

## Illustrations cliniques

La prise en charge TCC s'est stigmatisée pour des raisons historiques comme thérapies des phobies. Mais ces indications se sont élargies considérablement et d'autres troubles anxieux comme les troubles obsessionnels compulsifs, les anxiétés de performance sont devenues des applications courantes. Pour tous ces troubles anxieux les thérapies comportementales et cognitives se pratiquent seules ou combinées à un traitement médicamenteux. En revanche dans le cas des troubles dépressifs les TCC s'envisagent toujours (si elles sont indiquées) au côté d'un traitement antidépresseur. Leur but alors est d'accélérer la rémission clinique et de réduire le taux de rechutes dépressives comme beaucoup d'études ont pu le montrer. Dans d'autres champs d'applications comme celui des addictions le thérapeute TCC travaille en équipe avec plusieurs autres acteurs de santé qui oeuvrent tous pour le mieux-être du patient. Nous allons illustrer ces différentes applications des TCC avec cinq cas cliniques qui représentent des applications très courantes dans notre pratique clinique : attaques de panique avec agoraphobie, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble anxieux multiple avec trouble des conduites alimentaires, une dépression récidivante et un trouble bipolaire. Ces illustrations ont été choisies de par leur fréquence dans la population générale française et pour illustrer une pratique thérapeutique diversifiée, même si l'évaluation, l'analyse fonctionnelle, la conceptualisation et le contrat thérapeutique en restent les piliers.

## 1. Cas clinique d'attaques de panique avec agoraphobie :

Les attaques de panique accompagnées d'agoraphobie font partie des troubles anxieux.

Marie, 35 ans, vient consulter pour des attaques de panique qui sont de plus en plus fréquentes, qui surviennent aujourd'hui presque tous les jours. L'entretien clinique confirme le diagnostic d'attaque de panique, soit : angoisse intense survenant spontanément, soudaine, rapidement progressive, qui atteint son maximum au bout de dix minutes. La résolution des symptômes se réalise entre 30 minutes et une heure avec un vécu de soulagement franc pour le sujet, mais aussi un épuisement, une totale incompréhension et la constitution d'un sentiment de vulnérabilité. Marie désormais craint une nouvelle attaque de panique et a réduit, tous ses déplacements. Tous les lieux où elle a fait des attaques de panique sont évités.

On peut alors parler d'attaques de panique avec agoraphobie, soit l'apparition d'une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Marie a déjà fait appel à trois reprises aux services d'urgence à son domicile. L'attaque de panique lui donnant l'impression de mourir, elle avait peur que son cœur n'éclate. Elle ne peut plus sortir seule de chez elle. Elle est en arrêt de travail depuis trois semaines. Célibataire, elle est retournée vivre chez ses parents.

L'entretien se poursuit avec l'analyse fonctionnelle, qui est un entretien verbal structuré qui vise à émettre une hypothèse quant à la constitution des troubles, intégrant les aspects biologiques, psychologiques et environnementaux.

Analyse fonctionnelle synchronique :

Situations déclenchant les attaques de panique

Toutes les situations qui impliquent une distance par rapport à l'endroit rassurant que constitue le domicile familial.

Elle rapporte, par ordre croissant d'angoisse:

- Se promener (avec une anxiété proportionnelle à la distance d'avec la maison).
- Se rendre à son travail (distant de 15 minutes à pied, environ).
- Aller dans les magasins et les petites surfaces de son quartier.
- Se rendre chez des amis.
- Aller au restaurant déjà connu.
- Aller dans un lieu de divertissements : cinéma et théâtre.

Emotions ressenties : Anxiété de type panique, honte.

Sensations physiques : d'oppressions thoraciques, battements cardiaques très fortement ressentis, chaleur et sueurs puis sensation de grande faiblesse, vertiges.

Cognitions ou pensées concomitantes à l'anxiété panique :

Elle se dit qu'elle « va manquer d'air, que son cœur va éclater ». Quand elle sent sa tête tourner elle pense alors qu'il peut lui arriver un accident au cerveau.

Elle se dit que « c'est tellement intense, qu'un jour cela pourrait arriver ».

Comportements : Evitement et échappement des situations anxiogènes

- Elle rentre plus vite au domicile si symptômes de panique.
- Ne prend aucun transport en commun même accompagné.
- Ne se promène pas seule.

Utilisation d'objets contra-phobiques :

- Sac à dos avec une petite bouteille d'eau, et des aliments sucrés en permanence (pour combattre une sensation de malaise).
- Comprimé d'anxiolytique dans sa poche (qu'elle serre dans sa main) au cas où surviendrait une attaque de panique.
- Demande à sa mère de l'accompagner dès qu'un trajet est trop long ou vers une destination non familière.
- Quand elle sort seule sur une petite distance prend son téléphone portable pour joindre sa mère ou son père, si besoin.

Conséquences :

- Arrêt de travail, est partie de son domicile (situé non loin de ses parents).
- Perte de contact avec ses amis, seule une d'entre elles comprend ses angoisses.

- Arrêt de toutes les activités plaisantes pour Marie (boutiques, cours de gymnastique, tennis,..)
- Anticipations : Elle imagine qu'elle va ressentir les symptômes de panique, quand elle est seule, quand elle s'éloigne du domicile des parents, quand elle ressent des sensations de tensions, de cœur qui bat plus vite. Elle est devenue hyper vigilante aux symptômes physiques. Tout symptôme physique est interprété comme un début d'attaque de panique.

Analyse fonctionnelle diachronique ou Données structurales possibles

- Mère présentant un probable trouble anxieux généralisé prenant régulièrement des anxyolytiques.
- Personnelles : fille unique, elle décrit sa mère comme hyper protectrice.
- Facteurs déclenchant initiaux : Depuis six mois, période le début des attaques de panique aucun facteur déclenchant n'est retrouvé à l'entretien ni personnel, ni affectif, ni professionnel, ni familial, ni symbolique.

Traitements

Elle avait jusqu'à présent bénéficié de traitements anxiolytiques prescrits par son médecin traitant».

Prise d'un traitement contraceptif oral.

Pas de prise d'alcool, ni de tabac, ni d'autres substances toxiques.

Conceptualisation de la souffrance de Marie (ou conclusion de l'analyse fonctionnelle) : nous formulons au patient des hypothèses de compréhension du trouble au regard des lois du conditionnement classique, opérant, social et cognitif.

On suppose une anxiété sociale acquise par défaut de modeling dans les premières années (famille très protectrice, peu d'échanges et de communication intrafamiliale, peu de relations avec l'extérieur), avec un apprentissage cognitif centré sur la potentielle dangerosité du monde extérieur (discours de la mère, qui verbalise toutes ses inquiétudes à sa fille).

Sur ce terrain d'anxiété sociale, la première attaque de panique survient, en situation sociale, dans la rue, en se rendant à son travail. Les attaques de panique peuvent se déclencher - par conditionnement intéroceptif- à partir du moindre signe physique évocateur d'attaque de panique comme une accélération du rythme cardiaque. Ainsi des situations de plus en plus nombreuses sont évitées pour ne pas ressentir de signes physiques ou subjectifs évocateurs d'anxiété (évitement : conditionnement opérant par renforcement positif de l'anxiété). On est alors au stade de l'agoraphobie. L'attitude de l'entourage est alors très protectrice et compréhensive, mère et père l'accompagnant dans les lieux anxiogènes Ils veulent l'aider, bien faire pour qu'elle souffre le moins possible. (Ces éléments agissent comme renforçateurs ou facteurs de maintien du trouble).

Sur le plan cognitif, la pensée de Marie est actuellement envahie par des monologues intérieurs et des images qui traduisent l'anticipation d'un danger : peur de s'évanouir, de perdre le contrôle ; ces pensées alarmistes résultent d'un traitement erroné de l'information concernant la notion de sécurité et de danger.

L'anxiété sociale paraît actuellement au second plan derrière l'aspect massif de l'agoraphobie. Marie est surtout gênée par l'anticipation anxieuse d'une attaque de panique qui empêche quasiment toute mobilisation. Du fait de l'agoraphobie, toute interaction sociale est inenvisageable par peur de ne pouvoir s'échapper de la situation en cas de symptôme de panique. Aussi, il paraît important de débiter par le traitement des attaques de panique avec agoraphobie et d'envisager dans un second temps le traitement de l'anxiété sociale, si la patiente en ressent le besoin.

Cette conceptualisation a intégré les facteurs psychologiques et environnementaux passés et actuels contribuant à la souffrance de Marie. Nous y intégrons également des facteurs biologiques car de nombreuses études ont montré que les sujets paniqueurs sont hypersensibles au dioxyde de carbone. Pour Klein, ces sujets présenteraient une hypersensibilité du centre de la suffocation, situé dans le système nerveux central et sensible aux taux de CO<sub>2</sub> et de lactate.

Contrat thérapeutique proposé à Marie pour ses attaques de panique avec agoraphobie :

L'objectif principal de la thérapie est le traitement des attaques de panique avec agoraphobie afin de pouvoir envisager une reprise du travail et de la vie sociale.

Modalités proposées aux vues de l'analyse fonctionnelle:

On propose tout d'abord une prise en charge des ADP avec information sur les liens entre les symptômes de panique et l'anxiété.

Dans un second temps, on suggère une prise en charge de l'agoraphobie, par exposition graduée aux situations anxiogènes (en imagination puis in vivo) en ayant recours au contrôle respiratoire ou à la relaxation. Les situations anxiogènes seront nommées, hiérarchisées par Marie de la plus facile à appréhender à la plus difficile.

Le contrat thérapeutique comprend donc les modalités de la prise en charge et une approximation de la fréquence et du nombre de séances. Ici, le thérapeute estime qu'une quinzaine de séances espacées chacune d'une quinzaine de jours seront nécessaires.

Dès la première séance de thérapie, Marie a été conviée à :

- établir une hiérarchie des situations anxiogènes afin de fixer les objectifs de la thérapie.
- noter quotidiennement les attaques de panique avec les situations déclenchantes, les émotions, cognitions et comportements adoptés.

Exemples d'objectif que Marie souhaite atteindre (accompagné d'une note entre 0 et 100. Plus la note est élevée, plus la situation est chargée d'angoisse) :

- Faire des efforts physiques (20/100)
- Aller seule dans un supermarché et y rester au moins ½ heure (30/100)
- Aller seule dans un quartier inconnu avec l'autobus (40/100)
- Manger chez des amis et rester à table le temps du repas (50/100)
- Manger au restaurant avec des amis et rester à table le temps du repas (60/100)

...

Contenu des séances :

- Apprentissage en séance d'une technique de contrôle ventilatoire.
  - Apprentissage de la relaxation selon la méthode de Jacobson et remise d'une cassette enregistrée afin qu'elle puisse s'entraîner.
  - Apprentissage du contrôle des sensations physiques de l'ADP.
  - Reprise de la hiérarchie et exposition à la première situation en imagination avec relaxation.
- Au total, ces techniques de contrôle respiratoire couplées à la relaxation ont permis de faire disparaître les attaques de panique en six semaines environ (soit trois séances). Les expositions graduées pratiquées progressivement et tout d'abord en imagerie ont permis à Marie de se confronter à ces situations aussitôt qu'en séance elle ne ressentait plus d'anxiété par le travail en imagerie mentale. Sa progression a suivi son rythme et Marie peut de nouveau se rendre à son travail, et est revenue très progressivement chez elle.

La difficulté de la thérapie a résidé dans la bonne estimation de l'anxiété sociale associée, et la prise en compte de la personnalité de Marie, exigeante vis-à-vis d'elle-même, qui voulait toujours « bien faire » mettant en péril ainsi la thérapie. En effet, ne pas réussir, ne pas bien faire est considéré comme un échec, comme une honte, une culpabilité par rapport à un soignant qui veut l'aider et pourrait se traduire par un arrêt brutal de la prise en charge.

Marie est estimée aujourd'hui guérie de ses attaques de panique, de son agoraphobie. Elle reste vigilante à toutes ses sources de stress et continue à utiliser le contrôle ventilatoire à titre préventif.

Nous avons volontairement été très précis pour illustrer la démarche thérapeutique dans cette première illustration clinique, pour les quatre autres vignettes nous ne présenterons que l'essentiel.

## 2. Cas clinique de TOC :

Les troubles obsessionnels - compulsifs sont des troubles anxieux, invalidants et fréquents, de nombreux moyens thérapeutiques ont été tentés et sont actuellement retenus comme les plus efficaces la pharmacothérapie et les thérapies comportementales et cognitives.

L'exposition au stimulus anxiogène avec prévention de la réponse semble donner les résultats les plus satisfaisants avec des taux d'amélioration de 60 à 70%.

Rappelons que ce trouble anxieux se manifeste par la présence d'obsessions et de compulsions.

L'obsession est une pensée, impulsion ou représentation récurrente et persistante qui est ressentie comme intrusive et inappropriée et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Ces obsessions ne sont pas de simples préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle ; le sujet fait des efforts pour ignorer, réprimer ou neutraliser ces pensées par d'autres pensées ou actions.

Les compulsions sont des comportements répétitifs (par ex. lavage des mains, ordonner, vérifier) ou des actes mentaux (par ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé

à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Ces comportements ritualisés ou ces actes mentaux sont destinés à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ; à empêcher un événement ou une situation redoutée. Cependant, ces derniers sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

Faisons connaissance avec Michel, 34 ans, célibataire, a une amie depuis deux ans. Il est au chômage depuis trois années.

Il pense plusieurs fois par jour : "si je ne fais pas ..., alors, un malheur va arriver".

Il effectue dès l'arrivée de la pensée des compulsions de répétition : touche plusieurs fois un objet, marche d'une certaine manière : cinq pas en avant et deux pas en arrière, s'impose de mémoriser des informations inutiles, comme la couleur des voitures, la forme d'objets, etc..., pendant un temps continu assez long sans compulsion de comptage.

Le début des troubles remonte à l'âge de 8 ans, il commence à toucher des objets pour qu'aucun malheur n'arrive à ses parents, il a honte, n'en parle pas, dissimule le mieux possible ses rituels qu'il ne trouve pas normal.

Vers l'âge de 14 ans diminution des obsessions coïncidant avec le développement des relations sociales.

17 ans: Réapparition des TOC, suite à une rupture amoureuse. Selon lui, il se sent déprimé, au côté des compulsions de répétition apparaissent des compulsions de vérifications : lumières, portes.

Depuis, le trouble obsessionnel compulsif n'a jamais disparu, il est plus handicapant par périodes et moins à d'autres. Depuis un an Michel a l'impression que son trouble s'aggrave c'est pourquoi il vient demander une aide. Sur le plan thérapeutique il consulte pour la première fois pour ses troubles à l'âge de 25 ans son médecin traitant qui fait le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. Michel est soulagé de savoir que ses troubles portent un nom, qu'il s'agit d'anxiété. Il accepte avec grande difficulté un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Serotonine. Il n'ose cependant pas augmenter la posologie contrairement à la prescription médicale. L'amélioration avec le traitement médicamenteux est faible (entre 10-20%).

Nous complétons l'entretien clinique avec la passation de questionnaires et d'échelles qui montrent : une souffrance obsessionnelle-compulsive, une anxiété modérée et un vécu dépressif d'intensité légère.

Conceptualisation du cas de Michel :

Trouble obsessionnel compulsif sévère, apparu vers l'âge de 8 ans et aggravé nettement par une rupture sentimentale. L'inactivité, la fatigue, le manque de sommeil et le stress augmentent le nombre des obsessions. Les idées obsédantes de malheur, de danger se complètent par d'autres concernant le risque de perdre et de jeter des objets ou papiers en rapport avec sa vie (un secret sur lui pourrait être

noté sur ces papiers). Ainsi les tickets, les factures, les emballages, nettoyés ne sont plus jetés. Son amie l'aide alors, elle vérifie avant de jeter. Quand Michel est encore plus anxieux il peut ramasser les papiers dans la rue de peur que ce secret ne soit noté dessus.

Les obsessions et compulsions sont maintenues par l'évitement, le patient ne se confronte pas à l'angoisse générée par les obsessions.

La présence de sa petite amie, de quelque uns de sa famille qui effectuent les vérifications à sa place diminue le temps des compulsions qui sinon avoisine trois heures par jour.

Le retentissement sur la vie du patient est considérable : il hésite à sortir seul dans la rue, vérifie de nombreuses fois toutes sortes d'objets avant de sortir, ne veut plus aller faire des achats seul, ne veut plus déjeuner en compagnie d'amis ou de personnes de sa famille, fait vérifier tous ses courriers avant de les envoyer, ...

Les conduites d'évitement sont très nombreuses.

Cette compréhension du TOC, permet de proposer à Michel au côté du traitement médicamenteux une thérapie TCC qui repose sur l'utilisation des expositions (prévention de réponse). Le thérapeute explique à Michel le principe et fait avec lui un exercice test.

Michel choisit une situation qui déclenche une angoisse modérée, supportable et se confronte à cette situation jusqu'à diminution d'au moins 50% de son niveau d'angoisse. Une exposition prolongée à une situation déclenche une angoisse supportable. Sans ritualiser, l'anxiété augmente, son intensité, se maintient en plateau puis baisse soudainement.

Les expositions répétées avec régularité permettent une diminution des fréquences des rituels. L'anxiété maximale devient de moins en moins intense, elle dure de moins en moins longtemps et finit par baisser rapidement. Le patient prend en note l'évolution de son angoisse à chacune de ses expositions selon un relevé en trois colonnes : nature de l'exposition, niveau d'angoisse, durée de l'angoisse.

Il s'aperçoit ainsi de sa propre évolution avec la thérapie.

Les techniques d'expositions ont pour objectif : la lutte contre le rituel, l'extinction des réponses émotionnelles pathologiques et des comportements d'évitement, par habituation.

Michel accepte cette proposition thérapeutique.

Son contrat thérapeutique repose sur la pratique des expositions - prévention de réponse, les séances sont hebdomadaires d'une durée de 45 minutes environ, une trentaine de séances sont prévues (durée d'environ un an).

Définir un exercice-test fait en présence du thérapeute : Michel choisit d'écrire un courrier et de le mettre sous enveloppe puis de la cacheter.

Au début de l'exercice test, son niveau d'angoisse était à 9, pendant 15mn, ensuite à 7-8 pendant 20mn, puis il est descendu à 3.

En accord avec le patient, il refait le même exercice chaque jour jusqu'au moment où il n'aura plus d'angoisse, plus d'obsession dans cette circonstance.

Exemple des situations hiérarchisées par Michel :

- 1- Continuer les exercices d'écriture chez lui.
- 2- Fermer et jeter la poubelle tous les jours, rester quelques minutes dans les locaux sans éviter de regarder.
- 3- Aller dans la rue ou les parcs publics sans ramasser les papiers vus sur le sol.....

Le patient ramène les résultats des exercices prescrits :

Au total la thérapie comportementale et cognitive de Michel lui a permis de réduire à 70% ses obsessions et ses compulsions améliorant considérablement sa qualité de vie. Il peut désormais écrire un courrier seul et le cacheter, sortir dans la rue avec une appréhension très minime, faire ses courses seul, jeter ses ordures, ... et a entrepris des démarches pour retrouver du travail.

3. cas clinique de boulimie :

Annie, 23 ans, est en dernière année de faculté et vient de commencer un stage professionnel d'une durée de six mois. Depuis une année, Sylvie a pris une dizaine de kilos et pèse dorénavant 70 kilos pour 1 mètre 63.

L'histoire des troubles est récente, cette jeune fille n'a jamais présenté jusqu'à présent de troubles des conduites alimentaires, elle n'a aucun antécédent d'anorexie, elle faisait attention à son poids de telle manière à se maintenir autour de 60 kilos.

Depuis une année, date à laquelle elle commence à se préoccuper de sa dernière année de formation, elle a pris à cœur toutes les recommandations de ses pairs « ta dernière année doit être parfaite, si tu fais un très bon stage généralement cela se conclue par une embauche ».

Elle se sent plus tendue, elle veut faire le mieux possible, ne va plus manger avec les autres étudiants à la cafétéria car cela lui fait perdre trop de temps et elle s'emporte de chez elle son pique-nique.

Célibataire, elle vit chez ses parents, elle prend le matin de quoi déjeuner.

L'évaluation clinique repose sur l'entretien, mais aussi sur la tenue d'un carnet alimentaire. Il s'agit d'un auto enregistrement de sa prise alimentaire, du contexte (lieu, horaire, en présence de qui ? ...), ainsi que des vécus émotionnels de la journée.

L'analyse fonctionnelle de Sylvie dans l'analyse diachronique n'objective aucun antécédent personnel, ni familial. Cette jeune étudiante n'a jamais fait de régime, n'a pas eu de conduites de contrôle du poids (n'a jamais pris de laxatifs, ni de diurétiques, n'a pas pratiqué de sport dans le but de contrôler son poids, n'a pas fait de diète volontaire, ...)

Elle vient de consulter un nutritionniste.

L'analyse synchronique facilitée par le carnet alimentaire montre une augmentation considérable de sa prise alimentaire à chaque fois d'une part qu'elle a à rendre un dossier important, et d'autre part à chaque fois qu'elle a à rencontrer une personnalité (professeur, maître de stage, personnel administratif de la faculté).

Elle se me alors à grignoter, va acheter des gâteaux, des friandises qu'elle avale rapidement en même temps qu'elle travaille, ou avant une rencontre qu'elle estime à enjeu.

Très culpabilisée, elle réduit son alimentation le soir au dîner chez ses parents qui ne comprennent donc pas son surpoids. Ils lui ont même proposé, de lui faire une cuisine diététique pour l'aider dans son amaigrissement.

Conceptualisation du cas de Sylvie :

Le comportement boulimique prend naissance dans un contexte d'anxiété de performance (Importance de la dernière année de faculté qui ne doit pas être « ratée » d'après les aînés). Pour augmenter sa rentabilité au travail, elle cesse de déjeuner avec les autres, s'apporte sa collation. Mais l'anxiété de performance réactivée par le contexte entraîne des comportements boulimiques pour chaque moment difficile où Sylvie a peur d'être en échec, elle mange, dit-elle, pour se donner de la force, avoir toute sa concentration, ne pas être fatiguée,...

Elle mange aussi dans toutes situations sociales liées à la faculté dans lesquelles elle est en rapport avec des personnes importantes pour son avenir. Les boulimies sont donc quotidiennes et durent toute la semaine, y compris le samedi quand elle travaille à la bibliothèque. Au début des troubles, la prise de poids ne l'affole pas, elle pense que ce ne sont que deux ou trois kilos qui pourront se reperdre facilement. Ce n'est que lorsqu'elle ne pourra plus mettre ses vêtements habituels qu'elle s'affole, en parle avec sa mère, consulte un nutritionniste et devient encore plus anxieuse.

Il n'existe cependant pas d'élément dépressif.

Le contrat thérapeutique proposé à Sylvie comprend : le contrôle du stimulus alimentaire, la gestion des relations aux autres, la démarche cognitive et les stratégies d'autocontrôle de l'anxiété.

Une quinzaine de séances espacées d'une quinzaine de jours sont prévues.

La tenue du carnet alimentaire a permis d'ajuster la prise alimentaire de la patiente en fonction des recommandations du nutritionniste et en fonction de son vécu anxieux.

Le comportement boulimique a progressivement disparu en six mois. C'est le travail sur les processus anxieux et sur son anxiété de performance qui a permis cette rémission clinique.

#### 4. cas clinique de dépression récurrente :

Nous avons souhaité vous présenter le cas clinique de Jacqueline, 39 ans, mariée, que nous avons connue au début d'une troisième récurrence dépressive. Cette patiente a bénéficié d'une approche mixte médicamenteuse et TCC.

On parle de récurrence ou récurrence quand la symptomatologie dépressive réapparaît six mois après la rémission de l'épisode précédent.

Le risque de récurrence de la maladie dépressive est très élevé.

L'évolution naturelle d'une dépression récidivante se fait vers la répétition des épisodes dépressifs majeurs avec raccourcissement des intervalles libres et un retour de plus en plus difficile vers l'état antérieur.

Pour plusieurs auteurs, environ 60% des patients à risque stabilisés à l'issue de la phase initiale de traitement du premier épisode, récidivent dans l'année qui suit si le traitement antidépresseur n'est pas maintenu contre 10% à 30% si le traitement est maintenu.

C'est devant une histoire clinique de dépression récidivante que se pose la question d'une indication d'une TCC pour améliorer l'humeur, et prévenir d'autres récurrences.

Le premier épisode dépressif de Jacqueline remonte à 1985 ; elle a 20 ans. L'état dépressif est majeur et nécessite la prescription d'un antidépresseur tricyclique, la rémission clinique est rapide.

La dépression apparaît dans un contexte de séparation des parents. Agée de 20 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Elle vit avec ses frères et sœurs chez sa mère. Il n'existe pas de notion de prise de boisson alcoolisée chez aucun des parents ni d'antécédent psychiatrique familial.

La première récurrence date de 1995 : état dépressif majeur, prescription du même antidépresseur qu'au cours du premier, épisode. La rémission survient progressivement.

La deuxième récurrence apparaît au cours de l'été 1999 sans raison apparente. L'état dépressif majeur est d'intensité modérée moins intense que quatre ans auparavant. Les antidépresseurs prescrits sont changés du fait des nombreux effets secondaires ressentis (sommolence, troubles digestifs,..). Ils ne peuvent donc pas être prescrits à dose efficace. Une rémission partielle de l'état dépressif est obtenue avec présence de symptômes résiduels anxieux.

Une troisième récurrence survient fin 2002 avec réapparition d'un état dépressif majeur d'intensité sévère faisant discuter une hospitalisation en milieu psychiatrique. Elle vit sur la région parisienne depuis une année après une mutation professionnelle souhaitée.

Nous proposons une TCC et un traitement antidépresseur que la patiente accepte devant la répétition de ses dépressions.

L'analyse synchronique montre par exemple comme situation douloureuse qu'elle exprime en entretien : je suis à mon travail, d'habitude mes collègues viennent me chercher pour aller au restaurant d'entreprise, je les attends, je ne comprends pas elles sont en retard. Je finis par les appeler et j'apprends qu'elles y sont allées sans moi (situation problème). Je me dis alors (cognition) « je suis inintéressante. Je suis un fardeau pour elles. Je n'ai rien à dire. Je ne mérite pas leur amitié. ». Jacqueline sombre alors dans une profonde tristesse (émotion), est prostrée devant son bureau (comportement) et ne va pas déjeuner.

Autre situation : Jacqueline est débordée devant la charge de travail et ses difficultés à fixer son attention, à se concentrer, elle se dit « je ne peux pas demander de l'aide des collègues de l'autre service elles vont penser que je suis nulle. Je sais qu'elles ont moins de travail en ce moment, mais elles risquent de refuser » (cognitions). Elle se sent de plus en plus coupable (émotions) et a du mal à fixer son attention (comportement).

Devant l'évocation de plusieurs situations difficiles pour Jacqueline, il ressort une modification du fonctionnement cognitif (cognitions pessimistes qui entraînent un comportement inhibé, apragmatique). Le discours de Jacqueline sur son histoire dépressive, sur ses relations aux autres au

travail ou dans sa vie permettent de formuler des hypothèses quant à sa représentation psychologique d'elle-même (schémas cognitifs).

Conceptualisation clinique :

Nous constatons comme il est classique, que la répétition des états dépressifs majeurs se fait avec raccourcissement des intervalles libres et retour de plus en plus difficile vers l'état antérieur depuis la deuxième récurrence. Dès lors la rémission est lente, partielle avec apparition de symptômes résiduels et probablement une vulnérabilité acquise, progressive aux événements stressants d'abandon et de perte.

Ces facteurs de stress précipitants les états dépressifs sont retrouvés pendant les entretiens.

Il existe aujourd'hui une perturbation du traitement de l'information due à l'épisode actuel d'état dépressif majeur, qui fait deviner une vulnérabilité psychologique interne, ancienne (schémas cognitifs (règles de pensées apprises au cours du développement de l'individu qui guident ses comportements et ses interactions sociales)).

Le contrat thérapeutique comporte une quinzaine de séances de thérapie cognitive, à raison d'une séance tous les quinze jours, suivis d'une période de consolidation de douze à dix-huit mois comprenant un entretien mensuel ou tous les deux mois consacrés au travail sur les schémas cognitifs.

La prise en charge de Jacqueline :

La première étape est la présentation du modèle cognitif suivi de l'identification des pensées négatives dépressives :

Jacqueline rapporte alors qu'elle est dans son lit, le réveil sonne pour qu'elle se lève afin de partir au travail, elle se dit alors « je n'en peux plus, cette journée me paraît impossible » elle se sent mal, triste et n'arrive pas à se lever malgré les encouragements de son compagnon.

Jacqueline apprend ensuite à analyser ce type de situation pénible, source de blocage pour elle avec des méthodes de décentration.

Après une dizaine de séances, la patiente est en mesure d'identifier ses schémas cognitifs. Le thérapeute cognitif est comme un guide qui propose des moyens psychologiques que le patient utilise pour avancer dans sa démarche de gestion émotionnelle.

Jacqueline découvre ainsi quatre schémas cognitifs :

1. « Je suis très exigeante avec moi-même pour donner une image parfaite aux autres. »
2. « Je recherche sans cesse l'approbation des autres avant de prendre toute décision personnelle ou non. »
3. « Si les autres ne me témoignent pas leur reconnaissance, je me sens rejetée. »
4. « Si je me sens moins intelligente, moins active, moins entreprenante, alors je me culpabilise de ne pas être à la hauteur. »

Chaque schéma est ensuite travaillé individuellement dans le but de les assouplir. La patiente réfléchit ensuite sur l'interaction de ces quatre schémas entre eux et propose un modèle de fonctionnement afin de pouvoir définir des modalités pratiques pour sortir du système. Pendant deux années, la patiente travaille sur l'assouplissement de ses schémas, les entretiens ont lieu dorénavant une fois par mois.

En conclusion les facteurs de récurrences ont été aussi bien sa prise en charge thérapeutique discontinuée, une tolérance et une observance thérapeutique difficile, une posologie de prescription pas toujours adéquate du fait des effets secondaires et l'existence d'une double vulnérabilité cognitive d'une part acquise face aux événements stressants d'abandon et de séparation mais aussi une vulnérabilité cognitive dépressogène intrinsèque représentée par les schémas cognitifs. Les quatre schémas cognitifs de Jacqueline montrent combien la reconnaissance des autres, leur approbation est cruciale et qu'elle développe ainsi des comportements actifs, perfectionnistes, avec des exigences personnelles extrêmes pour ne pas les décevoir. Sa vulnérabilité dépressogène réside dans cette dépendance au regard de l'autre, à un regard externe approbateur sans lequel elle se sent culpabilisée, rejetée, abandonnée.

#### 5. cas clinique de trouble bipolaire :

Il serait une idée fautive de croire que les patients présentant des troubles bipolaires ne sont suivis que par les spécialistes. Ces troubles très fréquents sous toutes leurs formes cliniques concerneraient jusqu'à 8 à 10% de la population générale.

Le traitement médicamenteux de choix est la prescription de thymorégulateurs qui ont considérablement amélioré le pronostic de ce trouble, en limitant le nombre de récurrences. Cependant environ 30% de ces patients continuent à présenter des fluctuations de l'humeur.

Ainsi les TCC pour troubles bipolaires se développent depuis 1996. Leur but est d'augmenter l'observance aux thymorégulateurs et de diminuer le taux de rechutes dépressives ou maniaques.

Pendant une vingtaine de séances menées en individuel ou en groupe le patient apprend :

- différents moyens comportementaux et cognitifs pour combattre les premiers symptômes ;
- s'initie à la technique de résolution de problèmes pour réduire les conséquences psychosociales négatives ;
- développe des moyens pour faire face aux problèmes affectifs et comportementaux ;
- identifie les facteurs de stress personnels qui augmentent la probabilité des rechutes ;

Marion, 45 ans, est suivie pour un trouble bipolaire depuis une quinzaine d'années. Elle suit un traitement thymorégulateur qui n'a pas suffi pour atteindre une rémission clinique, et elle connaît encore de nombreuses variations d'humeur dépressive ou maniaque.

Le début de la TCC de Marion a permis d'aborder de manière très interactive des thèmes comme les troubles bipolaires, les traitements pharmacologiques, puis les symptômes personnels idiosyncrasiques dépressifs et maniaques.

L'histoire du trouble bipolaire est reconstruite sous forme d'un diagramme ou « life chart » qui est complété pendant toute la durée de la prise en charge. Il est aussi appelé histoire de la maladie bipolaire. Il s'agit de la constitution rétrospective des différents épisodes dépressifs et maniaques avec leur date d'apparition, leur durée, les hospitalisations. Ce travail s'enrichit pendant toute la thérapie.

Quand, par exemple, les entretiens éducatifs abordent la discussion des traitements médicamenteux, le patient est invité à compléter son graphique avec les prises médicamenteuses, leur durée, leur posologie, les changements thérapeutiques intervenus. Il constate l'influence de ces traitements sur la stabilité ou non de son humeur.

Marion a reconstitué ainsi l'histoire de son trouble bipolaire, l'action de ses prises médicamenteuses et différents facteurs psychologiques déstabilisants. Elle constate que certains schémas cognitifs ou certains stress favorisent une période maniaque (l'annonce d'une bonne nouvelle amicale, dont les retrouvailles avec des amis très chers), tandis que d'autres vont constituer des vulnérabilités propres aux rechutes dépressives (périodes de surmenage professionnel, avec modification des horaires de coucher, de repas, prise excessive de café...).

Une phase cognitive et comportementale, qui permet au patient d'identifier ses fluctuations de l'humeur, d'en détecter les origines (environnement, personnalité, ..), de développer des actions pour faire face aux symptômes dépressifs ou maniaques, de repérer les signes précurseurs des rechutes et d'identifier les vulnérabilités psychologiques personnelles appelées schémas cognitifs.

Après la fin des séances de thérapie, le patient a pour son usage une dizaine d'outils psychologiques qu'il peut utiliser en fonction de ses besoins. C'est cette utilisation qui permet de mieux gérer les fluctuations de l'humeur, qu'elle soit liée à la bipolarité, ou en réaction à des contextes extérieurs. Marion a continué à utiliser régulièrement l'ensemble de ces outils, ses fluctuations de l'humeur sont mieux gérées et plus tôt. En conséquence son vécu quotidien est moins soumis à ces accoups émotionnels, ses relations avec ses collègues s'améliorent, également avec son mari et ses enfants et peu à peu l'estime d'elle-même se restaure.

Ces différentes illustrations cliniques montrent la diversité des applications cliniques, et également le large choix des modalités thérapeutiques déduites de l'analyse fonctionnelle.