

SERVIER Arthur

130, rue du Général de Gaulle

57050 Longeville-lès-Metz

Tuteur :

Mme. ANCHEN Gabriela

Mémoire de Module 3 – 2019/2020

Prise en charge d'un Episode Dépressif Caractérisé chez un patient en rémission partielle d'un Trouble de l'usage des stimulants

Table des matières

Résumé	3
1. Cadre de travail.....	3
2. Motif de consultation.....	4
3. Anamnèse	4
3.1. Histoire de l'épisode actuel.....	4
3.2. Histoire du trouble	5
3.3. Traitements actuels et antérieurs	6
3.4. Facteurs de risque	7
3.5. Histoire de vie.....	7
4. Diagnostic.....	9
4.1. Démarche diagnostique.....	9
4.2. Hypothèses diagnostiques	9
4.3. Diagnostics différentiels	10
5. Cadre théorique	11
5.1. Définition et épidémiologie du trouble dépressif caractérisé	12
5.2. Conceptualisation de la dépression en TCC.....	12
5.3. Approches et techniques employées en TCC dans le traitement de la dépression	13
5.4. Prévention de la rechute addictive en TCC, et spécificités de l'usage de stimulants.....	14
5.5. Recommandations pour le traitement combiné de la dépression et de l'addiction	15
6. Ligne de base	15
6.1. Questionnaire utilisé	15
6.2. Indices comportementaux	16
6.3. Bilan des évaluations	16
7. Analyse fonctionnelle	16
8. Analyse de la demande et contrat thérapeutique :	18
9. Projections thérapeutiques	18
9.1. Etablissement du plan thérapeutique.....	18
9.2. Description des séances effectuées :	19
9.3. Projections pour les séances à venir :.....	21
9.4. Diagramme récapitulatif	22
10. Présentation de séances	22
10.1. Séance 12 : Gestion du <i>craving</i> (explication d'une méthode)	22
10.2. Séance 14 : Activation comportementale (application d'une méthode)	24
11. Analyse de l'échec et de la réussite	26
11.1. Evolution des indices	26
11.2. Conclusion et ressenti du thérapeute.....	27
Bibliographie.....	28

Résumé

Ce mémoire retrace les étapes du suivi psychologique de Hakan (42 ans), présentant des antécédents de dépression et d'addiction aux produits stimulants (amphétamines/cocaïne). Au cours de sa démarche de soin en addictologie, une TCC a été débutée lors de la survenue d'un épisode dépressif.

Les éléments cliniques qui ont permis l'établissement du diagnostic et l'analyse fonctionnelle sont présentés. Les stratégies thérapeutiques qui ont été privilégiées sont décrites, en prenant en compte les recommandations issues de la littérature scientifique, ainsi que les priorités identifiées par le patient. Le contenu de deux séances et les projections concernant la suite de la thérapie sont également détaillés. Enfin, ce mémoire propose une réflexion concernant les spécificités de l'accompagnement des personnes présentant des troubles dépressifs et addictifs comorbides. Aider le patient à développer un mode de vie suffisamment gratifiant, en dehors des consommations, apparaît comme un enjeu crucial.

1. Cadre de travail

Initialement, je reçois Hakan (42 ans) dans le cadre de son séjour dans un CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel), un dispositif d'hébergement rattaché à un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Le CTR, situé en zone rurale, permet aux patients d'effectuer des séjours de plusieurs mois pour travailler sur leurs conduites addictives, adopter des habitudes de vie plus « saines », et expérimenter l'abstinence. En complément de l'accompagnement proposé sur place par une équipe pluridisciplinaire (éducateurs spécialisés et techniques, infirmier, médecin, psychiatre...), j'y intervins en proposant des entretiens individuels et des groupes de Prévention de la Rechute. Les TCC sont intégrées dans le parcours de soin, en abordant des éléments psychoéducationnels et motivationnels, de même qu'en favorisant l'apprentissage de stratégies de gestion des émotions et du *craving*.

Par la suite, le suivi psychologique de Hakan s'est prolongé lors de son hébergement dans un ATR (Appartement Thérapeutique Relai). Il s'agit d'un dispositif visant à développer l'autonomie des accueillis (éloignement du secteur géographique d'origine, reprise d'un emploi...), tout en bénéficiant d'un accompagnement régulier par l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA. La continuité du suivi psychologique avait alors pour objectif principal la prévention de la rechute, par la consolidation de certains « acquis » et le développement de nouvelles stratégies. L'intégration d'un logement autonome est souvent l'occasion de réévaluer les attentes du patient au niveau psychologique, et parfois de proposer une TCC dont l'objet est soit l'addiction, soit un autre trouble psychique.

2. Motif de consultation

Afin d'amorcer l'alliance thérapeutique et d'évoquer les attentes des patients séjournant au CTR, un rendez-vous d'« accueil psychologique » est systématiquement proposé. Je rencontre Hakan dans ce cadre, son séjour faisant suite à un sevrage de deux semaines à l'hôpital. Au cours de l'entretien, Hakan évoque ses problèmes d'addiction et de dépression. Il consomme différents produits depuis longtemps, et est actuellement en difficulté par rapport à ses consommations excessives d'amphétamines (et dans une moindre mesure, de cocaïne et d'alcool). Bien qu'hésitant de prime abord, il demande à être aidé pour « accepter » sa situation, et maintenir son abstinence. Son souhait est d'aborder en priorité le « présent ». Nous convenons de nous revoir pour approfondir ses motivations et explorer en détail les fonctions et conséquences de ses conduites addictives. Cette exploration permettra également d'identifier d'éventuels troubles psychologiques concomitants et de déterminer des cibles thérapeutiques pertinentes. Hakan est d'accord avec cette démarche, et a conscience de l'intérêt de s'impliquer dans un suivi psychologique.

3. Anamnèse

3.1. Histoire de l'épisode actuel

Lors de la première phase du suivi psychologique, centrée sur la prévention de la rechute, Hakan présentait des symptômes résiduels d'un précédent épisode dépressif (en rémission partielle à partir de sa cure de sevrage). Cependant, ce mémoire porte sur la deuxième phase du suivi psychologique, qui concerne une « rechute » dépressive (environ 6 mois après le premier entretien).

3.1.1. Facteurs déclenchants

L'épisode dépressif débute alors que Hakan a intégré l'ATR depuis deux mois, et repris le travail en intérim (peintre en bâtiment) depuis un mois. Alors qu'il fournissait des efforts pour gérer les *cravings*, toujours réguliers, le mode de vie plus sain qu'il avait adopté (rythme, travail, sport...) ne lui apportait qu'une satisfaction limitée, pour beaucoup de « contraintes ». Au déclenchement de l'épisode dépressif se trouvait donc une insatisfaction, une déception globale par rapport à sa vie et son quotidien. Hakan se plaignait de la pénibilité de son travail, qu'il trouvait trop physique et épuisant.

3.1.2. Facteurs d'aggravation et de maintien

Rapidement, Hakan s'est mis à douter de sa capacité à poursuivre sa démarche de soin, et à atteindre les objectifs fixés à son entrée dans l'ATR (travailler, être abstinent, modérer ses consommations d'alcool, s'impliquer dans de nouvelles activités, développer des relations sociales...). Alors qu'il s'octroyait

auparavant des « petits plaisirs » (restaurant, cinéma...), il a commencé à craindre des répercussions financières, au point de ne plus profiter de ces moments privilégiés, et de finalement les abandonner. Du fait de ses craintes, il désignait alors le travail comme seul objectif prioritaire. Il s'efforçait de tenir le rythme, mais se montrait très anxieux à l'idée que son contrat puisse ne pas être renouvelé (du fait de son « incompétence », d'un arrêt maladie...). Ce stress permanent engendrait alors une grande fatigue.

En parallèle, Hakan manifestait des signes de désinvestissement par rapport à son suivi au CSAPA, et « loupait » des rendez-vous (avec moi, mais aussi avec sa référente), renforçant un peu plus son isolement. Des ruminations pessimistes de plus en plus récurrentes (« le travail est trop rude, j'ai pas envie de cette vie là... », « tout ça ne me mènera nulle part... je vais me retrouver à la rue ») ont également contribué à alimenter sa croyance selon laquelle « il ne s'en sortirait pas ». Tous ces éléments ont contribué à renforcer son insatisfaction globale, et à augmenter la fréquence de ses *cravings*.

3.1.3. *Etat actuel*

Au moment de l'établissement du contrat thérapeutique, les semaines de Hakan étaient surtout remplies par son activité professionnelle. Alors qu'il envisageait une reconversion en peintre décorateur (métier plus créatif, et moins fatiguant), il abandonne ses recherches de formation. Il sortait peu, excepté deux ou trois soirs par semaine pour consommer de l'alcool (jusqu'à l'ivresse le week-end). Il s'agissait des seuls moments où il parvenait à obtenir du plaisir et à « relâcher la pression », les autres activités n'étant plus investies. Lorsque Hakan se retrouvait seul et inoccupé dans son appartement, il ruminait de façon pessimiste et anxieuse, avec des idées noires de plus en plus fréquentes. En rentrant du travail, il regardait la TV, mangeait tôt (vers 18h), prenait son traitement (somnifère) vers 19h, et s'endormait vers 20h. Il identifiait sa tendance à se réfugier dans le sommeil pour éviter l'ennui et les émotions négatives.

Hakan se maintenait dans un mode de vie déséquilibré, où la priorité était donnée aux contraintes (travail, tâches ménagères...). Face à l'ennui et la tristesse, il témoignait de *cravings* de plus en plus fréquents, surmontés au prix d'une grande frustration, sans trouver d'alternative. Il reportera même une visite à ses proches, dans sa ville d'origine, par peur de « craquer », accentuant encore son isolement.

3.2. Histoire du trouble

Concernant la récurrence du trouble, le patient a déjà vécu au moins deux épisodes dépressifs. Le premier s'est déroulé en 2014, dans un contexte de reprise du travail. Les deux années précédentes, Hakan n'avait pas eu d'activité professionnelle en raison d'un accident du travail, et en avait profité pour s'adonner à ses « passions » (le dessin, l'infographie). Le retour au travail a été mal vécu, du fait de la

pénibilité de son métier au niveau physique, mais aussi de mauvaises relations avec ses collègues. Hakan a alors traversé un épisode dépressif majeur, qui durera plusieurs années, le conduisant à un désinvestissement des activités plaisantes, et à une augmentation de ses consommations de drogue.

Le deuxième épisode dépressif s'est déclenché en 2018. Alors qu'il était retourné vivre chez sa mère depuis quelques temps, celle-ci a exigé qu'il parte, car elle ne supportait plus son mode de vie. Hakan s'est alors retrouvé seul dans un petit studio, confronté à des difficultés financières, tout en maintenant ses conduites addictives. Hakan ne sortira de sa dépression qu'au moment de sa cure de sevrage, en 2019, peu de temps avant que je le rencontre.

L'épisode dépressif actuel peut donc être qualifié de « récurrent » : le patient a déjà traversé plusieurs épisodes dépressifs, séparés par des périodes de mieux-être. Néanmoins, certains symptômes « résiduels » (hypersomnie, manque d'élan, fatigue...) restaient présents, de même que les problèmes d'addiction.

3.3. Traitements actuels et antérieurs

Depuis 2003, Hakan rencontrait régulièrement un psychiatre dans un CSAPA. Malgré des périodes d'interruption, ce suivi constituait un « point de repère » pour évoquer ses problèmes d'addiction. Il a été hospitalisé pendant quelques semaines en 2014, lors de son premier épisode dépressif. En juillet 2018, Hakan a réalisé une cure de sevrage (amphétamines, cocaïne, alcool...) de trois semaines en milieu hospitalier. Il reconsommait rapidement après sa sortie, ce qu'il explique par l'insuffisance de ses motivations à l'époque. Une deuxième cure fut réalisée en 2019, qui donnera lieu à son admission au CTR. C'est dans ce cadre que le suivi psychologique a été débuté, permettant de constater plusieurs améliorations (reprise du sport, meilleure communication, moindre tristesse et fatigue...).

Au niveau médicamenteux, Hakan prend des anti-dépresseurs depuis 2014. A l'occasion de sa première cure en 2018, la Venlafaxine (Effexor®) fut initiée afin de prévenir les rechutes dépressives. Ce traitement est toujours d'actualité, et Hakan considère qu'il l'aide à stabiliser son humeur. A la même période, l'Olanzapine (Zyprexa®) a été débutée. Il s'agit d'un neuroleptique, dont la prescription vise à calmer l'agitation et les pensées perturbantes, devenues de plus en plus fréquentes avec les consommations répétées de substances psychoactives. Enfin, Hakan prend depuis plusieurs années du Théralène® pour éviter les réveils nocturnes (bien que ce traitement contribue parfois à son hypersomnie...). Au cours du suivi actuel, quelques problèmes de compliance ont été observés, Hakan ayant tendance à « oublier » ses traitements, ou à ne pas les prendre selon la prescription.

3.4. Facteurs de risque

Hakan a grandi dans un climat d'insécurité et de peur durant son enfance. Il fut témoin de violences conjugales, et régulièrement battu par son père. Le couple parental a toujours été instable, et après une énième séparation en 2015, le père de Hakan s'est suicidé. Par la suite, des problèmes d'héritage ont engendré des tensions au niveau familial, conduisant à une rupture du contact avec ses deux frères. Sur le plan affectif, Hakan évoque des « déceptions amoureuses » de ses 20 à 30 ans, qui semblent avoir engendrées une perte de confiance, et accentuées son isolement. Professionnellement, Hakan travaille en intérim depuis longtemps, et est insatisfait par son métier qu'il trouve trop rude au niveau physique. L'ensemble de ces éléments, associés à l'histoire familiale, contribuent à sa fragilité psychologique.

Concernant ses antécédents psychologiques, Hakan rencontre des problèmes d'addiction depuis l'adolescence, période où il a commencé à fumer du tabac, et à consommer occasionnellement de l'alcool et du cannabis. A partir de ses 22 ans, il expérimentera des drogues stimulantes (amphétamines, cocaïne...) de plus en plus régulièrement, jusqu'à l'addiction à l'âge de 27 ans. Consommer lui permettait d'obtenir des sensations intenses de plaisir, de « vivre les choses à fond », et de se « désinhiber », facilitant la communication avec les autres. A partir de 2014 et de sa première dépression, il continuait à consommer mais davantage pour gérer des affects négatifs et pouvoir « agir ». Cependant, les multiples conséquences négatives de l'addiction (fatigue, honte, isolement, bouffées délirantes ponctuelles...) ont contribué à alimenter son mal-être. De plus, des consommations d'alcool (moins cher, plus facile à se procurer) de plus en plus fréquentes et massives sont apparues à partir de 2017.

Enfin, le patient présente des traits évoquant une personnalité schizoïde, et dans une moindre mesure, une personnalité évitante. Hakan se montre souvent réservé et anxieux, appréciant d'avoir ses « repères », sans quoi il se sent vite débordé. Cela a pu être observé par mes collègues lors de son séjour en ATR.

3.5. Histoire de vie

3.5.1. Relations familiales et sentimentales

Hakan est le plus jeune d'une fratrie de cinq enfants (deux frères et deux sœurs), et a grandi dans une famille modeste. Son père était maçon, et sa mère travaillait en tant que femme de ménage. Hakan décrit son père comme étant violent et imprévisible, faisant régner un climat de peur tout au long de son enfance.

A l'âge adulte, il n'entretenait qu'une relation distante avec son père, qui se suicida en 2015, à la suite d'une séparation conjugale. Hakan est plus proche de sa mère, décrite comme affectueuse et soutenante.

Il y a quelques années, elle avait accepté de l'accueillir de nouveau chez elle, pour l'aider par rapport à ses problèmes d'argent et d'addiction. Bien qu'elle lui ait demandé de partir en 2018, Hakan se sent toujours soutenu, y compris par ses sœurs (qui habitent avec la mère). Concernant ses frères, Hakan décrit des relations ayant toujours été plus distantes. Il n'a plus de contacts avec eux depuis le suicide du père, qui occasionna des conflits d'héritage.

Comme mentionné précédemment, Hakan évoque des déceptions amoureuses multiples, qui ont conduit à une perte de confiance en lui et en ses capacités de « séduction ». Hakan n'a pas d'enfant, et cela fait plus de 10 ans qu'il ne s'est pas impliqué dans une relation sentimentale, ce qui le préoccupe.

3.5.2. Environnement matériel et social

Hakan est isolé, et n'a aucun ami proche. Ses « connaissances » sont majoritairement associées aux consommations. Avant sa démarche de soin, il vivait dans un petit studio dans sa ville d'origine, en Alsace. Au chômage depuis plusieurs mois, il rencontre des difficultés financières (crédit à rembourser).

Au démarrage de la thérapie, il loge dans un appartement thérapeutique, en dehors de sa région d'origine, où il n'a aucune connaissance. L'appartement se situe dans un secteur relativement « précaire », non loin du CSAPA, régulièrement fréquenté par des toxicomanes.

3.5.3. Scolarité, études et travail

A l'adolescence, Hakan a connu une période de décrochage scolaire, qui le conduira à redoubler sa 3^{ème}, pour finalement ne pas obtenir son brevet (ce qui engendra un fort sentiment d'échec). Il s'est orienté vers un BEP Peinture en Bâtiment, mais a « lâché » en deuxième année. Sans diplôme, il a commencé à travailler à 19 ans, d'abord en tant que manutentionnaire, puis en tant que peintre en bâtiment. A 28 ans, il finira par valider son BEP à l'aide d'une VAE (Validation des Acquis de l'Expérience). Néanmoins, Hakan est insatisfait de son métier, qu'il trouve trop physique, et insuffisamment créatif.

Hakan a toujours travaillé en intérim, alternant entre des périodes d'activité ou de chômage. De 2011 à 2014, il a connu une période d'interruption faisant suite à un accident du travail (causant des fractures au niveau du coude et du poignet). Très vite après son arrivée dans l'ATR, il est parvenu à trouver du travail, ce qui lui a permis d'améliorer sa situation financière.

4. Diagnostic

4.1. Démarche diagnostique

Les éléments nécessaires à l'établissement du diagnostic ont été recueillis en deux temps, en prenant compte des informations transmises par le psychiatre, qui mentionnait des épisodes dépressifs récurrents et la « survenue occasionnelle de symptômes psychotiques ».

La première phase s'est déroulée lors des deux premiers entretiens au CTR. Puisque les séjours au CTR ciblent en priorité la prévention de la rechute, cette première phase ne se voulait pas « exhaustive ». Ces entretiens « libres » ont permis d'évoquer les conduites addictives et les antécédents de dépression, ainsi que de repérer quelques éléments psychotiques (survenue ponctuelle de « délires paranoïaques » lors de consommations excessives, sensations d'« envahissement de la pensée »).

La deuxième phase de recueil s'est déroulée lorsque l'état affectif du patient s'est dégradé, environ deux mois après son emménagement en ATR. Un entretien a été consacré à la réalisation d'un « bilan diagnostique » complet, à l'aide de la Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I., Lecrubier et al., 1998). Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, d'intensité « modéré » et associé à une forte anxiété, a été retenu. Alors que le patient était parvenu à un véritable mieux-être, il traversait une « rechute » dépressive depuis quelques semaines. Les scores obtenus à la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale ; Zigmond & Snaith, 1983), dont la passation a été proposée à l'entretien suivant, ont confirmé la présence de symptomatologies dépressive et anxieuse, bien que modérées (scores de 8 aux deux dimensions). Toutefois, les items de la HADS ne reflétaient que partiellement l'importance de la perte d'élan chez Hakan, et n'interrogeaient pas les idées suicidaires.

4.2. Hypothèses diagnostiques

L'hypothèse diagnostique principale est celle d'un **Trouble Dépressif Caractérisé** (Tableau 1, page suivante), les critères étant remplis depuis plus de deux semaines. Il s'agit d'un épisode récurrent, car les critères n'ont pas été réunis pendant plus de 2 mois auparavant (période de « rémission partielle »). Sa sévérité peut être qualifiée de « moyenne » (notamment du fait de la présence d'idées suicidaires), et la spécification « avec détresse anxieuse » (intensité « légère ») est retenue, car le patient témoigne d'un sentiment de tension et de la « peur que quelque chose d'horrible ne survienne ».

Par ailleurs, Hakan présente un **Trouble de l'usage des stimulants** (amphétamines et cocaïne). Tous les critères ont été remplis pendant plusieurs années (sévérité « grave »), mais le patient n'a pas consommé

depuis plus de trois mois (à l'exception d'un épisode de reconsommation isolé). Il s'agit donc d'un trouble en « rémission précoce », puisque seul le critère A.4 du DSM-5 (concernant le *craving*) est encore rempli.

Tableau 1 : Présence/absence des critères diagnostiques du DSM-5 pour un EDC chez Hakan

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines, et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes (*) est soit (1) une humeur dépressive ; soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.	Les symptômes 1 et 2 sont présents. Le patient présente bien cinq des symptômes suivants au cours des deux dernières semaines, dont la plupart reflètent un changement.
*1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres	Présent. Depuis 2 à 3 semaines, se sent triste et sans espoir, quasiment tous les jours.
*2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.	Présent. Depuis 2 à 3 semaines, désinvestissement progressif des activités et perte de plaisir.
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.	Absent. Pas de changement rapporté au niveau de l'appétit.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.	Présent. Hypersomnie de plus en plus marquée.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours	Absent. Ne ressent ni agitation, ni ralentissement.
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.	Présent. Sensations de fatigue persistantes.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours	Absent. Faible tendance à la dévalorisation, et aucun changement marqué.
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours	Absent. Le patient ne rapporte aucun changement de son aptitude à se concentrer.
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.	Présent. Idées suicidaires ponctuelles, de plus en plus fréquentes ; absentes il y a quelques semaines.
B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	Présent. Se désinvestit vis-à-vis de son projet de soin, et manque des rdv. Détresse liée à la recrudescence des envies de consommations...
C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.	Présent. Pas d'affection médicale ou de changement dans les consommations d'alcool qui pourrait expliquer l'EDC. Pas d'hypothyroïdie.
D. La survenue de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou [...] d'autres troubles psychotiques.	Présent. La démarche diagnostique a conclu à l'absence de trouble psychotique.

Un **Trouble de l'usage de l'alcool** est présent depuis le départ du CTR (soit environ 3 mois). Seuls les critères A.4 et A.9 du DSM-5 sont remplis (sévérité « légère »). Hakan rapporte des envies de boire fréquentes, et poursuit ses consommations malgré les risques (déclenchement de *cravings* portant sur les stimulants). L'alcool est devenu le seul moyen d'obtenir du plaisir et d'établir le lien social pour Hakan, soulignant l'altération de son fonctionnement. Par ailleurs, Hakan présente un **Trouble de l'usage du Tabac** depuis l'adolescence (il fume actuellement une douzaine de cigarettes par jour).

4.3. Diagnostics différentiels

Les éléments cliniques recueillis ont permis d'écarter les autres troubles de l'Axe I du DSM-5.

Au niveau thymique, la présence de certains symptômes (hypersomnie, faible estime de soi...) sur les deux dernières années aurait pu évoquer un trouble dépressif « persistant », mais ce diagnostic n'a pas été retenu car l'humeur n'était pas « majoritairement dépressive » au cours des derniers mois. La piste

d'un trouble dépressif induit par les consommations d'alcool a également été étudiée, mais il existe plusieurs antécédents d'épisodes dépressifs non induits par une substance, et aucune association directe entre consommation d'alcool et dégradation thymique n'a été observée. Par ailleurs, il n'y a pas d'antécédents d'épisode hypomaniaque ou maniaque, ce qui implique l'absence d'un trouble bipolaire.

Les préoccupations anxieuses (redoute une catastrophe, un accident, idées de ruine...), prépondérantes depuis la reprise du travail, évoquaient un trouble anxieux généralisé. Ce diagnostic a été écarté en raison du critère de durée (moins de 6 mois), et de l'insuffisance du nombre de symptômes réunis (pas d'agitation, de difficulté de concentration...). Il en va de même pour le diagnostic de phobie sociale : malgré une gêne dans les situations sociales, le niveau d'anxiété reste modeste, et il n'y a pas d'évitements.

Plusieurs éléments (traitement neuroleptique, mention de « délires parano »...) m'ont conduit à me questionner sur la présence d'un trouble psychotique. Actuellement, il n'y a pas d'idées délirantes et le discours n'est pas désorganisé. La « survenue ponctuelle des symptômes psychotiques » (rapportée par le psychiatre) semble limitée à des contextes d'intoxication aux produits stimulants. De plus, il n'y a aucun antécédent d'hallucination, et Hakan présente peu de traits évoquant une personnalité « schizotypique » (pas de conduites excentriques, ou d'idéations persécutoires prépondérantes). Ainsi, les diagnostics du registre « psychotique », et notamment celui de schizophrénie, ont été écartés.

Au niveau de sa personnalité, le patient présente quelques traits associés à une personnalité schizoïde. Il fait preuve d'un certain détachement affectif, n'a pas d'ami proche, et semble de tout temps n'avoir éprouvé de plaisir qu'au travers d'activités solitaires. Cependant, il fut difficile d'identifier à quel moment ces caractéristiques sont apparues, et Hakan est intéressé par la perspective de développer des relations sociales ou affectives à l'avenir, ne permettant pas de conclure à la présence d'un véritable « trouble ». Enfin, Hakan présente quelques traits de personnalité évitante (crainte du ridicule, de la critique, se sent peu compétent socialement), mais à nouveau insuffisamment pour conclure à un trouble.

5. Cadre théorique

Les principales données épidémiologiques concernant la dépression sont présentées ci-dessous, pour ensuite aborder, à l'appui de la littérature scientifique, les conceptualisations et techniques TCC utilisées pour traiter ce trouble. La prévention de la rechute addictive, en particulier concernant l'usage de produits stimulants, sera ensuite évoquée. Enfin, les débats actuels sur le traitement combiné des dépressions et des addictions, dans une approche transdiagnostique, seront exposés.

5.1. Définition et épidémiologie du trouble dépressif caractérisé

Le trouble dépressif caractérisé se manifeste principalement par une humeur dépressive et une perte de plaisir dans la plupart des activités, présentes depuis au moins deux semaines pour évoquer un « épisode dépressif caractérisé » (EDC). Ces symptômes sont souvent associés à des perturbations du sommeil et de l'alimentation, une fatigue persistante, un sentiment de culpabilité, ou bien des idées suicidaires.

Au niveau international, la prévalence sur la vie entière des dépressions « majeures » est estimée entre 6 à 20 % (Kessler et Bromet, 2013), et une étude relève une prévalence de 7,2 % sur l'année écoulée (Lim et al., 2018). En France, la prévalence sur l'année écoulée serait passée d'environ 8 % dans les années 2000, à 10 % dans les années 2010 (Fond, Lancon, Auquier et Boyer, 2019). Les EDC « isolés » sont rares : 80 à 90 % des patients traversent plus d'un épisode, et la probabilité d'une récurrence augmente de 16 % à chaque nouvel épisode (Kessing, Ansen, Andersen et Angst, 2004 ; Solomon et al., 2000). Par ailleurs, les troubles dépressifs ont des comorbidités élevées avec de nombreux autres troubles. Ainsi, il est estimé qu'environ 85 % des patients en dépression présentent des troubles anxieux (Gorman, 1996), et une méta-analyse révèle qu'environ 45 % présentent un trouble de la personnalité (Friborg et al., 2014).

5.2. Conceptualisation de la dépression en TCC

Dans le modèle cognitif de Beck (1979), les croyances dysfonctionnelles sont identifiées comme responsables de l'entrée et du maintien dans la dépression, du fait de la production répétitive de pensées inadéquates et « négatives » (par rapport à soi, au monde, à l'avenir). Pour améliorer la gestion émotionnelle et obtenir des changements comportementaux, la priorité est ici donnée à la modification de ces pensées.

D'autres modèles ciblent en priorité les comportements (Lewinsohn, Sullivan et Grosscup, 1980), et considèrent que les symptômes dépressifs découlent avant tout d'un manque de renforcements positifs (plaisir/satisfaction) au quotidien, avec parfois un maintien des activités plus contraignantes. L'humeur dépressive rend les renforcements positifs d'autant plus difficiles d'accès, entraînant un cercle vicieux avec une réduction globale du niveau d'activité, un sentiment de dévalorisation, et des évitements.

Plus récemment, le rôle des ruminations a été particulièrement étudié, aussi bien en tant que facteur de risque qu'en tant que conséquence des troubles dépressifs (Whisman, du Pont et Butterworth, 2020). Le contenu des ruminations est stéréotypé, et porte souvent sur les raisons et les conséquences des problèmes rencontrés par le patient, qui se maintient dans l'inactivité. Les ruminations peuvent être appréhendées comme des comportements d'évitement (par exemple : réfléchir à ses difficultés, plutôt que s'y confronter), maintenus par renforcement négatif (Nolen-Hoeksema, Wisco et Lyubomirsky, 2008). Un

biais « attentionnel », associé à des marqueurs neurophysiologiques, conduirait les patients à se focaliser sur le « négatif », et à produire des pensées dysfonctionnelles (Kaiser et al., 2018).

5.3. Approches et techniques employées en TCC dans le traitement de la dépression

Les TCC ont déjà fait preuve de leur efficacité pour traiter la dépression, et se rapportent finalement à un ensemble de thérapies / techniques spécifiques (López-López et al., 2019).

La thérapie cognitive (Beck, 1979) repose beaucoup sur la technique de restructuration cognitive, qui aide le patient à modifier ses pensées dysfonctionnelles au profit de pensées plus rationnelles. Cette technique favorise l'intégration par le patient de stratégies cognitives amenées par le thérapeute (Jarrett, Vittengl, Clark et Thase, 2011). Cette thérapie a déjà montré son efficacité pour prévenir la rechute (Jarrett et al., 2001), de même que pour obtenir des améliorations rapides chez les patients dépressifs avec un haut niveau d'anxiété (van Bronswijk, Lemmens, Huibers, Arntz et Peeters, 2018). Cependant, la thérapie cognitive a des effets limités chez les patients présentant une dépression « actuelle », en comparaison à d'autres approches comme l'activation comportementale (Dimidjian et al., 2006).

L'activation comportementale vise à augmenter les renforcements positifs au quotidien, en aidant le patient à s'engager dans des activités en accord avec ses buts et ses valeurs (Martell, Dimidjian et Herman-Dunn, 2013). Cette stratégie thérapeutique présenterait une efficacité au moins équivalente à celle d'une TCC complète, pour un coût moindre (Richards et al., 2017). De plus, une méta-analyse récente indique des bénéfices concomitants sur les symptômes anxieux (Stein, Carl, Cuijpers, Karyotaki et Smits, 2020).

La TCC focalisée sur les ruminations (*Rumination-focused Cognitive Behavioural Therapy*, ou RfCBT), développée par Watkins (2008), combine des stratégies cognitives et comportementales. La RfCBT ne cible pas directement la modification des pensées inadaptées, mais plutôt celle du rapport qu'entretiennent les patients à leurs pensées. L'action, la résolution des problèmes, ainsi qu'un mode de pensée concret sont privilégiés. L'intérêt de cette thérapie pour prévenir la rechute dépressive (Watkins et al., 2011) a été démontré, de même que pour traiter les symptômes résiduels (Teismann et al., 2014) ou les dépressions « résistantes » (Moeller et al., 2020). En revanche, la RfCBT ne s'avère pas plus efficace qu'une TCC « classique » dans le traitement des épisodes dépressifs en cours (Hvenegaard et al., 2020).

La pleine conscience permet également d'agir sur les ruminations, en ciblant l'acceptation des pensées et des émotions, moment après moment, sans chercher à les supprimer. La MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) a été développée pour prévenir les récurrences chez les patients atteints de dépression récurrente, en favorisant une perspective « détachée » à l'égard des pensées négatives (Segal,

Williams et Teasdale, 2013). Son efficacité pour prévenir la rechute a été démontrée, en particulier en présence de symptômes résiduels (Kuyken et al., 2016), ou chez les patients ayant déjà traversé plusieurs épisodes dépressifs (MacKenzie et Kocovski, 2016). Farb et ses collaborateurs (2018) obtiennent des résultats indiquant une efficacité équivalente de la MBCT en comparaison à la thérapie cognitive pour prévenir la rechute, suggérant que des compétences méta-cognitives similaires sont développées. Enfin, des études récentes révèlent aussi l'intérêt de la MBCT pour le traitement des épisodes dépressifs « en cours » (Goldberg et al., 2019 ; MacKenzie, Abbott et Kocovski, 2019).

5.4. Prévention de la rechute addictive en TCC, et spécificités de l'usage de stimulants

Les études épidémiologiques révèlent la fréquente comorbidité entre dépression et addiction (Lai, Cleary, Sitharthan et Hunt, 2015), les consommations de substances étant souvent employées pour gérer les émotions. Prévenir la rechute addictive est donc un enjeu important pour éviter l'aggravation ou le déclenchement d'un épisode dépressif, et les TCC ont déjà démontré leur efficacité dans ce domaine.

La prévention de la rechute addictive se base sur différents modèles. Celui de Beck insiste sur le rôle des croyances et pensées (anticipatoires, soulageantes, permissives) qui sous-tendent les consommations, et qu'il est alors nécessaire de modifier (Hautekèete, Cousin et Graziani, 1999). Dans les années 80, Marlatt et Gordon ont établi un modèle centré sur l'anticipation et la gestion des situations associées à un risque de reconsommation, aussi bien liées à des déterminants intrapersonnels, interpersonnels, ou situationnels (Larimer, Palmer et Marlatt, 1999). Un épisode de reconsommation est considéré comme un « faux pas » à partir duquel il est possible de développer de nouvelles stratégies (cognitives ou comportementales) pour mieux gérer le *craving*. Plus récemment, une approche basée sur la pleine conscience (MBRP – *Mindfulness Based Relapse Prevention*) a été proposée. Certains résultats indiquent que la MBRP pourrait améliorer la gestion du *craving* (von Hammerstein et al., 2019), et constituer un traitement optimal en cas de comorbidités dépressives ou anxieuses (Roos, Bowen et Witkiewitz, 2017).

La prise en charge des troubles de l'usage de stimulants implique quelques spécificités. La cocaïne est un produit hautement addictif du fait de ses effets immédiats et puissants. L'anhédonie (difficulté à accéder au plaisir) serait un facteur de risque majeur par rapport au développement d'une addiction à la cocaïne, c'est pourquoi Decker et ses collaborateurs (2018) recommandent l'activation comportementale et la recherche d'affects positifs en tant que cibles prioritaires du traitement. Karila et Reynaud (2018, p. 6) évoquent aussi l'importance de remplacer les « habitudes associées au mode vie *addict* [...] par des activités plus positives et des récompenses plus durables », ainsi que d'apprendre à traverser les

expériences de *craving*, en les « démystifiant » et en prenant conscience de leur caractère transitoire. Aux Etats-Unis, la technique de management des contingences (ex. : analyse d’urine négative = récompense) a été particulièrement plébiscitée par rapport à l’addiction à la cocaïne (Carroll et al., 2016). Toutefois, concernant l’addiction aux amphétamines, les études s’avèrent peu nombreuses, et il reste difficile de confirmer l’efficacité des TCC pour ce type d’addiction (Harada, Tsutomi, Mori et Wilson, 2018).

5.5. Recommandations pour le traitement combiné de la dépression et de l’addiction

Dans l’approche transdiagnostique, les traitements ciblent en priorité les symptômes communs entre dépression et addiction. Ainsi, Vujanovic et ses collaborateurs (2017) préconisent de centrer la thérapie sur la réduction des consommations dans un premier temps, pour ensuite utiliser des stratégies cognitives et comportementales permettant de réduire les affects négatifs et de favoriser l’engagement dans des activités, et enfin travailler sur la gestion et l’acceptation des émotions négatives (par exemple, à l’aide de la pleine conscience). Par ailleurs, une revue systématique souligne l’efficacité de l’activation comportementale aussi bien pour la dépression que pour l’addiction, l’obtention de renforcements positifs apparaissant comme un enjeu commun et essentiel (Martínez-Vispo et al., 2018). Le traitement des addictions ne peut se focaliser uniquement sur des objectifs de réduction des consommations. Il est important de rendre l’abstinence plus « attractive », par l’engagement dans des activités.

6. Ligne de base

6.1. Questionnaire utilisé

La HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale* ; Zigmond et Snaith, 1983) est le seul questionnaire qui a été utilisé. Il s’agit d’un auto-questionnaire de 14 items, validé en français par Lépine (1996). Elle comporte deux sous-échelles, l’une évaluant la dépression (HADS-D), l’autre l’anxiété (HADS-A). Le score de chaque sous-échelle est compris entre 0 et 21 (Tableau 2). Il s’agit avant tout d’un outil de « dépistage », mais dans le cas de Hakan il présentait l’avantage d’évaluer en peu d’items l’intensité des symptomatologies dépressives et anxieuses.

Tableau 2 : Normes de l’échelle HAD

Normes (Zigmond et Snaith, 1983)	Scores seuils
Absence de symptomatologie	7 ou moins
Symptomatologie « douteuse »	8 à 10
Symptomatologie « certaine »	11 et plus

6.2. Indices comportementaux

Comme évoqué précédemment, la remobilisation des patients autour d'activités permettant l'obtention de renforcements positifs est un enjeu essentiel. En accord avec Hakan, deux indices comportementaux ont été retenus pour témoigner de son évolution au cours de la thérapie. Il s'agissait du nombre de séances de sport et de sessions de dessin (sur tablette graphique) réalisées par semaine.

6.3. Bilan des évaluations

Tableau 3 : Bilan des évaluations	Séance 8	Séance 11 <i>(AF + contrat thérapeutique)</i>	Séance 14
HADS - Dépression		8	
HADS - Anxiété		8	
Nombre de séances de sport par semaine	3	0	0
Nombre de sessions de dessin par semaine	0	0	0

Comme indiqué dans le Tableau 3 (ci-dessus), la séance 11 est celle où la ligne de base et le contrat thérapeutique ont été établis. Les scores obtenus à la HADS (8 sur chaque dimension) témoignaient de la présence de symptomatologies dépressives et anxieuses, bien que modérées. Il est important de rappeler que la dimension dépressive la HADS n'évalue pas la présence d'idées suicidaires, ce qui a pu contribuer à l'obtention d'un score peu élevé. L'évolution des indices comportementaux permet de refléter les changements traversés par le patient. Hakan réalisait en moyenne trois séances de sport par semaine à la séance 8, avant la rechute dépressive, puis aucune à la séance 11.

7. Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle (schéma 1, page suivante), basée sur le modèle SORC de Kanfer et Saslow (1969), présente une situation problématique fréquente, impliquant solitude et inoccupation. Les dimanches après-midi étaient anticipés avec anxiété, car Hakan ne travaillait pas et se retrouvait oisif (alors qu'il s'autorisait une sortie le vendredi ou samedi soir pour consommer de l'alcool). Le schéma précise les émotions (tristesse et ennui) activées dans cette situation, de même que les ruminations « négatives » qui les accompagnent. Comme évoqué dans la section théorique de ce mémoire, les ruminations peuvent être appréhendées en tant que comportements d'évitement (du vide, de l'échec...), qui perdurent du fait du soulagement (R-) qu'elles procurent sur l'instant. Toutefois, ce comportement entretient les émotions et cognitions négatives, et Hakan ne parvient pas à s'engager dans des activités qui pourraient rompre le cercle vicieux et lui apporter satisfaction. Il traverse alors des *cravings* importants,

et ressent un fort sentiment de frustration (ce qui a tendance à favoriser, dans l'après coup, des alcoolisations régulières). Afin de « quitter » cette situation, Hakan se couche tôt et trouve refuge dans le sommeil (R -). Dans l'ensemble, son anxiété à l'idée de se retrouver « seul et inoccupé » est encore accentuée. Les multiples conséquences négatives révèlent à quel point cette situation est actuellement problématique pour le patient.

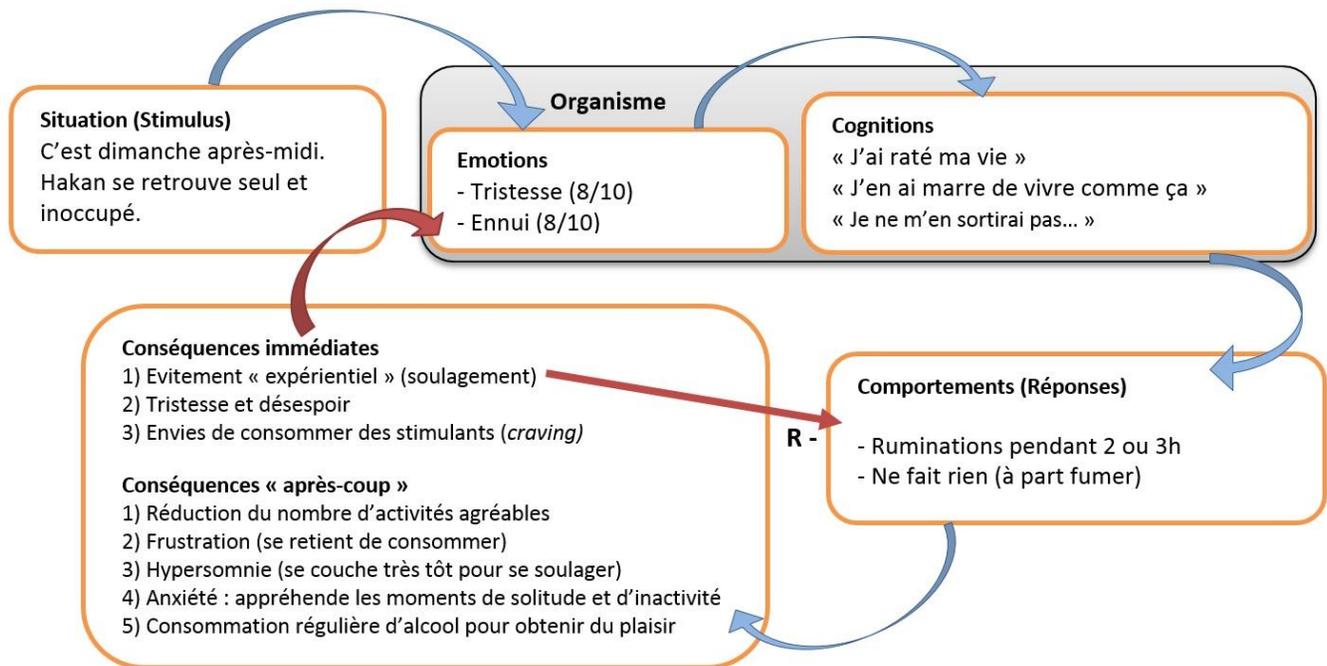


Schéma 1 : Analyse fonctionnelle synchronique d'une situation-problème rapportée par Hakan

Au niveau diachronique, cette situation est à mettre en lien avec les antécédents de dépression et d'addiction du patient, qui consommait il y a peu des produits stimulants pour soulager des affects négatifs ou obtenir du plaisir. Des épisodes isolés de reconsommation pendant la démarche de soin ont également contribué au maintien des *cravings*. Par ailleurs, les symptômes dépressifs actuels sont apparus dans un contexte de reprise du travail, ce qui fait écho au déclenchement du premier EDC, en 2014. L'isolement et la reprise d'activité sont des contextes « à risques » pour le patient, du fait des affects négatifs qu'ils engendrent, mais aussi de la pénibilité et du manque de satisfaction au travail.

Pour Hakan, l'analyse fonctionnelle souligne bien les difficultés qu'il éprouve au quotidien. D'emblée, il relève que « son problème, c'est de se retrouver sans rien faire », et que cela alimente ses émotions négatives. Avec le recul, il constate que ses pensées sont « exagérées », et qu'au fond, « sa situation est acceptable ». Il considère que s'engager à nouveau dans des activités, comme le sport, serait une bonne solution et l'aiderait à sortir de ses ruminations (ce qui était encore le cas quelques semaines

auparavant). Cependant, il redoute que « les efforts à mettre en place soient trop importants ». Il indique que ses envies de consommations sont actuellement de plus en plus intenses, et qu'il a peur de « craquer ». J'explique à Hakan que les solutions qu'il évoque me paraissent pertinentes, et le rassure en lui expliquant que nous procéderons étape par étape pour l'aider à « s'activer » de nouveau, en prenant en compte les possibilités offertes par son nouveau cadre de vie (c'est-à-dire un appartement thérapeutique, dans une ville qu'il connaît peu). Je l'informe également qu'il sera important de développer ses capacités à « sortir » de ses ruminations, notamment en remettant en cause l'utilité de ce type de pensées.

8. Analyse de la demande et contrat thérapeutique :

Initialement, les attentes de Hakan concernaient l'aide au maintien de son abstinence. Le temps passant, une dégradation progressive de son état moral a été observée. Le quotidien du patient (centré sur le travail) perdait son sens à ses yeux, et il se sentait de plus en plus sujet à l'ennui et à la lassitude. Ne parvenant plus à maintenir les habitudes saines instaurées les mois précédents, sa demande a évolué. La priorité pour Hakan était alors de reprendre des activités qui soient source de satisfaction ou d'accomplissement, tout en préservant son abstinence, afin d'améliorer son humeur. L'analyse fonctionnelle (présentée ci-dessus) a permis de déterminer de nouvelles cibles thérapeutiques.

Le contrat thérapeutique a été établi lors de la Séance 11, et concernait deux objectifs comportementaux : réaliser deux séances de sport et deux sessions de dessin (numérique) par semaine (ce dernier objectif nécessitant au préalable une action spécifique : l'achat d'un câble spécial pour relier sa tablette graphique à son ordinateur). Hakan s'était fixé 6 mois pour atteindre ses objectifs, permettant une projection sur environ 10 séances (espacées de deux à trois semaines). Nous nous sommes mis d'accord pour réaliser un bilan intermédiaire à 3 mois, afin d'évaluer l'évolution des symptômes dépressifs et anxieux à l'aide de l'échelle HAD. D'après l'analyse fonctionnelle, l'atteinte de ces objectifs devrait s'accompagner d'une amélioration de son état moral, tout en l'aidant à maintenir son abstinence. Hakan avait espoir et confiance dans le fait qu'atteindre ses objectifs signifierait qu'« il va mieux ».

9. Projections thérapeutiques

9.1. Etablissement du plan thérapeutique

En accord avec Hakan, nous décidons de privilégier la stratégie d'activation comportementale car elle permet une focalisation sur l'atteinte d'objectifs concrets, ce qui constituait la priorité à ses yeux. Toutefois, puisqu'il se plaignait de *cravings* importants, et craignait une rechute addictive, nous avons

convenu de consacrer en priorité au moins une séance au renforcement de ses compétences de gestion du *craving*, avant de démarrer l'activation comportementale. J'évoque également la perspective, plus tard dans la thérapie, de consacrer quelques séances à l'utilisation de techniques centrées sur les pensées et les ruminations, dont le rôle important a été souligné par l'analyse fonctionnelle. Hakan paraît motivé par ce plan thérapeutique. Bien qu'il redoute de ne pas en avoir la « force », il est conscient de l'importance d'apporter du changement dans son fonctionnement entre les séances. Je lui rappelle que nous avancerons progressivement, étape par étape, afin d'éviter une « mise en échec ».

9.2. Description des séances effectuées :

Au total, **14 séances** d'environ 45 minutes ont été réalisées, sur une période de 11 mois. Les premiers mois, Hakan participait en parallèle à un groupe de prévention de la rechute, que j'anime chaque semaine au CTR. Les séances 1 à 8 ont constitué la phase initiale du suivi, centrée sur le même objectif préventif :

➤ *Séances 1 et 2 (CTR) - Anamnèse / Diagnostic / Engagement : ces séances ont permis de recueillir les informations essentielles à l'anamnèse et au diagnostic, tout en favorisant l'engagement dans la démarche de soin. Un exercice basé sur le remplissage d'une balance motivationnelle a été proposé à la deuxième séance, permettant le repérage des difficultés de Hakan lorsqu'il ne consomme pas (manque de plaisir, émotions négatives plus intenses...).*

➤ *Séance 3 (CTR) - Renforcement de l'engagement / Entretien motivationnel : cette séance s'est déroulée dans un style proche de l'entretien motivationnel, pour favoriser le « discours changement » et valoriser les efforts du patient (reprise du sport, projection vers un avenir « meilleur »...).*

➤ *Séances 4 et 5 (CTR) + Séance 6 (ATR) - Prévention de la Rechute : ces trois séances étaient centrées sur la prévention de la rechute. Les situations déclenchant des envies de consommation étaient analysées en séance à l'aide des colonnes de Beck (outil présenté à tous les patients du CTR), afin de familiariser le patient aux éléments importants des TCC. La restructuration cognitive était utilisée, et le patient encouragé à consulter une version écrite de sa balance motivationnelle en situation, pour favoriser la prise de recul lors des *cravings*. Des stratégies d'anticipation/gestion adaptées aux situations étaient développées (éviter des situations à risques, capacité à se raisonner, gestion du *craving*, plan d'urgence en cas de reconsommation...). A l'issue de ces séances, Hakan venait d'intégrer un appartement thérapeutique (ATR), et rapportait toujours des envies de consommation, mais moins fréquentes.*

➤ Séances 7 et 8 (ATR) - Renforcement et Valorisation des progrès : ces séances correspondent à la période la plus « positive » et encourageante du suivi. Hakan avait trouvé du travail, se rendait à la salle de sport, et rapportait moins d'épisodes de craving. Nous renforçons ses motivations en soulignant les effets bénéfiques d'un mode de vie sans consommation, tout en évoquant de futurs objectifs (diminution des consommations d'alcool, affirmation de soi...).

Pourtant, l'état moral du patient s'est ensuite dégradé. Ce changement a conduit à la réévaluation des objectifs du patient, et a marqué le début d'une deuxième phase du suivi. Celle-ci s'est centrée sur l'évaluation et le traitement des symptômes dépressifs, et fait l'objet principal de ce mémoire :

➤ Séances 9 et 10 (ATR) - Réévaluation diagnostique : ces séances ont permis le recueil et l'analyse des signes d'une rechute dépressive (tristesse, anxiété, irritabilité, augmentation des cravings, arrêt du sport...). Une évaluation systématique et « globale » a été réalisée à la séance 10 à l'aide du MINI, confirmant le diagnostic d'EDC, et écartant la piste d'un trouble anxieux sous-jacent.

➤ Séance 11 (ATR) - Ligne de base / Analyse fonctionnelle / Contrat thérapeutique : la HADS a ici été employée pour établir une ligne de base, puis une analyse fonctionnelle a été réalisée. Les facteurs de maintien identifiés avec le patient ont alors servi à l'établissement d'un contrat et d'une stratégie thérapeutique adaptée. Afin de favoriser l'engagement de Hakan et l'obtention de renforcements positifs, une première tâche inter-séance (écoute de musique le week-end) a également été définie.

➤ Séance 12 (ATR) - Gestion du craving (« Surfer l'envie ») : cette séance visait à renforcer les capacités de gestion du craving du patient, en proposant une stratégie basée sur l'idée d'« accompagner » le craving, sans le combattre ni lui céder. En fin d'entretien, je remets une version écrite de l'analyse fonctionnelle, de même que des plannings à renseigner pour préparer la phase d'activation comportementale. La tâche fixée au précédent entretien n'avait été réalisée que partiellement.

➤ Séances 13 et 14 (ATR) – Activation Comportementale : Hakan n'ayant ni rempli les plannings, ni réalisé la tâche prescrite au dernier entretien, la séance 13 était centrée sur l'explication de l'activation comportementale et la remobilisation motivationnelle concernant l'importance des exercices à réaliser entre les séances. Lors de la dernière séance, une tâche prioritaire et « accessible » est déterminée par le patient : réaliser une série de 10 pompes (3 à 4 fois par semaine).

9.3. Projections pour les séances à venir :

A l'issue du dernier entretien, la réalisation de 6 à 7 séances supplémentaires est envisageable d'ici au bilan de la thérapie. Les stratégies et techniques envisagées sont les suivantes :

➤ 2 à 3 séances supplémentaires - Activation Comportementale : la reprise d'activités étant privilégiée, des séances additionnelles sont prévues afin de permettre au patient de se mobiliser autour de tâches correspondant aux objectifs de la thérapie, et d'obtenir des renforcements positifs. Un temps sera consacré à chaque séance pour débriefer la réalisation des exercices, et en définir de nouveaux.

➤ 2 à 3 séances suivantes – Gestion des ruminations : comme mentionné précédemment, développer un autre rapport à ses pensées, afin de « sortir » des ruminations abstraites et négatives, est un enjeu important pour traiter la dépression. Plus tôt dans la prise en charge, la restructuration cognitive (production de pensées alternatives) avait montré ses limites chez Hakan, révélant ses difficultés à faire preuve de capacités d'élaboration et de flexibilité. Je compte l'entraîner à remettre en question l'« utilité » de ses pensées pessimistes, pour favoriser un mode de pensée « concret », axé sur l'action et la recherche de solution. A l'évocation de cette étape, Hakan confirme que sa tendance à ruminer est une source de souffrance majeure, et qu'il aimerait parvenir à se « changer les idées » dans ces moments-là. Je prévois donc de donner des éléments psychoéducatifs sur les ruminations, et de lui demander de remplir un tableau d'auto-observation (colonnes de Beck simplifiées) entre les séances, pour identifier son discours intérieur. Des analyses fonctionnelles seront réalisées en séance pour développer des stratégies spécifiques (réorientation de l'attention, respiration, résolution de problèmes, distraction...).

➤ 2 à 3 séances suivantes – Sensibilisation à la mindfulness : pour maintenir les bénéfices de la thérapie dans le temps, il est important de cibler des compétences « transdiagnostiques ». Je prévois donc d'aider le patient à accepter ses états mentaux désagréables, de même qu'à expérimenter son quotidien en pleine conscience, moment après moment. En plus de l'apport d'éléments psychoéducatifs, ces capacités seront développées par la pratique d'exercices de respiration et de pleine conscience, en séance mais également à domicile. Il est attendu que de telles capacités modifient durablement les rapports de Hakan à ses émotions, ses pensées, ou bien encore aux cravings.

Il est à préciser que ce plan thérapeutique sera réévalué régulièrement, en fonction de l'évolution de l'état du patient. Une attention particulière sera maintenue vis-à-vis des envies de consommations. Si Hakan se trouve en difficulté sur ce plan, il sera essentiel de le remobiliser sur ses motivations, et de procéder à des « rappels » par rapport aux stratégies travaillées en amont, pour prévenir la rechute.

9.4. Diagramme récapitulatif

Le diagramme ci-dessous (schéma 2) permet d'avoir une vue d'ensemble concernant l'évolution passée et future de la thérapie :

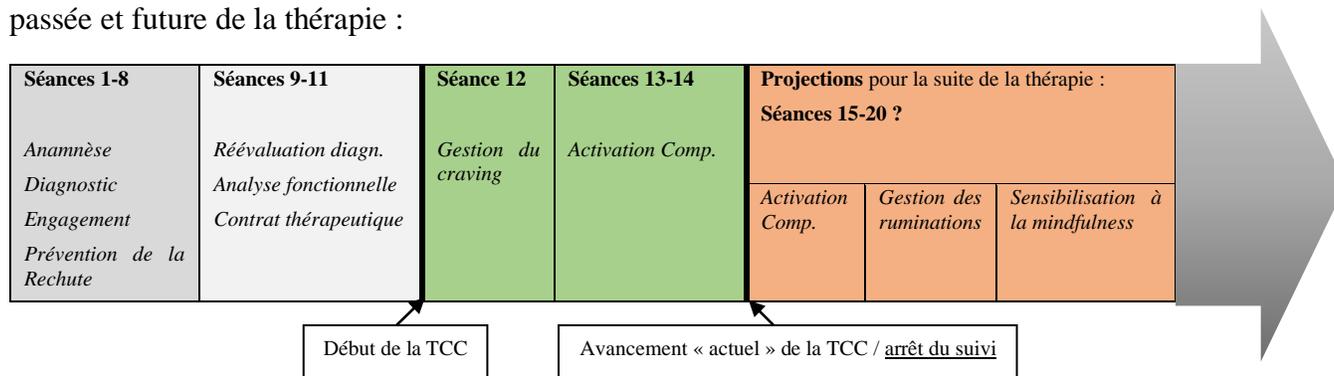


Schéma 2 : Bilan des étapes du suivi psychologique

10. Présentation de séances

10.1. Séance 12 : Gestion du *craving* (explication d'une méthode)

Afin d'éviter un nouvel épisode de reconsommation, cette séance portait sur l'explication d'une stratégie de gestion du *craving* spécifique, pour « surfer l'envie » (*Urge Surfing*, proposée par Marlatt). Elle est basée sur une imagerie, où l'expérience du *craving* est comparée aux vagues de l'océan. Cette séance permettait aussi de sensibiliser le patient à l'acceptation et à la *mindfulness*, qui seront utilisées plus tard dans la thérapie. En voici une retranscription allégée pour en faciliter la lecture :

T. : [...] Le *craving* est comme une impulsion, qui incite à aller consommer pour se soulager d'une tension. Actuellement, quelles situations déclenchent chez vous des envies de consommer ?

P. : Quand je suis seul, oisif... Avant, je consommait pour me changer les idées, pour ne pas m'ennuyer.

T. : Ok, et comment faites-vous pour gérer ces moments-là ?

P. : J'essaie de penser à autre chose, mais ça ne marche pas. Je ressasse mes problèmes... et l'envie reste.

T. : Quand on se dit qu'il ne faut pas penser à quelque chose, c'est souvent là qu'on y pense le plus... c'est pourquoi, aujourd'hui, nous allons parler d'une stratégie pour « accompagner » le *craving*, le laisser passer sans le combattre. Combien de temps durent vos *cravings* habituellement ?

P. : Oh là... Souvent longtemps... plusieurs heures.

T. : Pourtant, à condition de ne pas l'entretenir, on sait qu'un *craving* dépasse rarement une heure. Etes-vous toujours d'accord pour essayer une nouvelle stratégie de gestion des envies ?

P. : Oui. De toute façon, il le faut, sinon je sens que je vais finir par « craquer ».

T. : Dans ce cas, je vous propose d'apprendre à « surfer vos envies ». L'idée est de visualiser le *craving* comme une vague, qui gagne en intensité, se rapproche du rivage... qu'arrive-t-il à cette vague ensuite ?

P. : Elle s'effondre ?

T. : Exactement : la vague se brise et s'écrase sur le sable. De même pour les *cravings* : les impulsions arrivent, gagnent en intensité, mais finissent toujours par « refluer », si on ne les entretient pas. L'idée ici n'est donc pas de chercher à faire disparaître les *cravings*, mais bien de les vivre différemment.

P. : Je vois ce que vous voulez dire... mais en situation ça paraît compliqué.

T. : J'imagine bien que cela vous paraît compliqué pour le moment. A votre avis, comment pourriez-vous faire en situation pour parvenir à utiliser cette image de la vague ?

P. : Il faudrait que j'y pense sur le coup... que j'arrive à me « poser », et penser aux vagues.

T. : Tout à fait. Dites-vous que c'est un apprentissage : ce n'est pas naturel pour vous, mais cela pourrait le devenir si vous vous entraînez. En situation, vous pouvez imaginer une vague en formation, et vous rappeler que « cela passera ». Vous souvenez-vous des exercices de respiration pratiqués au CTR ?

P. : Comme la respiration abdominale ? Oui je m'en souviens.

T. : Pour « surfer » l'envie, installez-vous confortablement, respirez calmement, et portez votre attention aux zones corporelles dans lesquelles le *craving* se loge... Savez-vous où se manifestent vos *cravings* ?

P. : ... c'est souvent au niveau de la mâchoire, qui se crispe.

T. : D'accord. En situation, vous pourriez observer ces sensations au niveau de votre mâchoire, et constatez, moment après moment, sans jugement, les changements d'intensité de vos sensations et tensions physiques, sans chercher à les combattre. Si votre esprit part « ailleurs », ramenez simplement votre attention sur les sensations corporelles du *craving*, ou sur votre respiration si besoin.

P. : D'accord, je vois où vous voulez en venir... mais j'ai peur de me focaliser comme ça sur les sensations physiques, et que ça me mette encore plus mal, que j'ai encore plus envie.

T. : Je comprends. Si le *craving* gagne en intensité : rappelez-vous l'image de la vague. Certaines vagues sont très hautes, mais elles finissent toutes par s'affaïsser. Aussi hautes soient-elles, vous pouvez les « surfer » en observant vos sentiments et vos sensations.

P. : D'accord... je sais bien que ça finit toujours par passer. Mais si je peux accélérer les choses !

T. : Tout à fait. Avec l'entraînement, vous remarquerez que le *craving* perd en intensité en seulement quelques minutes. [...] Pensez-vous qu'il vous manque quelque chose pour appliquer cette technique ?

P. : Non. De toute façon quand j'essaie de me raisonner, ça prend des heures et je suis trop frustré.

T. : Très bien. Concrètement, comment allez-vous vous y prendre quand vous serez chez vous ?

P. : J'irai sur mon lit. J'essaierai de penser aux vagues et de me dire que « ça va passer ».

T. : Très bien. Essayer ça, et n'oubliez pas de repérer les sensations physiques. Observez-les, sans jugement. Prenez note de leur intensité... et continuez de respirer calmement.

P. : Oui d'accord, je vais essayer.

T. : Chaque envie traversée avec succès vous aidera à avoir de moins en moins de *cravings* avec le temps. Faites de votre mieux, nous en reparlerons au prochain rendez-vous.

10.2. Séance 14 : Activation comportementale (application d'une méthode)

La séance 14 était centrée sur l'application de l'activation comportementale, stratégie principale du plan thérapeutique. L'objectif de la séance était de favoriser l'engagement du patient dans une activité qui soit source de renforcement positif, permettant d'améliorer sa satisfaction par rapport à son mode de vie actuel. En voici une retranscription allégée pour en faciliter la lecture :

P. : [...] je n'ai pas ramené le planning que vous m'aviez donné. J'ai pas écouté de musique, comme on en avait parlé, et donc je l'ai pas rempli. Je rentre du travail, je fais à manger, j'allume la TV... c'est tout.

T. : D'accord. Comme je vous l'avais expliqué la dernière fois : il serait quand même intéressant que vous remplissiez ce planning pour pouvoir visualiser de quoi se composent vos journées. Même si vous ne parvenez pas à réaliser les exercices discutés en séance, il reste intéressant de remplir le reste. [...] Vous souvenez-vous des objectifs que vous vous êtes fixé d'ici à juin ?

P. : Oui... reprendre le sport et le dessin. Mais ça me paraît difficile en ce moment, déjà que je n'ai même pas fait l'exercice avec la musique...

T. : Nous allons essayer d'avancer ensemble, étape par étape. Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a conduit à ne pas écouter de musique en rentrant du travail, comme nous l'avions convenu ?

P. : Quand je rentre du travail, je suis fatigué, et j'ai pas envie de me prendre la tête. Mais je mange très tôt, et la télé ça m'ennuie au bout d'un moment... du coup, je prends mon traitement, et je me couche parfois vers 20h. C'est trop tôt, ça ne va pas. Je pense que c'est parce que je suis seul, je m'ennuie...

T. : Souvenez-vous du « cercle vicieux de la dépression » : les émotions négatives entraînent de la fatigue, qui entraîne le fait de ne pas agir, qui entraîne à nouveau des émotions négatives... Actuellement, vous réfugier dans le sommeil est votre solution pour « rompre » ce cercle. Qu'auriez-vous envie de faire, le soir, pour ressentir moins d'ennui et vous coucher plus tard ?

P. : Finalement, écouter de la musique, ça ne me plaît pas vraiment, à part quand j'ai bu un coup... Faudrait que je reprenne le dessin sur tablette, mais je n'ai pas encore commandé le câble qu'il faut.

T. : Oui, cette activité n'est donc pas directement « accessible ». Quelles sont les autres activités plaisantes que vous faisiez par le passé, mais que vous ne faites plus du tout aujourd'hui ?

P. : ... je ne vois que le dessin et le sport. Avant j'allais « à la salle », mais je n'ai vraiment plus l'envie... plus la force d'y aller.

T. : Oui, je comprends. Une grande partie de la thérapie passera par le fait de vous efforcer, dans un premier temps, à faire les choses. C'est en faisant, petit à petit, que le plaisir et l'envie peuvent revenir.

P. : Oui, vous avez raison... mais là, je n'arrive pas à me « dynamiser ». Je regarde juste la télé...

T. : J'imagine bien que cela est difficile pour vous, mais vous me dites aussi que la télé finit par vous ennuyer. Vous avez besoin d'apporter du changement dans votre quotidien. Quelle serait l'activité que vous pourriez reprendre en priorité, et qui vous paraît la plus « accessible », la plus facile à réaliser ?

P. : Je suis pas sûr... en tout cas, pas écouter de la musique finalement.

T. : Imaginez que d'ici quelques mois, vous alliez beaucoup mieux moralement. A votre avis, à quoi ressemblera votre quotidien ? Que ferez-vous en rentrant du travail par exemple ?

P. : Sans doute pas tous les jours, mais je ferai du sport et du dessin. Le sport me paraît prioritaire, j'ai mon abonnement à la salle, et je peux y voir du monde. Pour le dessin, j'ai pas acheté le matériel encore...

T. : Ok, entendu. Pensez-vous pouvoir vous rendre à la salle de sport en ce moment ?

P. : ... pour le moment, ça me paraît trop compliqué. Même de voir du monde là-bas.

T. : Souvenez-vous qu'il est préférable de commencer « petit ». Par quoi pourriez-vous commencer ?

P. : Je pourrais en faire un peu chez moi, j'ai déjà pensé à juste refaire des pompes. En plus, je sais bien que si je m'y mets, ça me remettra dans une bonne dynamique.

T. : Tout à fait. Faire des pompes à la maison vous paraît donc plus accessible que d'aller à la salle ?

P. : Ouais, ça je pense pouvoir le faire. En tout cas essayer.

T. : Très bien. Dans ce cas : quel objectif pourriez-vous vous fixer d'ici à notre prochain rendez-vous ?

P. : Je sais pas... pour commencer, je pourrais faire une vingtaine de pompes.

T. : Très bien. Rappelez-vous qu'il est important de reprendre goûts aux activités étape par étape, pour éviter de mettre directement la barre trop « haute » et de vous mettre en échec. Une vingtaine de pompes, ça vous paraît donc atteignable, c'est bien ça ? Et vous feriez ça à quel moment ? A quelle fréquence ?

P. : ... je pense commencer par 10 pompes, en rentrant du travail. 3 ou 4 fois par semaine ce serait bien.

T. : Parfait. Avez-vous confiance, à l'issue de cet entretien, en votre capacité à atteindre cet objectif ?

P. : Oui, j'ai bon espoir. Je pense même que j'irai bientôt à la salle de sport, pour faire du tapis et courir.

T. : Déjà, si vous parvenez à réaliser 3 ou 4 séries de pompes par semaine, ce serait très bien. Nous pourrions plus tard vous fixer d'autres objectifs, un peu plus ambitieux. [...] Je vous remets de nouveaux plannings, où vous pourrez inscrire tout ce que vous faites, chaque jour, y compris les séries de pompes. Je vous propose de les ramener au prochain entretien. Etes-vous d'accord ?

P. : Oui, d'accord. Je vais faire les pompes, et essayer de remplir les plannings.

11. Analyse de l'échec et de la réussite

11.1. Evolution des indices

Tableau 4 : Evolution des indices en phase d'intervention	Séance 11 <i>(évaluation initiale)</i>	Séance 14 <i>(évaluation à 2 mois)</i>
HADS - Dépression	8	
HADS - Anxiété	8	
Nombre de séances sport par semaine	0	0
Nombre de sessions de dessin par semaine	0	0

Comme indiqué dans le tableau 4 (ci-dessus), la phase d'intervention n'a pu se poursuivre suffisamment pour observer une évolution des indices comportementaux. De plus, l'échelle HAD n'a été proposée qu'à l'établissement du contrat thérapeutique. La prochaine passation était prévue à l'occasion d'un bilan intermédiaire, que le nombre de séances effectuées n'a pas permis d'atteindre.

Malheureusement, si la thérapie s'est interrompue, c'est en raison d'un événement tragique. Hakan fut retrouvé mort dans son appartement, décédé d'une overdose, après avoir consommé de la cocaïne et probablement d'autres substances. L'hypothèse d'un suicide n'est pas écartée, mais aucun indice ne va en ce sens, et Hakan présentait moins d'idées noires aux derniers rendez-vous. En revanche, une cocaïne

fortement dosée était revendue en ville à la même période. Il est donc probable que Hakan ne soit pas parvenu à gérer un *craving*, et qu'il ait consommé en trop grande quantité alors que son corps n'était plus habitué au produit, menant à une overdose fatale, mais « accidentelle ». Davantage de temps dans l'appartement thérapeutique aurait sans doute aidé Hakan à s'investir durablement dans un mode de vie plus sain, et à développer de nouvelles compétences avec la TCC. La dernière séance permettait d'ailleurs d'espérer une remobilisation du patient, motivé à reprendre une activité physique. En dépit de l'attention particulière portée à la gestion des envies de consommation, le « pire scénario » s'est finalement produit.

11.2. Conclusion et ressenti du thérapeute

En tant que thérapeute, le décès de Hakan fut évidemment une issue difficile à accepter. Une alliance thérapeutique de bonne qualité s'était développée, bien que Hakan se montrait souvent assez « passif ». Sa faible implication vis-à-vis de certaines tâches entre les séances (remplir un planning, écouter de la musique) était peut-être le signe que les aspects motivationnels étaient insuffisamment consolidés, bien qu'il exprimait souvent l'importance que recouvrait pour lui la perspective de reprendre le sport ou le dessin. Tout cela me conduit à souligner à nouveau l'importance de s'adapter au rythme du patient, et de rester flexible en vérifiant régulièrement si le problème travaillé en séance reste la « priorité ». Malgré les précautions qui ont été prises, je ne peux donc m'empêcher de me demander si la question de la gestion des *cravings* avait été suffisamment travaillée avec Hakan, alors que nous nous focalisons sur l'activation comportementale lors des dernières séances.

Bien que la thérapie ait été interrompue d'une façon soudaine et tragique, ce cas m'a beaucoup appris. Il s'inscrit pleinement dans l'approche TCC, et reflète la complexité de l'accompagnement des personnes présentant des addictions et des troubles comorbides. Il souligne l'importance cruciale d'interroger, tout au long de la thérapie, la présence d'envies de consommation, et de sans cesse mettre à jour les motivations des patients. Le développement d'un mode de vie équilibré et satisfaisant constitue un enjeu essentiel pour prévenir la rechute, et l'atteinte des objectifs thérapeutiques est souvent conditionnée par la capacité du patient à maintenir le contrôle sur ses conduites addictives. Vivre en autonomie, reprendre le travail, développer des relations sociales... tout cela correspondait bien aux souhaits de Hakan, mais le confrontait aussi à ses « limites », et à sa difficulté à obtenir du plaisir autrement que par la consommation.

Bibliographie

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press.
- van Bronswijk, S. C., Lemmens, L. H. J. M., Huibers, M. J. H., Arntz, A. et Peeters, F. P. M. L. (2018). The influence of comorbid anxiety on the effectiveness of Cognitive Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Major Depressive Disorder. *Journal of affective disorders*. 232, 52-60. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.003.
- Carroll, K. M., Nich, C., Petry, N. M., Eagan, D. A., Shi, J. M. et Ball, S. A. (2016). A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavioral therapy for cocaine dependence. *Drug & Alcohol Dependence*. 160, 135-142. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.036.
- Decker, S. E., Morie, K. P., Malin-Mayo, B., Nich, C., & Carroll, K. M. (2018). Positive and negative affect in cocaine use disorder treatment: Change across time and relevance to treatment outcome. *The American journal on addictions*, 10.1111/ajad.12716. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ajad.12716>.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E. et al. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 86(2), 200–204. <https://doi.org/10.1037/ccp0000266>.
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., et Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of affective disorders*, 152-154, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>.
- Fond, G., Lançon, C., Auquier, P. et Boyer, L. (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*. 48(4), 365-375. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.12.004>.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J. et Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445–462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>.
- Gorman J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety*, 4(4), 160–168. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J).
- von Hammerstein, C., Khazaal, Y., Dupuis, M., Aubin, H. J., Benyamina, A., Luquiens, A. et al. (2019). Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder: a prospective observational study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2018-026839.
- Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R. et Wilson, D. B. (2018). Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD011315. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011315.pub2>.
- Hautekète, M., Cousin, I. et Graziani, P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcool-dépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 9(4), 108.
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F. et al. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological medicine*, 50(1), 11–19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>.

- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G. et Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Archives of general psychiatry*. 58(4), 381–388. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.4.381>.
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Clark, L. A. et Thase, M. E. (2011). Skills of Cognitive Therapy (SoCT): a new measure of patients' comprehension and use. *Psychological assessment*. 23(3), 578–586. <https://doi.org/10.1037/a0022485>.
- Kaiser, R. H., Snyder, H. R., Goer, F., Clegg, R., Ironside, M. et Pizzagalli, D. A. (2018). Attention Bias in Rumination and Depression: Cognitive Mechanisms and Brain Networks. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. 6(6), 765–782. <https://doi.org/10.1177/2167702618797935>.
- Kanfer, F. H. et Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In : C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York : McGraw-Hill.
- Karila, L. et Reynaud, M. (2012). *Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale - Troubles liés à l'usage de cocaïne ou de drogues stimulantes*. Médecine Sciences Publications, Lavoisier.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K. et & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 109(5), 339–344. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x>.
- Kessler, R. C. et Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G. et al. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*. 73(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>.
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T. et Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*. 154, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. et Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention - An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Health and Research World*. 23(2), 151-160.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. et Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 17(3), 322–334
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W. et Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*. 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>.
- López-López, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D. et al. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*. 49(12), 1937–1947. <https://doi.org/10.1017/S003329171900120X>.
- MacKenzie, M. B., Abbott, K. A. et Kocovski, N. L. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 14, 1599–1605. <https://doi.org/10.2147/NDT.S160761>.
- MacKenzie, M. B. et Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychology research and behavior management*. 9, 125–132. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S63949>.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. et Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York : Guilford Press.
- Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., Fernández Del Río, E. et Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: a systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 13(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2>.

- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112(5), 751-757. doi: 10.1111/add.13502.
- Moeller, S. B., Austin, S. F., Hvenegaard, M., Kistrup, M., Gran, S. et Watkins, E. (2020). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for non-responsive chronic depression: an uncontrolled group study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 48(3), 376–381. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000584>.
- Richards, D. A., Rhodes, S., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S. et al. (2017). Cost and Outcome of Behavioural Activation (COBRA): a randomised controlled trial of behavioural activation versus cognitive-behavioural therapy for depression. *Health technology assessment* (Winchester, England), 21(46), 1–366. <https://doi.org/10.3310/hta21460>.
- Roos, C. R., Bowen, S. et Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/ccp0000249>.
- Segal Z. V., Williams J. M. G. et Teasdale J. D. (2013). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse, 2nd Ed.* New York : Guilford Press.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T. et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American journal of psychiatry*, 157(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>.
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E. et Smits, J. (2020). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological medicine*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>.
- Teismann, T., von Brachel, R., Hanning, S., Grillenberger, M., Hebermehl, L., Hornstein, I. et al. (2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(1), 80–90. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.821636>.
- Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R. et Schmitz, J. M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(4), 402–415. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1199697>.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N. et al. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(4), 317–322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090282>.
- Whisman, M. A., du Point, A. et Butterworth, P. (2020). Longitudinal associations between rumination and depressive symptoms in a probability sample of adults. *Journal of Affective Disorders*, 260, 680-686. doi:10.1016/j.jad.2019.09.035. Epub 2019 Sep 10.
- Zigmond, A. S. et Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.