

MARCHAND Anne-Sophie

3 Bis, Rue des Patouillets

77850 HERICY

Tuteur : Stéphane RUSINEK

**TROUBLE DEPRESSIF CARACTERISE CHEZ UNE PATIENTE
CINQUANTENAIRE**

MEMOIRE DE MODULE 3 – 2021-2022

TABLE DES MATIERES

1	RESUME _____	3
2	CADRE DE TRAVAIL _____	4
3	MOTIF DE LA CONSULTATION _____	4
4	ANAMNESE _____	5
4.1	HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL ET DU TROUBLE _____	5
4.2	HISTOIRE DU TROUBLE _____	6
4.3	HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE _____	6
4.4	HISTOIRE DE VIE _____	7
5	DIAGNOSTIC _____	8
6	CADRE THEORIQUE _____	11
7	LIGNES DE BASE _____	13
8	ANALYSE FONCTIONNELLE _____	16
9	ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE _____	19
10	DEROULEMENT ET PROJECTIONS THERAPEUTIQUES _____	20
10.1	DEROULEMENT DES SEANCES _____	20
10.2	PROJECTIONS THERAPEUTIQUES _____	24
11	PRESENTATION DE DEUX SEANCES _____	24
11.1	EXPLICATION DE LA METHODE D'ACTIVATION COMPORTEMENTALE _____	24
11.2	APPLICATION D'UNE METHODE DE RESTRUCTURATION COGNITIVE _____	26
12	ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS _____	28
12.1	EVOLUTION DES INDICES _____	28
12.2	EVOLUTION DE LA THERAPIE _____	28
12.3	IDENTIFICATION DES DIFFICULTES _____	28
12.4	REFLEXION SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE _____	29
13	BIBLIOGRAPHIE _____	30

1 RESUME

Ce mémoire présente un cas clinique concernant un trouble dépressif caractérisé chez une patiente âgée d'une cinquantaine d'années qui consulte dans un centre médico-psychologique.

Ce cas clinique est développé en débutant par une anamnèse détaillée de la patiente suivie d'une discussion de l'hypothèse diagnostique en fonction de la séméiologie et en considérant les diagnostics différentiels. Puis, une réflexion théorique est proposée concernant le trouble dépressif et les traitements actuels. Une modélisation du cas est ensuite proposée sous la forme d'une grille SECCA permettant ainsi une approche diachronique et synchronique de la problématique cible. L'analyse de la demande est reprise au regard de la modélisation du cas et de l'analyse fonctionnelle afin d'aboutir au contrat thérapeutique. Ensuite, le déroulement des séances réalisées est présenté suivi d'une projection thérapeutique. Deux extraits de séances sont ensuite retranscrits afin de présenter la méthode d'activation comportementale et l'application d'une technique de restructuration cognitive.

Enfin, une analyse de l'évolution des indices et de la thérapie est proposée. Les difficultés rencontrées ainsi qu'une réflexion sur l'alliance thérapeutique conclue ce cas.

2 CADRE DE TRAVAIL

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, j'exerce dans un centre hospitalier au sein du pôle de santé mentale, et plus précisément en psychiatrie adulte où les personnes peuvent être reçues à partir de l'âge de 16 ans en ambulatoire ou en hospitalisation.

Mon poste a été créé récemment dans le cadre du développement de la réhabilitation psychosociale ; projet où les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont toute leur place.

Mes activités se développent essentiellement en extrahospitalier et plus précisément au sein des centres médico-psychologiques (CMP) où les patients peuvent rencontrer des infirmières, des médecins psychiatres ou des psychologues. Il s'agit donc de consultations externes dans des locaux distincts des structures hospitalières.

Les patients sont le plus souvent orientés par le médecin psychiatre ou par d'autres psychologues. Les demandes peuvent concerner des évaluations neuropsychologiques, et plus ponctuellement des thérapies cognitives et comportementales dans les limites de ma formation en cours. La pertinence des orientations est évaluée avec le patient en fonction de sa demande, de ses attentes et de ses projets.

Si cela est cohérent avec le projet du patient, je propose une évaluation cognitive, comportementale et émotionnelle dont le contenu est adapté en fonction des problématiques repérées avec le patient, l'entourage ou les soignants mais également en fonction de mes observations cliniques.

En fonction des résultats de l'évaluation et de la demande du patient, une thérapie cognitive et comportementale peut être proposée.

3 MOTIF DE LA CONSULTATION

Mme F. est une patiente de 56 ans qui m'est adressée par son médecin psychiatre dans le cadre de son suivi au CMP pour exploration d'une plainte cognitive évoluant depuis quelques mois. Mme F. est suivie depuis 1 an pour trouble dépressif.

Mme F. ne comprend pas complètement l'orientation du psychiatre, ayant déjà été suivie par un psychologue du CMP et ayant mis un terme à l'accompagnement car elle trouvait qu'elle n'avancait pas et « ne faisait que parler ».

Le cadre de notre rencontre est alors expliqué à Mme F. en lui précisant notamment ma spécialisation en neuropsychologie et ma formation en cours aux psychothérapies cognitives et comportementales. Ces explications permettent à Mme F. d'exprimer spontanément sa plainte

cognitive. A cela s'ajoute une plainte thymique, Mme F. se dit actuellement très anxieuse et souffrir d'« une dépression » depuis plusieurs mois. Elle décrit des troubles de la mémoire, un ralentissement, un sentiment de déchéance car elle ne travaille plus et « ne fait plus grand-chose de ses journées ». Elle ne se sent pas particulièrement améliorée par les traitements médicamenteux.

Dans un premier temps, dans le cadre de ma spécialisation en neuropsychologie, un bilan neuropsychologique est proposé à Mme F. afin d'objectiver sa plainte mnésique. Il est expliqué que ce bilan permettra également de comprendre les intrications éventuelles entre sa plainte cognitive et l'altération de son humeur.

Les résultats du bilan neuropsychologique mettent en évidence des perturbations principalement attentionnelles/exécutives pouvant se répercuter sur les processus mnésiques. Une participation de la thymie semble probable. Dans ce contexte, un travail sur les perturbations de son humeur semble important dans un premier temps.

Ceci est expliqué à Mme F. et à son mari lors de la restitution du bilan neuropsychologique. Les principes de la psychothérapie cognitive et comportementale (TCC) sont présentés brièvement ce qui permet à la patiente de faire la différence avec la psychothérapie précédemment effectuée. Ainsi, il est précisé l'apport des méthodes thérapeutiques proposées en TCC notamment le rôle actif qui est accordé au patient, le partage d'informations sur la compréhension de ses difficultés et l'apprentissage de techniques pour mieux les gérer, ainsi que l'évaluation régulière de nos avancées.

Mme F. se dit prête à tenter cette nouvelle prise en charge. Elle souhaite améliorer son état et est encouragée également par sa famille qui s'inquiète pour elle. Il est convenu que les premiers entretiens auront pour objectif de préciser ses problématiques actuelles, de comprendre les cercles vicieux qui se sont éventuellement mis en place et perpétuent son mal-être avant de pouvoir proposer une méthode thérapeutique adaptée.

4 ANAMNESE

4.1 HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL ET DU TROUBLE

Mme F. décrit une altération progressive de son humeur il y a plus d'un an. Elle fait rapidement un lien avec son travail d'aide-soignante où elle a été contrainte à changer de service hospitalier suite à des fermetures de lits. Elle a alors éprouvé des difficultés pour s'intégrer à la nouvelle équipe déjà en place et pour s'adapter à ce nouveau service. En effet, Mme F. trouvait moins d'intérêt dans les tâches confiées et avait moins l'occasion d'avoir des contacts de qualité avec les patients. Son humeur se serait progressivement dégradée. Cela se serait manifesté par l'apparition d'une anxiété au travail, une hypersensibilité aux remarques de ses collègues, une perte de confiance en soi dans ses tâches professionnelles, des difficultés de concentration, des troubles

du sommeil et une tristesse de l'humeur. Elle décrit également une altération de l'estime de soi et une fatigue persistante. Progressivement, elle dit avoir perdu l'intérêt et le plaisir dans ses activités plaisantes au quotidien (jardin, bricolage, céramique). Elle dit s'être repliée sur elle-même évitant les activités qu'elle partageait avant avec son mari et sa fille. Elle se serait sentie davantage anxieuse. Des idées noires auraient alors émergées. Son médecin traitant l'aurait arrêté et orienté vers le CMP.

Mme F. aurait alors consulté un psychiatre du CMP où un traitement anti-dépresseur (Clomipramine) et anxiolytique (Alprazolam et Zopiclone) aurait été mis en place il y a un an. Le sommeil se serait amélioré. Les symptômes anxieux et dépressifs auraient également été moins intenses mais sans disparaître complètement. Une première psychothérapie d'orientation analytique aurait alors été proposée à Mme F. Après environ six mois de suivi, Mme F. aurait décidé d'arrêter ne voyant pas d'amélioration ni d'intérêt dans la thérapie proposée.

A ce jour, Mme F. n'a toujours pas pu reprendre son travail et ne s'en sent pas capable. L'humeur est triste associée à de l'anxiété et des ruminations liées à un sentiment de déchéance et de perte de rôles sociaux. Elle se sent plus ralentie.

Au quotidien, Mme F. décrit une autonomie relativement préservée. Elle pourrait préparer les repas (même si moins élaboré qu'avant), faire les courses en étant stimulée et accompagnée, gérer le budget et les papiers même si elle se sent davantage ralentie. Elle pourrait également conduire malgré quelques difficultés attentionnelles. Elle dit prendre et gérer ses médicaments. Lors de son temps libre, elle s'occuperait à jouer avec son chat, en restant allonger sur son lit, ou en jouant à des jeux vidéo collaboratifs sur ordinateur.

Elle dit réaliser les activités quotidiennes mais cela lui coûte et elle n'y trouve aucun plaisir. Elle ne rapporte pas avoir d'idées noires ou suicidaires. L'appétit et le sommeil seraient néanmoins préservés.

4.2 HISTOIRE DU TROUBLE

Mme F. ne rapporte pas de trouble similaire dans son histoire.

Il n'est pas retrouvé non plus d'autres troubles du comportement ou de l'humeur ayant gêné la scolarité, la vie sociale ou professionnelle.

4.3 HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

Avant cet épisode, Mme F. se décrit comme quelqu'un de dynamique, d'actif, et appréciant les activités partagées avec sa famille.

Elle rapporte néanmoins un tempérament anxieux depuis l'enfance avec une tendance à s'inquiéter facilement pour « tout et rien ». Il n'est pas retrouvé de retentissement notable sur sa vie personnelle et professionnelle.

D'autre part, elle explique avoir toujours eu des difficultés à se faire des amis et à aller vers les autres : « j'ai l'impression de pas être très douée pour les relations avec les gens ». Elle l'explique avec le fait de partir du principe qu'on ne va pas l'apprécier. Elle décrit néanmoins quelques amitiés qu'elle a pu maintenir de manière satisfaisante. A noter également que Mme F. a évoqué, lors du bilan neuropsychologique, une légère dyslexie/dysphasie et un redoublement qui ont pu contribuer à cette altération de l'estime de soi et renforcer une certaine inhibition dans les contacts sociaux.

Dans les autres facteurs de risques, Mme F. décrit sa mère comme quelqu'un qui aurait « toujours été dépressive ».

4.4 HISTOIRE DE VIE

➤ Relations familiales et sentimentales

Actuellement, Mme F. décrit un maintien des contacts avec son cercle familial. Elle identifie son mari, sa fille, sa sœur et ses parents comme des relations importantes et significatives.

Néanmoins, la qualité des relations avec son mari et sa fille, avec qui elle vit, s'avère fluctuante. En effet, la relation avec son mari a été altérée par la dégradation de son humeur. Mme F. décrit une absence de relations intimes et des disputes plus fréquentes en raison de son désinvestissement de certaines activités quotidiennes. Elle dit éviter les moments d'échanges et de dialogues. Le couple ne partagerait plus d'activité hormis les repas.

Concernant la relation avec sa fille, âgée de 17 ans, Mme F. souffre de partager moins d'activités avec elle. Elle la sent également plus distante ce qu'elle peut mettre en lien avec le fait que sa fille devienne de plus en plus autonome. Elle maintient des échanges limités avec elle, uniquement lorsqu'elle la conduit en voiture au lycée et lors des repas.

Les relations avec sa sœur et ses parents sont maintenues par téléphone en raison de la distance géographique.

Concernant les relations amicales, Mme F. a perdu le lien avec une amie et les connaissances qu'elle avait noué lors d'une activité de céramique depuis l'altération de son humeur. La perte de son estime d'elle-même n'a fait que renforcer l'évitement de ces contacts sociaux.

➤ Environnement

Mme F. vit avec son mari et sa fille dans une maison à la campagne. Elle est satisfaite de ce cadre de vie mais a abandonné les travaux d'embellissement de sa maison et un projet d'agrandissement depuis l'altération de son humeur. Elle ne réussit plus à investir son jardin.

➤ Scolarité-Etudes-Travail

Mme F. décrit un parcours scolaire qui a pu être impacté par un trouble des apprentissages. En effet, elle dit avoir été diagnostiquée dyslexique en primaire et avoir bénéficié d'une

rééducation orthophonique ce qui l'aurait aidée. Elle aurait néanmoins redoublé une classe de primaire mais aurait pu achever sa scolarité dans un parcours académique classique. Elle aurait également suivi et obtenu sa formation d'aide-soignante sans difficulté.

Elle aurait ensuite exercé son métier sans problème majeur jusqu'à son changement de service.

5 DIAGNOSTIC

Comme décrit lors du motif de la consultation, une évaluation neuropsychologique a été réalisée en amont de la thérapie cognitive et comportementale. Cette évaluation a permis d'écarter la présence d'un trouble neurocognitif majeur qui aurait pu compliquer la mise en œuvre d'une TCC. En effet, le profil cognitif et clinique retrouvé lors du bilan neuropsychologique semble plutôt compatibles avec les perturbations cognitives propres une symptomatologie dépressive.

La démarche diagnostique a permis de mieux caractériser les perturbations thymiques. Cette démarche diagnostique a été effectuée en trois temps. Un premier temps a eu lieu avec l'entretien libre d'anamnèse. Un second temps s'est déroulé grâce à un entretien semi-dirigé afin de repréciser les troubles psychiques actuels, les antécédents et effectuer un diagnostic différentiel. A noter que même si un diagnostic de trouble dépressif majeur a été posé par le médecin psychiatre, il semble important de réévaluer l'intensité du trouble et de vérifier la présence d'autres troubles psychiques qui pourraient expliquer le maintien de la symptomatologie.

➤ L'entretien libre d'anamnèse

Lors de l'entretien d'anamnèse, il est relevé au-devant du tableau clinique des symptômes persistants fortement évocateurs d'un syndrome dépressif : humeur triste, perte d'intérêt pour les activités précédemment investies (bricolage, céramique, jardin), sensation de déclin, perte de l'estime de soi, sensation d'être ralentie et moins efficiente au niveau cognitif, perte de l'intérêt pour les relations sexuelles. Ces symptômes seraient apparus il y a un an et marquent un changement avec le fonctionnement antérieur. Les symptômes seraient persistants et présents tous les jours depuis. Il n'est pas retrouvé d'antécédent de symptômes similaires.

L'anamnèse révèle également des symptômes faisant suspecter un trouble anxieux puisque Mme F. dit avoir de nombreuses préoccupations et plus qu'avant l'épisode dépressif. De plus, les difficultés antérieures à aller vers les autres et à s'adapter à la nouvelle équipe au cours de la vie conduisent à suspecter la présence d'une phobie sociale.

➤ L'entretien semi-dirigé

Afin de poursuivre la démarche et de prendre en considération les diagnostics différentiels et les comorbidités, un entretien plus structuré a été proposé en utilisant la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998).

L'exploration plus précise à l'aide de la MINI retrouve ainsi : une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt, la sensation d'être ralentie, une fatigue quotidienne, une perte de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité, des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions et des idées noires. Ces problèmes entraînent une souffrance importante et gênent les relations aux autres et les activités quotidiennes. Les problèmes ne sont pas provoqués par une maladie physique ou une prise de médicament. Les critères d'un **épisode dépressif majeur** sont donc retrouvés depuis 2021 sans rémission complète. A noter qu'il n'est pas retrouvé de caractéristiques mélancoliques, il n'y a pas d'antécédents d'épisode dépressif et le trouble n'évolue pas depuis plus de 2 ans.

La recherche du risque suicidaire est effectuée devant la symptomatologie dépressive. Il est retrouvé un **risque suicidaire léger** dans la mesure où Mme F. a déjà pensé qu'il vaudrait mieux qu'elle soit morte ou souhaité être morte dans le mois écoulé mais n'a pas eu de projets suicidaires ni de velléités de mettre fin à ses jours.

Aux troubles dépressifs s'ajoutent des symptômes anxieux ; ce qui paraît cohérent avec la littérature puisque la symptomatologie dépressive est souvent accompagnée d'une anxiété. La question se pose néanmoins de savoir si un trouble anxieux préexistant a pu participer à l'apparition de la symptomatologie dépressive. En effet, Mme F. se décrit comme ayant un tempérament anxieux et une tendance à s'inquiéter facilement pour « tout et rien ». Elle évoque plusieurs préoccupations concernant les finances, sa famille proche (mari, fille) et son devenir professionnel. Dans ce sens, il semble important de tester l'hypothèse d'une anxiété généralisée comme caractéristique distincte et sous-jacente à l'état dépressif. L'exploration plus approfondie des caractéristiques anxieuses à l'aide de la MINI ne retrouve pas tous les critères d'une anxiété généralisée.

Compte tenu de la comorbidité fréquente du trouble dépressif, un trouble de la personnalité est recherché. Pour cela, la SCID II (Bouvard et al., 1999) a été utilisée. Cette exploration ne permet pas de retrouver de critères suffisants pour identifier un trouble de la personnalité.

➤ Diagnostics différentiels

Dans le cadre d'un trouble dépressif, il est important d'écarter la présence d'un trouble bipolaire. Dans ce cas, il n'est pas retrouvé de symptômes évocateurs d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Il est également évalué la présence d'un stress post-traumatique devant les problématiques professionnelles rencontrées lors du changement de service. En l'occurrence, il n'est pas retrouvé dans les antécédents d'événements traumatogènes ce qui écarte la présence d'un trouble du stress post-traumatique pouvant expliquer l'apparition des troubles. La poursuite de l'exploration des symptômes anxieux retrouve la présence d'attaques de panique très ponctuelles sous trouble panique ni agoraphobie. Il n'est pas non plus retrouvé de trouble obsessionnel compulsif ou de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

De plus, la plainte liée aux difficultés « à aller vers les autres » incite à vérifier la présence d'une phobie sociale. Cependant, Mme F. ne rapporte pas de peur du jugement des autres lorsque nous explorons ce point. Elle décrit plusieurs situations où elle a pu nouer des contacts sociaux sans difficulté notable avant l'épisode dépressif.

D'autre part, il n'est pas retrouvé de dépendance ou abus de substances psychoactives. Il n'est pas non plus retrouvé de troubles liés aux jeux vidéos malgré que Mme F. puisse jouer régulièrement à un jeu sur son ordinateur.

Enfin, l'exploration de symptômes psychotiques ne retrouve pas d'hallucinations ni d'idées délirantes lors de nos entretiens libres ou semi-structurés.

Au total, selon le DMS-V, l'hypothèse diagnostique retenue est celle d'un **trouble dépressif caractérisé**. Il n'est pas retenu la précision du trouble dépressif avec détresse anxieuse car il n'est retrouvé que le critère de « difficultés de concentration dues à des soucis ».

Le trouble dépressif servira de base à notre analyse fonctionnelle présentée dans ce mémoire et à notre premier contrat thérapeutique avec Mme F.

Critères DSM-V du trouble dépressif caractérisé :

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant au moins 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

- 1. Humeur dépressive.*
- 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.*
- 3. Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime.*
- 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.*
- 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur.*
- 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.*

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision.

9. Pensées de mort récurrentes

- Mme F. décrit effectivement une humeur dépressive quotidienne et une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans les activités quotidiennes depuis 2021.

De plus, 5 symptômes quotidiens depuis plus de 2 semaines : sensation d'être ralentie, une fatigue persistante non expliquée par un problème somatique, une faible estime d'elle-même, des difficultés de concentration et une perte d'espoir.

B. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- La symptomatologie dépressive initiale a entraîné une incapacité de Mme F. à assurer ses tâches professionnelles. A ce jour, Mme F. décrit une altération de son fonctionnement quotidien avec une diminution des activités quotidiennes (tendance à procrastiner les soins personnels, les tâches ménagères), à se replier sur elle-même ce qui altère les relations avec son mari et sa fille.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une autre affection médicale.

- Il n'est pas retrouvé de consommations de substances psychoactives ou d'antécédents médicaux dans les signes précurseurs de l'apparition de la symptomatologie dépressive.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autres trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

- L'exploration des symptômes psychotiques dans l'anamnèse et à l'aide de la MINI n'a pas retrouvé de signe d'appels de ce type de trouble.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

- Les critères d'épisodes maniaques ou hypomaniaques et cyclothymiques ont été recherchés lors du diagnostic différentiel concernant le trouble bipolaire et n'ont pas été remplis.

6 CADRE THEORIQUE

Dans un premier temps, un bref rappel épidémiologique des troubles dépressifs est proposé. Ensuite, il est évoqué succinctement les modèles théoriques explicatifs des troubles dépressifs dans une approche cognitive et comportementale. Enfin, il est proposé un point sur l'état des techniques et traitements des troubles dépressifs.

Les troubles dépressifs regroupent différentes formes de dépression allant d'une forme isolée ou récurrente à une forme persistante. La prévalence des troubles dépressifs est variée selon les études mais les résultats sont souvent comparables concernant la présence d'une comorbidité psychiatrique (troubles anxieux, trouble lié à l'usage de substance) et l'âge de début des troubles. Ainsi, on retient que les femmes seraient plus susceptibles de présenter un trouble dépressif et que l'âge de début se situe souvent entre 20 et 50 ans (Nieto et Bellivier, 2017). A noter qu'un tiers des personnes déprimées développerait une forme chronique de dépression. Ce sont également des patients qui vont développer des résistances aux traitements (Schramm et al., 2020).

Le trouble dépressif est complexe et multifactorielle. Les résultats les plus probants soulignent l'interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux dans l'apparition du trouble. Certains événements de vie stressants apparaissent souvent à l'origine du premier épisode ; genèse souvent modulée par des facteurs de protection (Nieto et Bellivier, 2017).

L'avancée des recherches sur le trouble dépressif ont permis de nouvelles modélisations des mécanismes à l'œuvre pour expliquer le maintien du trouble. Les traitements proposés vont évidemment dépendre du modèle théorique choisi pour expliquer les troubles du patient. Pour rappel, l'approche comportementale et cognitive du trouble dépressif a connu des évolutions au décours des vagues successives avec le modèle comportemental de Lewinsohn pour la 1^{ère} vague puis le modèle cognitif de Beck avec la 2^{ème} vague.

Plus récemment, dans une perspective transdiagnostique et processuelle (3^{ème} vague), Blairy et al. (2020) ont proposé un modèle révisé de Manos, Kanter et Busch (2010). Ce modèle présente l'intérêt de proposer une explication du développement et du maintien de la dépression en intégrant des processus psychologiques tels que les évitements comportementaux mais également les évitements cognitifs (ruminations). Selon ce modèle, un ou des événements de vie stressants vont faire émerger l'humeur dépressive qui va conduire à des biais cognitifs (attention sélective focalisée sur l'information négative) et l'altération du contrôle cognitif. Un conditionnement opérant se met en place par des comportements sains qui ne sont plus renforcés mais punis négativement (les activités n'étant plus accessibles). De plus, les comportements dépressogènes sont renforcés positivement et négativement (évitement de certains comportements par rapport à des conséquences vécues négativement, soutien parfois de l'entourage qui renforce l'évitement). Enfin, le cycle dépressogène est maintenu par la diminution des activités plaisantes ou dirigées vers un but associée à une augmentation des évitements comportementaux et cognitifs (ruminations).

Concernant le traitement et dans une perspective transdiagnostique, plusieurs études ont pu montrer que l'activation comportementale (AC) apparaît être une méthode thérapeutique privilégiée

dans le traitement de la dépression. Ainsi, une revue systématique de la littérature (Dondé et al., 2018) confirme que l'AC représente un traitement simple et efficace pour agir sur l'inhibition comportementale, processus transdiagnostique retrouvé fréquemment dans les troubles dépressifs. Les principes de l'AC sont de travailler avec le patient dans l'engagement et l'augmentation des activités procurant un sentiment de plaisir et/ou de maîtrise et parallèlement de diminuer les comportements qui renforcent négativement le patient.

Plus récemment, Rodriguez et al. (2022) ont comparé les effets à long terme de 3 types de thérapies transdiagnostiques (Activation Comportementale, ACT, TCC transdiagnostique) sur la symptomatologie émotionnelle chez des patients anxieux et dépressifs. Toutes les thérapies ont réduits la symptomatologie anxieuse et dépressive. L'amélioration de la symptomatologie émotionnelle était meilleure dans les protocoles qui travaillaient sur l'activation. Ainsi, l'activation comportementale a été le traitement le plus efficace et le plus spécifique.

Néanmoins, une étude Murphy et al (2021) modère l'intérêt des approches comportementales seules. En effet, les résultats seraient moins positifs pour les personnes qui présentent de forts évitements comportementaux. A noter que cette étude présente des limites dans ces conclusions dans la mesure où elle a été effectuée auprès d'un échantillon de petite taille.

Dans le sens de l'étude de Murphy, un article de Frick et al. (2020) rappelle qu'il existe une forte propension aux évitements cognitifs et émotionnels dans les processus impliqués dans la dépression résistante. Plus particulièrement, ces évitements concerneraient aussi bien les émotions désagréables qu'agréables contribuant ainsi à réduire la motivation à s'engager dans des activités renforçantes positivement.

Ces limites permettent de rappeler que 50% des traitements de la dépression ne fonctionnent pas, comme le souligne un article de 2020 portant sur une étude menée par Callesen et al.. Ainsi dans une approche plus cognitive, cette étude publiée dans Nature par l'équipe d'Adrian Welles a ainsi voulu tester l'intérêt de la thérapie métacognitive auprès d'adultes présentant un trouble dépressif majeur. Pour rappel, cette thérapie processuelle vise les processus de contrôle mental qui sont souvent altérés dans la dépression et contribuent ainsi aux ruminations. Malgré les quelques biais présents dans cette étude, les résultats montrent que la thérapie métacognitive diminue significativement la symptomatologie dépressive en comparaison à la thérapie cognitive et comportementale classique.

7 LIGNES DE BASE

Les lignes de base ont été établies à l'aide d'échelles standardisées (BDI II, STAI Y) afin de préciser l'intensité de la symptomatologie dépressive et anxieuse. De plus, il a été construit une

ligne de base comportementale ciblant davantage le désinvestissement des activités plaisantes évoquées par Mme F. lors de l'anamnèse. Pour cela, il a été proposé à Mme F. de remplir une grille d'auto-observation type colonne de Beck et un planning hebdomadaire d'activité.

❖ Echelles standardisées

Le choix des échelles standardisées a tenu compte de la plainte de Mme F. et de la symptomatologie principale ciblée suite à l'évaluation diagnostique. Il a donc été privilégié de centrer les mesures standardisées sur la symptomatologie dépressive et anxieuse.

➤ L'**inventaire de dépression de Beck** en 21 items (version de 1994, traduite et validée par les éditions du centre de psychologie appliquée, 1996) a été proposé afin de préciser l'intensité du syndrome dépressif. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 21 thèmes en lien avec la symptomatologie dépressive. Chaque thème propose 4 à 7 énoncés qui sont cotés de 0 à 3. Le patient doit choisir l'énoncé qui correspond le mieux à son ressenti au cours des deux dernières semaines. Le score total varie de 0 à 63. Les normes se répartissent comme indiqué dans le tableau 3.

Tableau 3. Normes de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II)

De 0 à 11	pas de dépression
De 12 à 19	dépression légère
De 20 à 27	dépression modérée
A partir de 27	dépression sévère

Chez Mme F., la passation de l'échelle indique un **syndrome dépressif d'intensité sévère (43/63)**.

➤ Le **State Trait Anxiety Inventory** (STAI Y ; Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. Spielberger, 1983 ; traduit par Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993 ; in Bourvard et Cottraux, 2010) a été utilisé pour mesurer l'anxiété. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant de mesurer l'intensité de l'anxiété sans qu'elle soit liée à un trouble anxieux. Elle permet d'évaluer l'anxiété dans deux dimensions temporelles : dans une perspective synchronique, à l'instant de la passation « anxiété-état » et dans une perspective diachronique, en général au cours de sa vie « anxiété-trait ». Chaque partie comprend 20 propositions où le patient doit donner sa réponse sur une échelle de type Likert en 4 points allant de « pas du tout » à « beaucoup » pour l'anxiété-état et de « presque jamais » à « presque toujours » pour l'anxiété-trait. A noter que la cotation est inversée pour certaines propositions. Le score total pour chaque dimension varie de 20 à 80. Les normes se répartissent comme indiqué dans le tableau 4.

Tableau 4. Normes de la STAI Y

De 20 à 35	Très faible
De 36 à 45	Faible
De 46 à 55	Moyen
De 56 à 65	Elevé
Plus de 65	Très élevé

Chez Mme F., la passation de l'échelle indique un **syndrome anxieux d'intensité élevé pour l' « anxiété-état »** avec un score à 64 et un **syndrome anxieux d'intensité modérée pour l' « anxiété-trait »** avec un score de 52.

❖ Echelles comportementales

Pour la ligne de base comportementale, l'objectif est de dégager des mesures objectives et pertinentes des symptômes du patient en fonction de sa demande. Ainsi, il a été choisi de centrer la **ligne de base comportementale** sur le nombre d'activités plaisantes partagées avec son mari ou sa fille. En effet, en termes de changement de comportements, Mme F. a pu dire avoir moins d'activités, et notamment celles partagées avec ses proches, comme bricoler avec son mari ou encore se promener avec sa fille. Il est convenu que la reprise de ces activités peut constituer une cible comportementale intéressante dans un premier temps.

Une grille d'auto-observation et d'auto-enregistrement des activités quotidiennes a permis de relever les activités plaisantes et partagées avec ses proches que Mme F. a réalisé sur une semaine.

Sur 7 jours, le nombre d'activités partagées avec ses proches a été relevé. Il est donc constaté que Mme F. n'effectue aucune activité plaisante partagée avec sa fille ou son mari.

➤ Bilan des évaluations (Tableau 5)

Tableau 5. Bilan des évaluations pour la ligne de base

	Séance 3	Séance 12
Inventaire de Beck (BDI-II)	43	38
Echelle d'anxiété-état de Spielberger	64	62
Echelle d'anxiété-trait de Spielberger	52	53
Nombre d'activités partagées avec sa famille sur 7 jours	0	3

8 ANALYSE FONCTIONNELLE

Il a été choisi de modéliser la problématique de Mme F. en se basant sur le modèle d'analyse fonctionnelle SECCA de J. Cottraux (1985). Ce modèle propose une partie diachronique reprenant des éléments de l'anamnèse et une partie synchronique analysant la situation-problème ciblée par la thérapie ainsi que les mécanismes de renforcement.

❖ Partie diachronique

- **Données structurales possibles** : La personnalité de Mme F. révèle des schémas d'abandon et d'incompétence associée à des symptômes anxieux. A cela s'ajoute des antécédents familiaux de troubles psychiques puisque Mme F. décrit sa mère comme dépressive ce qui peut laisser supposer le renforcement de schémas dépressogènes sous-jacent renforcés par un apprentissage vicariant. De plus, la présence de troubles neurodéveloppementaux type dyslexie/dysphasie a pu renforcer l'altération de l'estime de soi.
- **Facteurs déclenchants initiaux** : Il est supposé que le développement du trouble dépressif s'est enclenché avec le changement de service subi, et donc la perte d'un poste qu'elle maîtrisait et qui lui plaisait. Ce changement et cette perte ont constitué un événement stressant qui a probablement aggravé les troubles anxieux subcliniques et activé les pensées dysfonctionnelles liées aux schémas d'abandon et d'incompétence « je suis nulle », « les autres risquent de me rejeter ». A cela s'est ajouté des contacts moins satisfaisants avec la nouvelle équipe et les patients. Ce tableau a amené la perte d'intérêt et de plaisir au travail constituant le développement du trouble dépressif.
- **Facteurs historiques de maintien** : Le maintien du cycle dépressogène s'est produit ensuite avec le désinvestissement des activités habituellement plaisantes au quotidien. Ce désinvestissement a laissé la place à davantage de ruminations sur son travail afin de gérer l'anxiété générée. La perte d'intérêt, de plaisir, la perte d'énergie et les difficultés de concentration ont alors renforcés les évitements des activités quotidiennes plaisantes et ont altéré les relations avec son mari et sa fille. Cela a contribué à éprouver de la tristesse, de la culpabilité et altérer le sentiment d'auto-efficacité. Tous ces éléments ont contribué à renforcer le sentiment de pertes de rôles sociaux (« mauvaise épouse », « mauvaise mère ») ; pertes qui sont alimentées par les ruminations où Mme F. repense à comment elle était avant l'épisode dépressif.
- **Événements précipitant le trouble** : L'arrêt de travail qui acte la perte de l'activité professionnelle semble constituer l'événement qui a précipité le trouble dépressif par la perte d'un rôle social important pour Mme F..

- **Les autres problèmes** : Difficultés cognitives légères à modérées.
- **Traitements précédents** : Psychothérapie d'orientation analytique.

Cette analyse diachronique a été élaborée en collaboration avec Mme F. lors de nos entretiens. L'objectif lui avait été expliqué de comprendre comment son trouble s'était installé et maintenu. Mme F. a validé cette modélisation à laquelle elle a participé et qui faisait sens pour elle. Il a été ensuite convenu de cibler davantage dans l'ici et maintenant la problématique actuelle sur laquelle elle était motivée pour travailler.

❖ **Partie synchronique :**

Afin de cibler la problématique de travail et de préciser notre analyse fonctionnelle, le travail d'auto-observation a été précieux car il a permis à Mme F. de se rendre compte de ses évitements comportementaux (ce qu'elle ne faisait plus ou ce qu'elle faisait moins) et de ses évitements cognitifs (ruminations). Sur la base de plusieurs situations-problèmes, il a ensuite été travaillé les relations entre ses pensées, ses émotions et ses comportements ainsi que les conséquences qui maintenaient des cercles vicieux.

En lien avec la demande de Mme F. d'aller mieux et de retrouver son rôle de mère et d'épouse, il a été convenu de mieux comprendre les difficultés relationnelles avec son mari et sa fille qui ressortaient des situations-problèmes rapportées. Ainsi, il a pu être discuté avec Mme F. le lien direct entre ses évitements comportementaux d'activités partagées avec eux et ses difficultés relationnelles. L'analyse fonctionnelle a été représentée dans la figure 1.

Cette analyse fonctionnelle a été discutée avec Mme F. Elle a pu se rendre compte du cercle vicieux dans lequel elle était et qui maintenait son état de souffrance actuelle. Mme F. a pu exprimer son sentiment d'impuissance de sortir de cette situation.

Cela a ainsi amené à reprendre sa demande et construire avec elle le contrat thérapeutique.

COMPORTEMENT PROBLEME-CIBLE = PARTAGER UNE ACTIVITE PLAISANTE
AVEC MES PROCHES

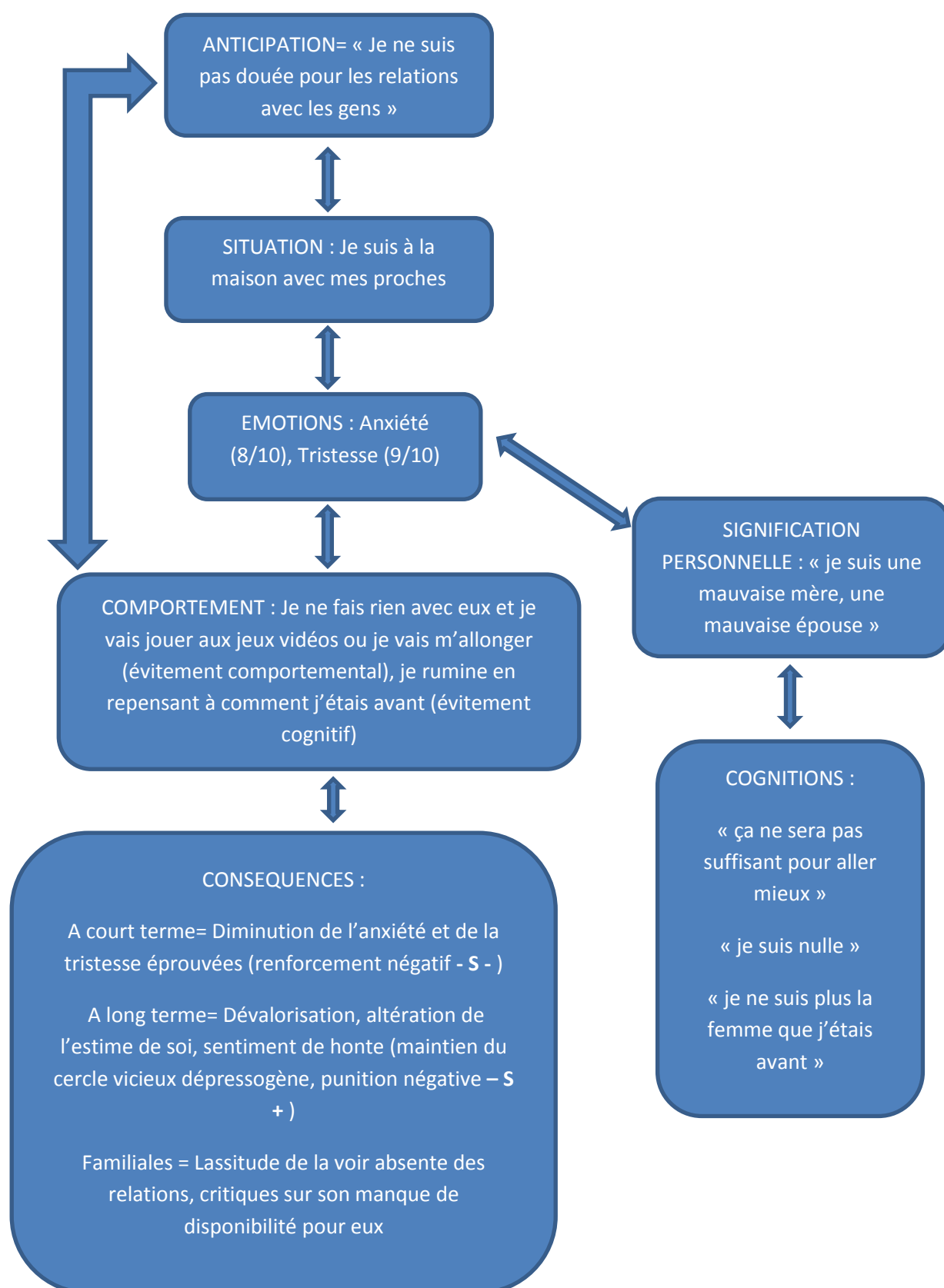


Figure 1. Analyse fonctionnelle modèle SECCA

9 ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE

Initialement, Mme F. est venue pour mieux comprendre ses difficultés cognitives. Elle n'envisageait pas une nouvelle psychothérapie n'ayant pas trouvé d'intérêt à la première qu'elle avait tenté. Le bilan neuropsychologique a permis à Mme F. de se rendre compte de l'impact de sa symptomatologie dépressive sur son fonctionnement cognitif et comprendre l'intérêt de le traiter en plus de la médication proposée par le psychiatre.

Après cette première étape, la demande a pu être travaillée. Comme beaucoup de patients, Mme F. a exprimé sa demande de manière subjective : « aller mieux ». Des questionnements de type socratique ont permis de cibler davantage cette demande. Ainsi Mme F. a pu préciser qu'aller mieux était d'être plus dynamique puis de retrouver son rôle de mère et d'épouse qu'elle avait l'impression d'avoir perdu. Pour préciser les objectifs comportementaux, l'auto-observation a été précieuse pour que Mme F. réalise ses comportements et ses évitements. Ainsi, il a pu être repéré plusieurs problèmes comportementaux et les intégrer à une modélisation de la problématique dépressive de Mme F. L'analyse fonctionnelle a ainsi pu faire un lien entre l'évitement d'activités auparavant plaisantes et le maintien de sa dépression. La difficulté à s'engager dans les activités plaisantes, soit l'apragmatisme, représentait le symptôme le plus gênant en termes de comportement. Plusieurs situations problèmes ont ainsi pu être repérées. Ensuite, la difficulté a été dans le choix des objectifs pour la construction du programme thérapeutique.

Pour réaliser le choix des objectifs, un travail de repérage des valeurs de Mme F. a été réalisé ce qui a permis de révéler que « la famille », « l'estime de soi » et « le soin des autres » étaient des valeurs très importantes pour elle. Ce travail a été complété avec la technique issue de la triade de Beck que Mme F. a davantage investi pour préciser ses objectifs sur la base des valeurs repérées. Mme F. a ainsi pu exprimer comme priorité le fait d' « être plus disponible pour ses proches ». A partir de cet objectif, il a été demandé à Mme F. de visualiser les activités qui correspondraient à être plus disponible pour ses proches. Ainsi, en accord avec notre ligne de base, Mme F. a pu expliquer que partager à nouveau des activités plaisantes avec ses proches comme bricoler avec son mari ou se promener avec sa fille représentaient un objectif thérapeutique acceptable.

Le contrat thérapeutique vise donc comme objectif principal à « reprendre des activités plaisantes avec ses proches ». Plusieurs sous-objectifs ont été convenus à partir de l'analyse fonctionnelle :

- Renforcement de l'engagement dans la thérapie grâce à la psychoéducation sur le trouble dépressif pendant 1 à 2 séances ;

- Reprise progressives d'activités plaisantes avec son mari et sa fille avec la méthode d'activation comportementale qui sera expliquée et appliquée (Identification des activités, hiérarchisation, planification, évaluation) pendant environ 8 à 10 séances ;

- Travail sur les pensées dysfonctionnelles inhibant le comportement (cf. analyse fonctionnelle) grâce des méthodes de restructuration cognitive qui seront appliquées, en parallèle de l'activation comportementale ;

- Apprendre à gérer son anxiété (cf. analyse fonctionnelle) à l'aide de différentes techniques comme l'ancrage ou la relaxation de Jacobson, pendant 2 à 3 séances.

Nous avons convenu de commencer sur 3 mois avant de refaire une première évaluation soit environ 12 séances à raison d'une séance par semaine d'environ une heure. Après cette première évaluation, nous conviendrons de la poursuite ou du réajustement des objectifs thérapeutiques. Dans le cas d'une atteinte des objectifs, il sera proposé une ou deux séances de prévention de la rechute.

10 DEROULEMENT ET PROJECTIONS THERAPEUTIQUES

10.1 DEROULEMENT DES SEANCES

A ce stade, **15 séances** ont été réalisées ce qui correspond à 3 phases de la thérapie. Le rythme a été approximativement d'**une séance par semaine** pour une durée d'**1h environ par entretien**. Le contenu de ces 3 phases est décrit succinctement, et suivi de précisions sur des aspects importants du déroulement de certaines étapes.

➤ **1^{ère} phase (Séances 1 à 2) : Recueil d'informations, travail de l'engagement et explication de la TCC évaluation de la symptomatologie :**

- ❖ Entretien 1 : Recueil de la plainte, exploration de la symptomatologie de manière libre puis avec le MINI, passation des tests complémentaires (BDI, STAI Y).

Au début de cette phase, Mme F. avait plutôt tendance à se positionner de manière passive mais confiante.

- ❖ Entretien 2 : Travail de l'engagement avec explication de la TCC, évaluation de la motivation à s'engager et renforcement de l'engagement.

Les explications données sur la TCC ont permis à Mme F. de comprendre qu'elle devait avoir un rôle plus actif et de renforcer son engagement. Pour cela il a été utilisé une métaphore pour illustrer la démarche psychothérapeutique proposée. Cette métaphore est celle de comparer la dépression à une jambe cassée où le traitement médicamenteux serait l'attelle et la psychothérapie la rééducation kinésithérapique : « Après une jambe cassée, il s'agit de réapprendre à marcher alors qu'avec une dépression, il s'agit de réapprendre à investir des activités plaisantes ». Cette

image a permis à Mme F. de retrouver un espoir dans la thérapie et de comprendre son rôle actif. Cette étape a été importante pour que Mme F. accepte l'intérêt mais également les limites de la thérapie.

- ❖ Tâches assignées : Remplir le tableau d'auto-enregistrement des activités quotidiennes et le tableau d'auto-observation des situations-problèmes (colonnes de Beck).

Des explications ont été données pour les tâches assignées et des exemples ont été effectués en séance pour s'assurer de la bonne compréhension.

➤ **2^{ème} phase (Séances 3 à 6) : Repérage des situations-problèmes. Analyses fonctionnelles, identification des objectifs thérapeutiques et contrat thérapeutique.**

- ❖ Entretien 3 : Reprise des situations-problèmes : Identification des liens entre pensées, émotions, comportements et conséquences. Repérage des cercles vicieux.
- ❖ Entretien 4 : Modélisation de la problématique dépressive et analyse fonctionnelle.

Mme F. s'est montrée active lors de la modélisation de sa problématique. Une des difficultés a été de lui rappeler qu'il s'agissait de recentrer notre travail dans l'ici et maintenant pour travailler justement sur sa problématique. En effet, Mme F. avait tendance à expliquer tout son comportement actuel par ses expériences passées et avait spontanément tendance à interpréter. Il est supposé que l'approche analytique que Mme F. avait expérimenté l'a conduite à ce type de réflexion. La démarche TCC étant nouvelle pour Mme F., il a fallu prendre un temps pour réexpliquer cette approche, ce qui lui a permis de mieux comprendre la tâche assignée d'auto-observation et de la réaliser.

- ❖ Entretien 5 : Reprise de l'auto-enregistrement des activités quotidiennes et discussion autour du plaisir et de la maîtrise de certaines activités afin de mieux identifier des valeurs sous-jacentes aux activités encore plaisantes.

Mme F. peut réaliser grâce à l'auto-enregistrement des activités quotidiennes qu'elle continue à participer au quotidien de son foyer en faisant des courses, des repas, en accompagnant sa fille au lycée. Elle peut se rendre compte du plaisir et du sentiment de maîtrise qu'elle peut y trouver. Cela permet aussi de réaliser qu'il y a des activités qu'elle ne fait plus et qu'elle souhaiterait réengager avec ses proches.

- ❖ Entretien 6 : Précisions des objectifs thérapeutiques à l'aide de la triade de Beck et la méthode SMART. Construction et validation du contrat thérapeutique.

Pour compléter le travail de l'entretien précédent, il a été demandé à Mme F. de formuler trois objectifs respectivement en lien avec elle-même, avec les autres et avec son futur. Voici les trois objectifs exprimés :

- Objectif pour soi : « Prendre soin de moi »
- Objectif pour les autres : « Etre plus disponible pour mes proches »
- Objectif pour le futur : « Retrouver une activité plaisante »

Les techniques de l'entretien motivationnel sont utilisées pour aider la construction du contrat thérapeutique grâce aux questions relatives à la planification et à la prise en compte de ses valeurs. C'est ainsi que Mme F. peut cibler l'objectif « être plus disponible pour mes proches » et préciser un objectif comportemental SMART « partager des activités plaisantes avec mes proches ». Mme F. participe et valide le contrat thérapeutique dans la mesure où il respecte ses priorités actuelles et qu'il intègre des activités qu'elle se sent en capacité de faire à ce stade.

- ❖ Tâches assignées : Lecture d'un document « grand public » explicatif du trouble dépressif et poursuite de l'auto-observation des activités plaisantes investies et des situations-problèmes.

- **3^{ème} phase (Séances 7 à 15) : Psychoéducation du trouble dépressif. Explication et mise en place de l'activation comportementale. Réévaluation de la ligne de base. Baisse de motivation, identification des freins : anxiété et pensées dysfonctionnelles. Apprentissage de techniques de gestion de l'anxiété et restructuration cognitive.**

- ❖ Entretien 7 : Psychoéducation du trouble dépressif avec reprise du support écrit et complété avec la vidéo du chien noir.

La vidéo du chien noir a mieux illustré le trouble dépressif pour Mme F. que le support écrit qui lui avait été transmis. En effet, elle a pu comprendre qu'elle n'était pas seule à éprouver les symptômes liés à la dépression et elle a pu exprimer une diminution de l'anxiété activée par les pensées dysfonctionnelles liées à l'état dépressif.

- ❖ Entretien 8 : Explication de la méthode d'activation comportementale (cf. présentation d'une séance) et application.

Cette séance permet à Mme F. de comprendre la méthode et de débiter la phase de planification grâce à la liste des activités plaisantes et leur hiérarchisation. Ensuite, une première planification d'activités est effectuée portant sur le fait cuisiner avec sa fille et prendre un moment dans la semaine pour discuter avec son mari. Un travail est réalisé avec Mme F. de décomposer chaque activité en étapes intermédiaires concernant notamment le moment opportun pour réaliser l'activité envisagée et anticiper les difficultés éventuelles.

- ❖ Entretien 9 à 11: Reprise des activités effectuées et renforcement de l'engagement. Renforcement de l'éprouvé de plaisir et de maîtrise. Evocation des difficultés dans l'engagement dans de nouvelles activités partagées

Mme F. a ainsi pu reprendre des activités plaisantes et partagées comme faire de la cuisine avec sa fille un week-end ou encore discuter avec son mari. Grâce à l'apprentissage de l'auto-observation, Mme F. a pu se rendre compte du plaisir et de la maîtrise ressentie lors de ces activités. La reprise de la hiérarchie permet de planifier d'autres activités notamment du bricolage avec son mari ou encore faire un potager avec sa fille.

Certaines difficultés sont toutefois rencontrées en lien avec des pensées dysfonctionnelles lorsqu'une semaine Mme F. vient avec l'idée de n'avoir rien fait. Un travail de restructuration cognitive est alors proposé reposant sur le questionnement socratique et l'épreuve de la réalité (cf. Présentation d'une séance : application d'une méthode de restructuration cognitive).

- ❖ Entretien 12 : Ré-évaluation des indices de la ligne de base

A ce stade, la réévaluation permet de mettre en évidence que Mme F. a pu s'engager dans des activités plaisantes avec ses proches lors d'une semaine. Ainsi, elle a pu :

- *débuter un potager avec sa fille ; activité qu'elle réussit à faire tous les week-ends ;*
- *avoir un moment d'échange avec son mari un soir dans la semaine ;*
- *commencer du bricolage dans la cuisine avec son mari.*

L'activation comportementale a donc pu être mise en place. Cependant, en semaine, Mme F. présente encore des évitements comportementaux lorsqu'il s'agit de prendre du temps pour discuter avec sa fille. Un travail d'auto-observations est alors demandé pour identifier les difficultés inhérentes à ces évitements mais cette tâche n'est pas réalisée par Mme F. et une baisse de la motivation est alors observée.

- ❖ Entretien 13 : Travail sur la baisse de la motivation

L'entretien motivationnel est repris pour accompagner les résistances que présente Mme F. et reprendre ses motivations au changement. Il est repris un travail sur les valeurs puis une balance décisionnelle pour mettre en évidence les avantages/inconvénients à reprendre des échanges réguliers avec sa fille.

Il apparaît que Mme F. présente une anxiété importante avant d'engager la discussion avec sa fille en lien avec des pensées dysfonctionnelles de type « je suis une mauvaise mère ». Il est alors convenu d'engager un travail sur la gestion de l'anxiété dans un premier temps avant de travailler plus spécifiquement sur ses ruminations mentales.

- ❖ Entretien 14 à 15 : Travail de régulation émotionnelle par rapport aux symptômes anxieux avec des techniques de relaxation (Jacobson) et techniques d'ancrage.

Restructuration cognitive sur les pensées dysfonctionnelles (recherches de pensées alternatives suite à l'analyse des faits).

Un travail de restructuration cognitive a donc été effectué sur la pensée « je suis une mauvaise mère » ce qui a permis à Mme F. de prendre conscience de ce qu'elle faisait pour sa fille et de reconsidérer cette pensée. Une proposition de différentes techniques de relaxation a été proposé afin d'identifier celle qui semblait le mieux convenir à Mme F.. La méthode de Jacobson est celle qui a été la plus efficace pour faire baisser l'anxiété de Mme F.

10.2 PROJECTIONS THERAPEUTIQUES

A ce stade, le premier contrat thérapeutique n'est pas terminé et nous nous situons à la moitié des séances relatives à l'activation comportementale. Il est envisagé la suite thérapeutique suivante :

- Séance 16 à 19 : Poursuite avec Mme F. de la planification des activités partagées avec ses proches en suivant la hiérarchisation. Poursuite en parallèle du travail sur les pensées dysfonctionnelles et l'anxiété.

- Séance 20 : Réévaluation des indices de la ligne de base

- Séance 21 à 23 : Si les objectifs thérapeutiques sont atteints pour les activités plaisantes avec ses proches. Il est envisagé de travailler sur les objectifs d'activation comportementale relatifs aux soins personnels puis au fait de reprendre son activité de céramique dans un premier temps.

Enfin, une prévention de la rechute est envisagée.

11 PRESENTATION DE DEUX SEANCES

11.1 EXPLICATION DE LA METHODE D'ACTIVATION COMPORTEMENTALE

Lors de la séance 8, il est expliqué à Mme F. la méthode d'activation comportementale.

Voici un extrait de cette séance concernant l'explication de cette méthode :

Thérapeute (T) : A présent comme on en avait parlé lors de notre dernière séance, je vous propose qu'on précise la méthode qui pourrait permettre de casser le cercle vicieux de la dépression. Est-ce que vous êtes d'accord ?

Patient (P) : Oui.

T : Je vous propose qu'on reprenne le schéma que je vous avais montré avec le fameux cercle vicieux [je montre le schéma]. Comme on a vu, le fait que vous évitiez les moments avec vos proches renforcent votre dépression...

P : Oui je me souviens

T : ...et plus particulièrement ça renforce un symptôme particulier qui est cette difficulté à initier et à vous engager dans des activités avec votre mari ou votre fille alors que vous savez que ça peut vous faire plaisir...

P : C'est vrai

T : Du coup vous ne le faites pas et au lieu de ça vous ruminer

P : Oui c'est exactement ce qui se passe

T : On sait aujourd'hui grâce à des études sur la dépression qu'une méthode qui s'appelle l'activation comportementale donne de bons résultats sur ces évitements que vous faites. Est-ce que ça vous intéresse d'en savoir plus ?

P : Oui parce que je comprends pas trop ce que c'est l'activation comportementale

T : Je vous propose de reprendre la métaphore de la jambe cassée. Vous vous en souvenez ?

P : Oui très bien

T : Quand on a la jambe cassée, quel est le meilleur moyen de remarcher selon vous ?

P : Bah c'est de faire de la rééducation

T : Et ça consiste en quoi la rééducation ?

P : Ben à remarcher

T : Oui effectivement. Et est-ce qu'on se remet à courir tout de suite ?

P : Non on y va progressivement

T : Et imaginons que la personne a peur de remarcher. Est-ce que si elle se contente de penser qu'elle va remarcher ça va suffire ?

P : Euh pas vraiment, je pense que même que ça risque de la déprimer.

T : Donc si je reprends, une personne qui a la jambe cassée a plutôt la possibilité de remarcher en remarchant progressivement plutôt qu'en y pensant. Vous êtes d'accord ?

P : Oui complètement...

T : Dans votre cas, la jambe cassée c'est la dépression. Pour diminuer vos ruminations et ne plus éviter les activités plaisantes avec votre mari par exemple, le fait de reprendre progressivement ces activités, petit à petit, c'est ça qui pourrait vous permettre de vous sentir mieux.

P : je sais pas si je serai capable...

T : Je comprends que vous doutiez de vous. Je vais vous expliquer comment on va procéder et on va avancer à votre rythme et en fonction de ce qui est possible pour vous. Ça vous va ?

P : Oui

T : Je vous propose qu'on commence par lister les activités que vous aimeriez reprendre avec votre mari et votre fille. Par exemple, qu'est-ce que vous aimiez faire précédemment et que vous ne faites plus ?

P : ...bah plein de choses...je bricolais avec mon mari... j'allais me promener avec ma fille,...

[...] *Nous listons ensemble les différentes activités et je demande à Mme F. d'évaluer le niveau de faisabilité et d'acceptabilité pour chaque activité sur une échelle de 0 à 10. Nous conservons les activités faisables et acceptables qui sont cotées au moins à 7/10.*

T : Qu'est-ce qui vous semble acceptable et réalisable pour la prochaine fois ?

P : Je dirai que ça serait de cuisiner avec ma fille et de discuter avec mon mari un soir après le travail

[...] *Nous précisons ensemble l'activité de cuisine avec sa fille et de discussion avec son mari afin d'identifier les éventuelles freins et préparer la planification.*

T : Quand est-ce que vous pensez pouvoir faire ces deux activités ?

P : Discuter avec mon mari ça pourrait être demain soir et cuisiner avec ma fille ça pourrait être samedi prochain comme elle sera à la maison et qu'elle n'a rien de prévu

T : Parfait. Je vous propose qu'on se donne ces activités à réaliser pour la prochaine fois. Est-ce que ça vous paraît acceptable ?

P : Oui je pense que je peux essayer

11.2 APPLICATION D'UNE METHODE DE RESTRUCTURATION COGNITIVE

Lors de la séance 11, Mme F. arrive plus déprimée et anxieuse. Elle dit n'avoir rien fait de la semaine. Je lui propose une restructuration cognitive sur cette pensée dysfonctionnelle en lien avec un biais cognitif d'abstraction sélective.

Voici un extrait de cette séance concernant l'application d'une méthode de restructuration cognitive :

Thérapeute (T) : Vous me dites n'avoir rien fait. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Patient (P) : Bah j'ai rien fait de la semaine dernière, je me sens nulle.

T : Vous pensez vraiment n'avoir rien fait la semaine dernière ?

P : Oui

T : Si vous deviez me donner un pourcentage de croyance dans cette idée que vous avez de n'avoir rien fait. Vous y croyez à combien ?

P : ... je dirai 90%

T : D'accord. Et en pensant à cette idée que vous n'avez rien fait. Qu'est-ce que vous ressentez ?

P : ça m'angoisse...

T : A combien sur une échelle de 0 à 10 ?

P : Je dirai à 7/10

T : Il y a d'autres émotions ?

P : Oui je me sens triste aussi

T : A combien ?

P : A 7/10 aussi

T : Ok maintenant je vous propose qu'on vérifie cette pensée par rapport à la réalité. Vous êtes d'accord ?

P : Oui

T : Donc vous me dites n'avoir rien fait. Est-ce que vous pouvez me donner les faits qui prouvent que c'est le cas ?

P : Eh bien...j'ai beaucoup dormi, j'ai regardé mon mari bricoler dans la cuisine, je n'ai pas cuisiné avec ma fille...

T : D'accord et quels sont faits qui prouvent que ça n'est pas le cas ?

P : ... c'est vrai que j'ai quand même aidé mon mari à porter des meubles pour la cuisine

T : Et avec votre fille ?

P : Je l'ai conduit à son stage mardi et vendredi

T : Ok et concernant les tâches quotidiennes, les repas par exemple ?

P : Oui c'est moi qui ai fait les repas, mais le minimum

T : Ok donc si je reprends vous avez quand même aidé votre mari à porter des meubles pour la cuisine, vous avez conduit votre fille à son stage et vous avez préparé les repas

P : Oui...

T : Donc si on reprend votre pensée initiale « je n'ai rien fait de la semaine » avec ce que vous venez de me dire. A combien y croyez-vous à présent, sachant que vous étiez à 90% ?

P : Euh maintenant peut-être à 60%

T : Et à quel niveau est votre anxiété et votre tristesse, sachant qu'elles étaient à 7/10 ?

P : Je dirai à 4/10 pour l'anxiété et 5/10 pour la tristesse

T : Et quelle serait la pensée alternative à « je n'ai rien fait de la semaine »

P : Je ne comprends pas...

T : Compte tenu de ce qu'on vient de se dire sur les faits qui prouvent que vous n'avez rien fait et ceux qui prouvent le contraire, vous êtes d'accord que « je n'ai rien fait de la semaine » n'est pas tout à fait la réalité ?

P : Oui

T : Donc qu'est-ce que vous pourriez vous dire à la place de « je n'ai rien fait de la semaine » en tenant compte de la réalité ?

P : Je dirai plutôt « je n'ai pas fait tout ce que je voulais cette semaine »

T : Effectivement cette pensée paraît plus réaliste et en adéquation avec ce qu'il s'est effectivement passé cette semaine.

[...] Il est redonné une explication sur les pensées dysfonctionnelles ainsi qu'un document que Mme F. peut remplir à la maison pour remettre en question ces pensées comme nous venons de le faire.

12 ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS

12.1 EVOLUTION DES INDICES

Tableau 6. Evolution des indices de la ligne de base

	Séance 3	Séance 12
Inventaire de Beck (BDI-II)	43	38
Echelle d'anxiété-état de Spielberger	64	62
Echelle d'anxiété-trait de Spielberger	52	53
Nombre d'activités partagées avec sa famille sur 7 jours	0	3

12.2 EVOLUTION DE LA THERAPIE

Il a pu être constaté avec Mme F. une évolution favorable à ce stade concernant l'activation comportementale puisqu'elle a pu initier et investir des activités plaisantes avec ses proches. En effet, les indices montrent une augmentation du nombre d'activités partagées avec sa famille par semaine (0 à 3) et une diminution de l'indice relatif à la dépression (43 à 38). Mme F. reconnaît une légère amélioration de son humeur et trouve qu'elle réussit davantage à s'auto-observer et apprécier les moments avec ses proches. Néanmoins, l'intensité de la dépression reste élevée et les indices d'anxiété ont peu évolué. Ces éléments paraissent cohérents avec nos derniers entretiens, lors desquels Mme F. a fait part de ruminations et d'anxiété toujours présentes et pouvant gêner la mise en œuvre d'autres activités plaisantes. Ces évitements cognitifs avaient été pris en compte dans l'analyse fonctionnelle mais il avait été fait l'hypothèse que l'activation comportementale aurait pu contribuer à les faire diminuer. On peut se dire qu'il aurait été pertinent d'ajouter à notre ligne de base une évaluation des ruminations à la fois à l'aide d'une échelle adaptée (Mini-CERTS) et à l'aide d'un auto-enregistrement du temps passé à ruminer pendant une semaine. Un travail plus ciblé sur les ruminations est envisagé dans la suite de la thérapie.

12.3 IDENTIFICATION DES DIFFICULTES

Lors de cette thérapie, la formulation d'objectifs comportementaux pour l'établissement du contrat thérapeutique a pu être difficile. En effet, les habitudes d'interprétation prises par Mme F.

lors de sa précédente psychothérapie ont amené à devoir réexpliquer le travail en TCC ; ce qui a constitué une forme d'entraînement la concrétude. D'autre part, les pensées dépressogènes ont pu ralentir le travail thérapeutique et les techniques d'entretien motivationnel ont dû être régulièrement utilisées afin de réengager Mme F. dans la thérapie.

Cette prise en charge a également pu m'amener parfois un sentiment de découragement en raison de la motivation fluctuante et des pensées dépressogènes. La supervision a été pour moi importante afin de gérer cette difficulté.

12.4 REFLEXION SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

L'alliance thérapeutique s'est facilement mise en place au début grâce à la dynamique de la TCC et les explications régulières apportées à la patiente.

Cependant cette alliance a pu parfois se fragiliser lorsque la motivation de Mme F. était moindre. Les reflets réguliers apportés par rapport au vécu de la patiente ont permis de relancer l'alliance thérapeutique de manière satisfaisante.

Il est souligné que la présence de Mme F. à tous les entretiens, l'accomplissement même partielle des tâches assignées, l'expression émotionnelle et verbale augmentée ont été des indicateurs observables de la qualité de l'alliance thérapeutique.

13 BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.

Blairy, S., Baeyens, C. et Wagener, A. (2020). *L'activation comportementale, traitement des évitements comportementaux et de la rumination mentale*. Mardaga.

Bouvard, M. et Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Masson.

Bouvard, M., Fontaine-Buffer, M., Cungi, C., Adeleine, P., Chapoutier, C., Durafour, E., Bouchard, C., & Cottraux, J. (1999). Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité: Le SCID II (Preliminary study of the structured diagnostic interview for personality disorders: The SCID II). *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 25(5), 416–421.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1994). Inventaire de dépression de Beck (2ème édition). In Manuel du BDI-II (traduit par les Editions du Centre de psychologie appliquée ; 1996).

Callesen, P., Reeves, D., Heal, C. et Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Scientifics Report*, 10, 7878.

Cottraux, J., Bouvard, M. et Legeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. EAP.

Dondé, C., Moirand, R. et Carre, A. (2018). L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'Encéphale*, 44(1), 59-66.

Goulet, J., Ngô, T.L. et Chaloult, L. (2018). *Thérapie cognitivo-comportementale du trouble dépressif majeur (TDM): Manuel d'informations destiné aux patients*. TCC Montréal : Jean Goulet. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/07/guide-de-pratique-dc3a9pression-manuel-patient-20181.pdf>

Nieto, I., Bellivier, F. (2017). Troubles dépressifs. *EMC Psychiatrie*, 14 (3) , 1-16.

Schramm, E., Klein, D., Elsaesser, M., Furukawa, T., Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7 (9), 801-812.

Sheehan, D. V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., et Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 20) : 22-33, quiz 34-57.