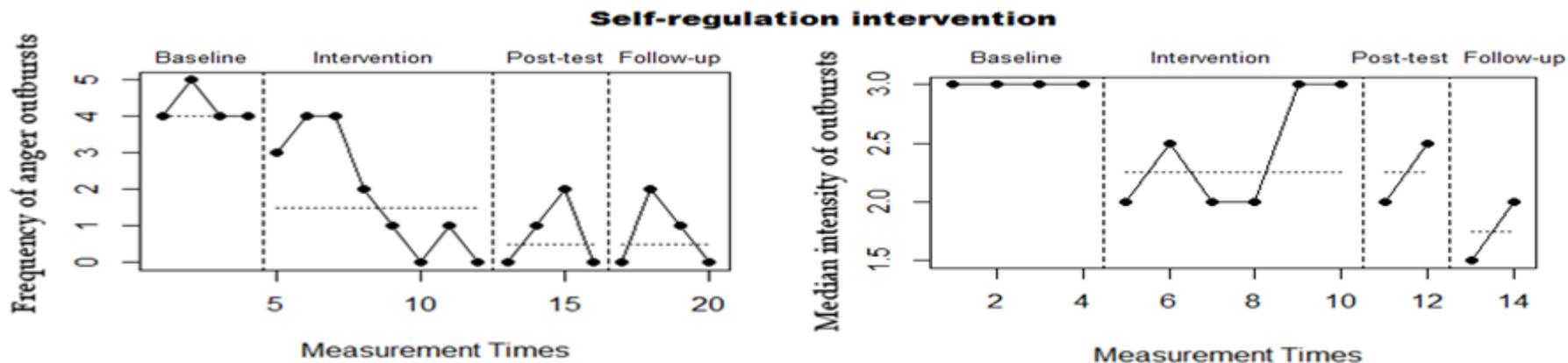
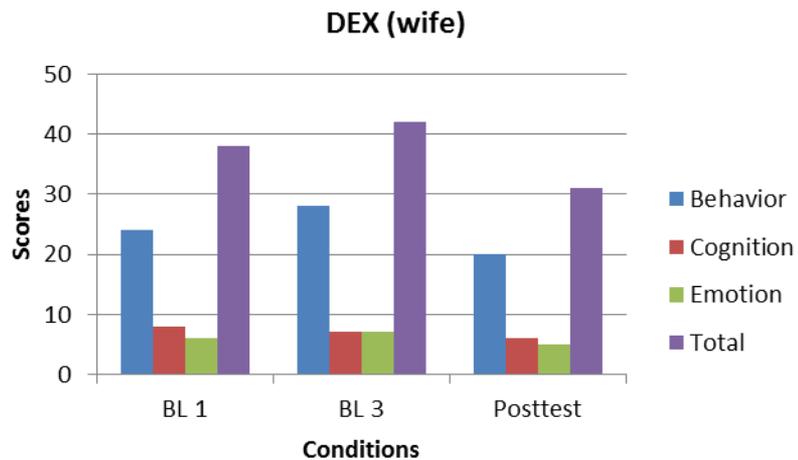
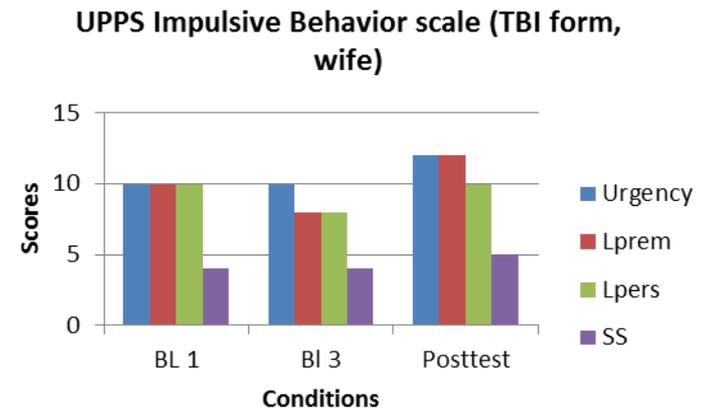
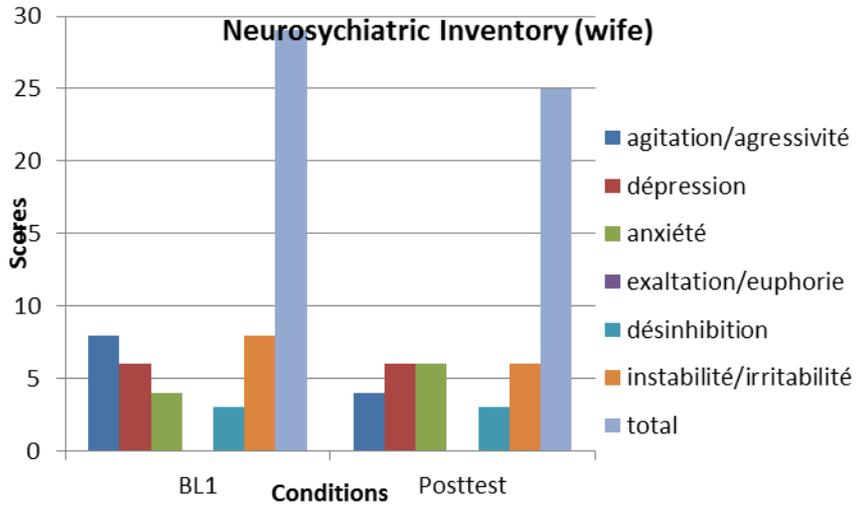


Figure 1. Graphical representation of the data obtained for frequency and intensity of anger outbursts under the two interventions. The dashed lines represent within-phase medians.

Self-regulation		Nonoverlap of all pairs	Slope change	Net level change
Frequency	A ₁ B	90.63	-0.43	-0.88
	BA ₂	29.69	0.43	0.80
	A ₂ FU	50.00	0.00	0.00
Intensity	A ₁ B	83.33	0.20	-1.08
	BA ₂	41.67	0.30	-1.12
	A ₂ FU	12.50	0.00	-1.50

Table 2. Two-phase comparisons for the two types of intervention (emotion recognition and self-regulation) carried out using the non-overlap of all pairs and the slope and level change procedures

Résultats: questionnaires



Résultats

■ Aspect qualitatifs

• MD

- « J'arrive mieux à me contrôler »
- parfois, la fille range le scooter
- content de pouvoir exprimer son désaccord autrement que par la colère
- satisfaction: 8/10

• Epouse

- souvent, il s'arrête qcq secondes avant de s'exprimer
- beaucoup moins d'épisodes de colère
- plus calme même dans des situations de désaccord
- semble plus détendu de manière générale
- conflits avec les enfants toujours présents, mais moins fréquents (stt avec la fille)
- satisfaction: 8/10

Taille d'effet générale (d)

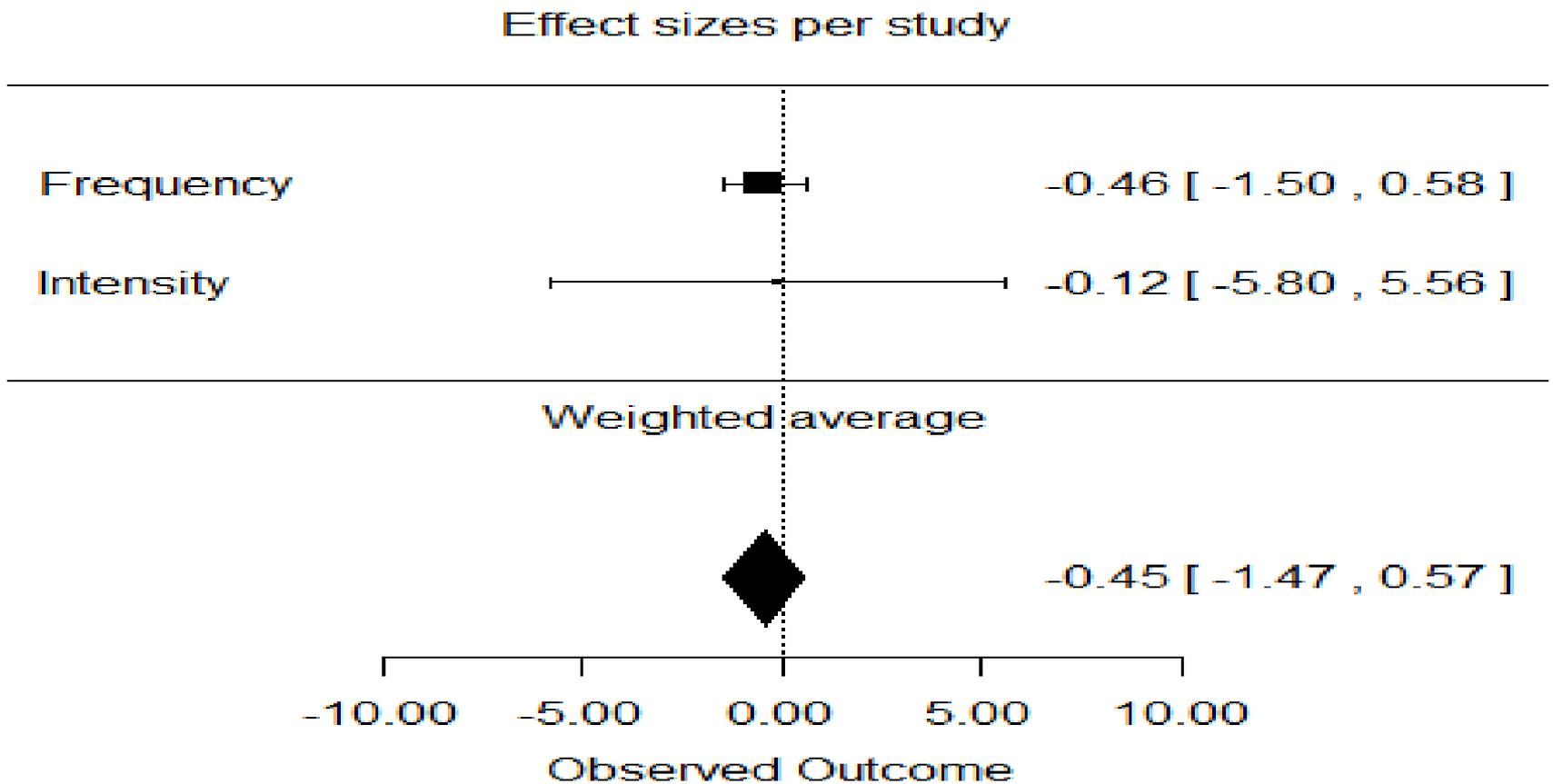


Figure 4. Results of computing the d -statistic for multiple baseline data for the frequency and intensity of anger outbursts, as well as their meta-analytical integration.

Conclusions

- Efficacité modérée des interventions
- Implémentation d'intentions > Reconnaissance et expression des émotions
 - rôle de la fatigue ?
 - effet incrémentiel?
- Intentions d'implémentation: facile, efficace et motivant
- Répliques/améliorations nécessaires
- Effets à long terme ?

Conclusion

- Adopter une approche plurielle, intégrative et centrée sur la personne

- Caractère multifactoriel (facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux) des problèmes socio-émotionnels et hétérogénéité des mécanismes psychologiques qui les sous-tendent => mettre en place des interventions psychologiques et sociales taillées sur mesure en fonction des problèmes spécifiques de la personne
 - des interventions à plusieurs facettes complémentaires, focalisées sur différents processus psychologiques et différents facteurs sociaux et environnementaux. Par ailleurs, un travail préparatoire devra être effectué lorsque les personnes sont peu conscientes de leurs difficultés, manquent de motivation ou encore expriment des buts irréalistes.

Conclusion

- La mise en place d'une approche intégrative dans la prise en charge des problèmes socio-émotionnels chez des personnes cérébrolésées requiert des connaissances conceptuelles et des aptitudes cliniques qui transcendent celles d'une approche d'intervention spécifique (ou d'un « courant » théorique).
- De plus, les objectifs d'une telle approche sont non seulement de diminuer les comportements et/ou réactions émotionnelles problématiques, mais plus largement d'**optimiser la qualité de vie et le bien-être des personnes (et de leurs proches), en augmentant l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle de son existence, et en améliorant les relations familiales et interpersonnelles.**

Merci pour votre attention !!!