

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Stéphane RUSINEK *et al.*

Traiter la dépression et les troubles de l'humeur

10 cas pratiques

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075501-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Liste des auteurs.....	7
Introduction – Troubles de l’humeur, TCC et trucs de psy	9
Stéphane Rusinek	
1 ■ LE CAS DE SOLANGE	10
2 ■ LE CAS D’ALICE	13
Chapitre 1 Trouble bipolaire et thérapie d’acceptation et d’engagement	18
<i>Le cas de M^{lle} P.</i>	
Hélène Lassignardie	
1 ■ ANAMNÈSE	20
2 ■ DIAGNOSTIC	21
Critères diagnostiques du trouble bipolaire de type 1	22
3 ■ ANALYSE FONCTIONNELLE	24
Synchronie.....	24
Diachronie.....	27
4 ■ CONCEPTUALISATION DE CAS D’APRÈS LA THÉRAPIE D’ACCEPTATION ET D’ENGAGEMENT	28
Le problème tel que la patiente le formule.....	28
Quels sont les principaux contenus (pensées, émotions, souvenirs, sensations, images) dont la patiente n'est pas prête à faire l'expérience ?.....	29
Que fait la patiente pour éviter ces expériences ?.....	29
Facteurs motivationnels.....	29
Facteurs contribuant à l'inflexibilité psychologique.....	29
Atouts/Ressources de la patiente.....	30
5 ■ THÉRAPIE	30
Outils thérapeutiques.....	30
Déroulement des séances.....	36
6 ■ RÉSULTATS	53
Résultats CERQ.....	54
7 ■ CONCLUSION	54
8 ■ BIBLIOGRAPHIE	57
Chapitre 2 Dépression et thérapie d’acceptation et d’engagement	60
<i>Métamorphose d'une dépression</i>	
Claude Penet	
1 ■ QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L’ABORD DE LA DÉPRESSION EN THÉRAPIE D’ACCEPTATION ET D’ENGAGEMENT (ACT)	62
2 ■ PRÉSENTATION DU CAS	63
3 ■ LES QUESTIONS CIBLÉES DES PREMIERS CONTACTS	65
Qu'attendez-vous de la thérapie ?.....	65
Qu'avez-vous essayé jusqu'à maintenant ?.....	66
Comment cela a-t-il fonctionné ?.....	67
Quel en a été le coût pour vous ?.....	67
4 ■ PRÉPARER LE TERRAIN À UN CHANGEMENT RADICAL : QUEL GENRE DE VIE VOUDRIEZ-VOUS CHOISIR ?	68
5 ■ CHOISIR LA DIRECTION : EXERCICE DU CHEMIN VERS L’OUEST	69

6	CONCEPTUALISATION DU CAS : L'OUTIL DES QUATRE DOMAINES ;	
	ANALYSES COMPORTEMENTALES FONCTIONNELLES.....	70
7	LE CŒUR DU PROCESSUS : LA DANSE AVEC LE TRIFLEXE.....	72
	L'art d'être présent.....	72
	L'art d'être ouvert.....	78
	L'art de s'engager.....	80
8	CONCLUSION.....	82
9	BIBLIOGRAPHIE.....	83

Chapitre 3 Anxiété, Dépression et REBCT d'Ellis..... 84

Le cas de Christine

Mathilde Lalubin

1	L'APPROCHE REBCT.....	86
2	LE CAS DE CHRISTINE, SUIVIE EN REBCT.....	88
	Histoire familiale.....	89
3	ANALYSE FONCTIONNELLE ET CONCEPTUALISATION DU CAS.....	89
4	TRAVAIL COGNITIF ET ACCOMMODATION À LA RÉALITÉ.....	94
5	FIN DE PRISE EN CHARGE.....	106
6	BIBLIOGRAPHIE.....	107

Chapitre 4 Trouble de l'Adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive..... 108

Le cas de David

Frédéric Chapelle

1	UN DIAGNOSTIC FRÉQUENT : LE TROUBLE DE L'ADAPTATION.....	110
2	DAVID OU COMMENT SE SÉPARER DE SON PASSÉ.....	112
	L'entretien diagnostique.....	112
	L'évaluation psychométrique initiale.....	118
	L'analyse fonctionnelle initiale.....	118
3	LA FIN DE PRISE EN CHARGE.....	132
4	CONCLUSION.....	133
5	BIBLIOGRAPHIE.....	135

Chapitre 5 Dépression et douleur chez le sujet âgé..... 136

Le cas de M. Anselme

Cyrille Bouvet

1	INTRODUCTION : UN ART CLINIQUE COMPLEXE.....	138
2	PRÉSENTATION DU CAS.....	138
	M. Anselme, première séance, sa personne et ses problèmes.....	139
	Deuxième séance.....	140
3	PREMIÈRE PHASE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE : LIMITER LES DOULEURS	
	CHRONIQUES DÉPRESSIOGÈNES.....	142
	Il va mieux, mais arrête son traitement antalgique puis la psychothérapie.....	143
4	DEUXIÈME PHASE : PSYCHOTHÉRAPIE DE LA DÉPRESSION.....	144
	Psychothérapie structurée mais bousculée par les événements de la vie.....	144
	Ligne de base et évaluation : l'initiative de M. Anselme.....	145
	Le travail cognitif – analyse fonctionnelle.....	146
	« Je suis nul, je ne vauds rien ».....	147
	Des qualités et des défauts.....	149
	Positiver et/ou remettre au travail psychique ?.....	151
	« Je suis vieux ».....	151
	Le risque de l'amélioration : l'arrêt brutal du traitement antidépresseur.....	152
	Un peu de troisième vague.....	152

Une rechute.....	153
« Je veux refaire des choses mais je n'y arriverai pas ».....	154
Stratégie de reprise d'activités plaisantes.....	154
Il s'informe et bloque.....	155
Une décompensation dépressive, mais pas la sienne.....	157
Amélioration, chaleurs et fin de thérapie.....	157
Prévenir.....	158
Des nouvelles.....	158
5 ● CONCLUSION	159
6 ● BIBLIOGRAPHIE	160
Chapitre 6 Dépression chez le sujet âgé	162
<i>Les cas de Mme L. et Mme P.</i>	
Philippe Tison	
1 ● MME L., 65 ANS	164
Présentation du cas.....	164
Diagnostic et prise en charge.....	165
Méthode thérapeutique.....	166
Étapes de la prise en charge.....	169
Conclusion.....	173
2 ● MME P., 75 ANS	173
Présentation du cas.....	173
Diagnostic et prise en charge.....	174
Déroulement des séances.....	177
Conclusion.....	193
Chapitre 7 Dépression, asthénie et anhédonie	194
<i>Le cas de Mme V.</i>	
Sabrina Sledzianowski	
1 ● INTRODUCTION	196
2 ● PRÉSENTATION DU CAS	196
Anamnèse.....	196
Analyse fonctionnelle.....	199
Évaluation psychométrique.....	201
Mise en place d'un contrat thérapeutique.....	202
3 ● PHASE THÉRAPEUTIQUE (SÉANCES 4 À 18)	204
Travail d'affirmation de soi en groupe.....	220
4 ● FIN DE THÉRAPIE : ÉVALUATION ET BILAN	221
5 ● BIBLIOGRAPHIE	221
Chapitre 8 Dépression et idées suicidaires	222
<i>Le cas de Monsieur P.</i>	
Nathalie Bascop	
1 ● PRÉSENTATION DU PATIENT	224
2 ● ANALYSE FONCTIONNELLE	225
Analyse synchronique.....	225
Analyse diachronique.....	227
3 ● ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC	229
Le diagnostic.....	229
Le diagnostic différentiel.....	229
Les indications thérapeutiques.....	230
4 ● TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE ET ÉLÉMENTS THÉORIQUES	230
5 ● DÉROULEMENT DES PRINCIPALES SÉANCES	232
6 ● RÉSULTATS DE LA THÉRAPIE	236
7 ● CONCLUSION ET PERSPECTIVES	237

8	BIBLIOGRAPHIE.....	238
	Chapitre 9 Dépression et perfectionnisme.....	240
	<i>Le cas de Monsieur W.</i>	
	Jérémy Fonseca Das Neves	
1	PRÉSENTATION DU CAS.....	242
	Introduction.....	242
	Antécédents.....	242
	Traitement.....	243
2	ANALYSE THÉRAPEUTIQUE.....	243
	Diagnostic.....	243
	Personnalité dépendante.....	244
	Personnalité Obsessionnelle Compulsive.....	245
	Aspects transdiagnostiques.....	245
3	PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....	246
	Généralités sur la prise en charge.....	246
	Déroulement des séances.....	249
4	CONCLUSION.....	264

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Stéphane RUSINEK

Psychologue, Docteur en psychologie, Professeur des Universités, thérapeute libéral.

Avec la collaboration de :

Nathalie BASCOP

Psychologue clinicienne, psychothérapeute exerçant à Lille et pratiquant les thérapies cognitivo-comportementales depuis plus de vingt ans.

Cyrille BOUVET

Psychologue clinicien, psychothérapeute et superviseur TCC à Paris, formé à l'AFTCC, formé à la méditation de pleine conscience (MCBT), docteur en psychologie, professeur des universités à Paris Nanterre, auteur de plusieurs ouvrages de psychologie clinique et TCC.

Frédéric CHAPELLE

Psychiatre, Docteur en psychopathologie, enseignant à la faculté de psychologie de Toulouse, aux facultés de médecine de Toulouse et Paris V, et à l'association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC).

Jérémy FONSECA DAS NEVES

Psychologue clinicien exerçant au CHU Amiens-Picardie, titulaire du Master de Thérapies Emotionnelles Cognitives et Comportementales de Lille 3, Doctorant au sein du laboratoire PSITEC, Université de Lille 3.

Mathilde LALUBIN

Psychosociologue formée en thérapie comportementale cognitive émotive-rationnelle d'Albert Ellis (REBCT) à l'Institut français de thérapie cognitive ; formatrice et superviseur auprès de professionnels de santé mentale.

Hélène LASSIGNARDIE

Psychologue clinicienne spécialité neuropsychologie (Bordeaux 2) et psychopathologie (Paris 8), formation TCC au Canada. Formée à ACT et à la pleine conscience (MBCT).

Claude PENET

Psychiatre, thérapeute comportementaliste, formateur en Thérapie d'Acceptation et d'Engagement et en Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience.

Sabrina SLEDZIANOWSKI

Psychologue formée aux thérapies cognitivo-comportementales à Rouen, ayant plusieurs années d'expérience en clinique psychiatrique et en libéral, chargée de TD et de supervision pour les Universités de Nîmes et de Lille 3.

Philippe TISON

Docteur en Psychologie, psychologue clinicien et thérapeute cognitivo-comportementaliste dans le groupe hospitalier Seclin-Carvin, enseignant dans plusieurs Universités des Hauts de France.

Introduction

Troubles de l'humeur, TCC et trucs de psy

STÉPHANE RUSINEK

Deux cas résumés

IL N'EST PAS D'ART sans technique et pas d'artiste sans pratique. Je n'oserais dire que les psychologues et psychiatres qui pratiquent les Thérapies Comportementales et Cognitives sont des artistes, mais ils n'en sont pas trop loin. À ce titre, ils possèdent de la technique qu'ils appliquent en pratique. Pour partager cela par l'écrit, il n'est pas question d'un ouvrage théorique, mais bien d'un ouvrage comme celui-ci, rapportant diverses études de cas. Des études de cas, car il ne s'agit pas toujours d'appliquer un protocole au pied de la lettre, mais bien souvent de trouver le « truc » qui motivera le patient, qui lui permettra de réellement s'engager dans un processus de changement. Ainsi, quand il s'agit de trouble de l'humeur en général et de dépression en particulier, il y a des maîtres mots brandis par les thérapeutes en TCC, comme « psychoéducation », « activation comportementale », « restructuration cognitive », mais il n'est pas toujours expliqué comment, avec ce patient au niveau d'asthénie élevé, ou cet autre perfectionniste, ou ce troisième réfractaire à la thérapie, il est possible de mettre en œuvre les techniques proposées. Il est donc question de connaître le patient, de saisir son individualité, de comprendre son environnement et le fonctionnement de son trouble pour lui proposer une prise en charge adaptée.

1 LE CAS DE SOLANGE

Je me souviens de Solange, une dame de 67 ans ayant perdu son mari suite à un cancer des poumons deux ans auparavant ainsi que plusieurs autres membres de sa famille, qui n'avait qu'une phrase comme leitmotiv : « *Je vais bientôt les rejoindre, en attendant je n'ai qu'à être malheureuse* ».

Ses enfants lui avaient pris rendez-vous au cabinet et elle venait sans grande motivation. J'avais bien évidemment commencé par une anamnèse, entendu comment avant c'était bien mieux et comme maintenant tout était triste, autant dans sa vie que dans le monde, même la météo n'était plus ce qu'elle était... J'avais noté la récurrence de ses humeurs tristes et de ses pensées négatives. J'avais réalisé avec elle une analyse fonctionnelle pour mettre en avant les cercles vicieux de sa dépression.

Ancienne institutrice, elle se prêtait au jeu de la psychoéducation dans le cabinet, y trouvant une toute petite stimulation intellectuelle, mais elle s'acharnait à me dire que rien n'y changerait, qu'à son âge il n'y avait plus rien d'autre à attendre que les années passent et que la mort vienne doucement. En dehors du cabinet, elle ne se prêtait à aucun jeu, ne réalisait aucune des tâches assignées que je pouvais lui proposer et ne tirait aucun bénéfice des longs moments de restructuration cognitive que nous passions ensemble. Je désespérais de son désespoir passif et me rendais compte que je n'étais qu'un moment spécial tous les quinze jours qui l'occupait un peu, lui faisait plaisir, mais sans plus. Tout le travail de motivation que je tentais de mettre en place se terminait par « oui, c'est bien, mais à quoi bon ». Elle refusait de surcroît toute prise en charge médicamenteuse et ne se plaignait réellement que d'une chose : ses petits-enfants, quand ils venaient la voir, ne restaient pas très longtemps et lui disaient sans cesse qu'elle était trop triste et que tout était trop triste autour d'elle.

Vous vous doutez que j'ai travaillé avec elle la possibilité de changer certaines choses dans ses comportements et ses pensées afin de motiver ses petits-enfants à rester plus longtemps lors de leurs visites. Faisant fi de ce levier comme de tout autre, elle restait réfractaire au changement, préférant, comme elle savait le dire, rester dans le nid confortable de sa dépression.

Vers la septième séance, alors que j'étais prêt à lui dire qu'un autre thérapeute lui conviendrait sans doute mieux car j'étais bien incapable de la motiver malgré une bonne alliance thérapeutique, elle me confia au fil de l'entretien que sa plus jeune petite-fille, venue le week-end en visite, lui avait dit qu'elle trouvait

glauque le « mur des lamentations » installé dans son entrée d'appartement. J'en demandai plus et eus droit à la description de cette entrée : une petite pièce avec un porte-manteau où trônait encore le pardessus de son mari décédé, un vieux meuble bas sur lequel il y avait encore les clefs du défunt et la laisse du chien mort depuis plus d'un an, une tapisserie des années soixante-dix avec des grosses fleurs aux couleurs jaunies par la lumière, et tout un pan de mur sur lequel étaient affichées les photos de toutes les personnes décédées qui lui étaient chères. Ainsi, disait Solange, « *je pense à eux à chaque fois que je sors et à chaque fois que je rentre, et ça me fait du bien, ils me manquent tellement* ».

Je lui donnai alors comme simple tâche assignée de demander à l'un de ses petits-fils féru de photographie de me faire un petit reportage sur son lieu de vie. Quinze jours plus tard, je pus constater que tout son environnement n'était qu'indice de récupération. Des photos des défunts un peu partout, et la plupart du temps, les « dernières photos », juste avant qu'une maladie ne les emporte, des objets chargés d'histoires tristes qui n'étaient même pas des « souvenirs », des vieux meubles, des vieilles tapisseries passées et parfois déchirées. En réalité, un environnement quotidien que Solange décrivait comme agréable mais qui n'était qu'une activation incessante du « côté obscur » de sa mémoire émotionnelle. À ce moment je me suis senti idiot de ne pas avoir songé plus tôt à creuser de ce côté. J'avais bien sûr toute la théorie en tête, les modèles de la dépression, je savais comment, à force d'activer les mêmes associations en mémoire, les autres ne s'activent plus, je lui avais fait beaucoup de psychoéducation à ce sujet, mais j'avais oublié de me poser la question de la concrétisation de tout cela dans le cas de ma patiente.

La suite de la séance fut consacrée à la restructuration d'une seule pensée dysfonctionnelle : « les autres ne peuvent rien pour moi ». Je m'appliquai alors sur les étapes de la restructuration : après avoir discrédité la pensée avec des stratégies très simples comme « sans le boulanger vous auriez du pain ? » et « bien entendu, cette pensée vous permet d'avancer ? », je lui fis émettre des alternatives telles qu'« il y a des choses qu'on ne peut pas faire sans les autres » et « il ne me coûte rien de demander de l'aide ». Je passe les détails, mais je me heurtai bien sûr à d'autres pensées comme « ce n'est pas le rôle des enfants de faire attention à moi » ou « à mon âge il n'y a plus rien à faire ». Réussissant à restructurer un minimum, je pus la convaincre de faire venir deux de ses petits-enfants à la séance suivante, qui fut assez mémorable car j'avais la dernière étape de la restructuration en tête : s'arranger pour que les patients appliquent les alternatives.

Une semaine plus tard, à peine était-elle entrée dans le cabinet avec l'une de ses filles et deux de ses petits-enfants, que je leur proposai de faire du *home staging* comme cela commençait à être à la mode dans les émissions télévisées nouvelle génération. Toutefois, de ce *home staging* « thérapeutique », le but avoué n'était pas de mieux revendre la maison comme un autre Stéphane que moi aurait voulu le faire, mais de se débarrasser de tous les indices de récupération qui maintenaient la mémoire de Solange dans un cercle vicieux dépressiogène... ce qui reste un pléonasme puisqu'étymologiquement, la dépression est un enfoncement avec l'idée d'un tournoiement. Il n'était pas nécessaire de convaincre les enfants de Solange d'agir et ils comprirent vite qu'ils devaient agir, quelles que soient les remarques que l'aînée allait faire, qu'ils allaient devoir supporter les « mais ça ne sert à rien » et autres « on ne va tout de même pas dépenser de l'argent pour ça... le psy coûte déjà assez cher ». S'en est suivi un bon mois de chantier chez Solange. Un mois durant lequel je la voyais toutes les semaines pour entendre d'abord ses reproches, ensuite ses plaintes quant à l'état de son appartement et de ses souvenirs, et surtout pour en profiter pour restructurer, pour mettre en place des plannings d'activités, pour lui expliquer les changements qui s'opéraient. Avec de nouvelles tapisseries, quelques nouveaux meubles, de nouvelles couleurs et surtout des indices de récupération plus adaptés (photos des petits-enfants, quelques photos des défunts, mais dans des moments agréables), une entrée qui lui faisait penser à de meilleures choses, des visites plus régulières et plus longues car plus agréables et d'autres bouleversements qui doucement furent acceptés, Solange alla bien mieux.

Après six mois, elle n'était plus la personne âgée dépressive que j'avais rencontrée, mais une mamie plus moderne, bien que se disant fatiguée, qui s'était même mise à l'informatique et surfait sur internet pour suivre les pages sociales des siens et d'amis plus lointains. Une belle histoire de psy avec une solution qui semble toute simple mais qui tient à l'application de la théorie dans le cas concret d'une patiente.

2 LE CAS D'ALICE

Quand j'évoque le cas de Solange, le cas d'Alice me revient aussi vite en mémoire car j'ai mes propres associations plus ou moins bancales. Alice fut la première patiente à qui j'ai proposé une série d'exercices que depuis je m'amuse à proposer à de nombreux patients quel que soit leur trouble, pour peu que leur humeur soit un peu négative. Alice était une professeure d'Anglais d'une quarantaine d'années. Une enfance marquée par la séparation difficile de ses parents et des conflits dans la fratrie de trois enfants. Vers vingt ans, elle avait été diagnostiquée bipolaire et dans ce qu'elle racontait, on reconnaissait aisément des phases *up* et des phases *down* marquées et durables, avec tous les éléments de la dépression et tous les éléments de l'hypomanie dont des prises de risques assez fréquentes qui pour beaucoup avaient pu avoir des conséquences. Elle avait été suivie durant de nombreuses années par différents psychiatres qui avaient su la stabiliser avec des médications adaptées mais n'avaient jamais vraiment réalisé un travail psychothérapeutique avec elle.

Lorsqu'Alice était venue me rencontrer, comme cela peut arriver, sa bipolarité, pour le peu qu'elle ait été réelle (je ne mets pas en doute les diagnostics de l'époque, mais je n'ai pas de machine à remonter le temps et je ne peux pas vérifier) s'était transformée en cyclothymie avec des variations d'humeur bien moins marquées et des fluctuations sur la semaine, voire sur la journée. Associés à ses moments plutôt hauts, des comportements de nettoyage et de bricolage intensifs et des achats compulsifs, à ses moments les plus bas, des abus de sucrerie, des pleurs spontanés et une apathie généralisée... Plus quelques engueulades à l'encontre de ses trois chats dès que son humeur changeait d'un poil dans un sens ou dans l'autre. J'avais entrepris avec elle et avec succès un travail de psychoéducation et de *pacing*. Elle savait repérer facilement les indices de changements d'humeur et avait mis en place quelques actions efficaces pour ne jamais monter trop haut et ne jamais descendre trop bas.

Au fil des séances, nous lui avons construit un programme de tâches quotidiennes à réaliser qui la maintenait à un niveau d'activité satisfaisant, nous lui avons permis de garder des renforçateurs pour les corvées, nous avons pu élaborer des listes d'activités obligatoires et nous lui avons trouvé des moyens pour retisser du lien social. Ses moyens lui permettaient de s'inscrire dans des clubs de sport, d'aller au cinéma, de voyager. Un cas réglé comme dans les livres avec un protocole de psychoéducation pour les troubles de l'humeur, suivi quasiment à la lettre, faisant du patient son propre thérapeute. Alice n'était pas un

cas « difficile », elle était motivée et se réjouissait de chacune de ses progressions.

En trois mois, l'état d'Alice était satisfaisant, mis à part un petit détail qui me turlupinait : je repérais en quelques secondes son état d'humeur rien qu'en lui demandant « Qu'est-ce que vous évoque ce mot » et ce, quel que soit le mot. Si elle était d'humeur positive, elle me relatait des souvenirs positifs, si elle était d'humeur négative, c'étaient des souvenirs négatifs. Quoi de plus banal me direz-vous. Certes, mais comment changer cela pour que ce soient plutôt des souvenirs positifs qui lui reviennent en mémoire et qu'elle ne risque pas de stagner dans un état plutôt *down*, les problèmes de comportements dans les états plutôt *up* ayant été réglés. En pensant, comme pour le cas précédent, aux modèles de mémoire émotionnelle que les chercheurs en psychologie ont su nous proposer (ils sauront m'en vouloir de n'en citer aucun faute de ne pouvoir tous les citer... faisant modestement partie du lot, je m'en voudrais à moi-même), je lui proposai deux exercices. Le premier consistait à lui proposer des séries de cinq mots inducteurs en lui demandant de me relater un souvenir en relation avec chacun de ces mots. Je notai alors la tonalité et l'intensité émotionnelle correspondante à ces souvenirs, puis pour chacun des mots, je lui demandai de faire l'effort de retrouver en mémoire un autre souvenir de même intensité mais de tonalité opposée, ce que, comme tout un chacun, elle n'avait pas trop de difficulté à faire.

Cet exercice répété plusieurs fois me permit de lui montrer comment sa mémoire fonctionnait : un accès préférentiel aux informations congruentes avec son état d'humeur et la formation d'une illusion quasi zététique : « ça va mal parce que tout a été mal ». En tâche assignée, elle avait juste des listes de mots à travailler chaque jour de la semaine. L'effet fut celui escompté, très vite, comme un arc réflexe qui se serait formé chez elle, quand un souvenir plutôt négatif lui arrivait, un autre plutôt positif était recherché en mémoire. Toutefois, l'effet inverse existait aussi, et, sans doute pour me contrarier, elle savait retrouver des souvenirs négatifs en mémoire.

Alors, je lui proposai le second exercice, un jeu très simple de psy dont j'explique les règles toujours de la même façon : « Je vous donne un mot et en retour vous devez me donner un autre mot qui possède un lien positif avec le premier. Ce n'est pas obligatoirement le premier mot qui vous vient en tête, mais un mot qui vous permettra d'élaborer une courte histoire positive, réelle ou imaginaire. Ainsi, si je vous dis « fleurs », vous pouvez me répondre « vase » à condition que, si je vous demande « pourquoi ? », votre réponse soit du type « mon mari m'a offert des fleurs et je les ai mises dans un joli vase sur la table

du salon. Ça m'a fait plaisir ». Vous ne me répondrez jamais : « on coupe les fleurs, on les tue pour les mettre dans des vases où elles meurent en puant », car ça c'est négatif. Quand vous me donnerez votre mot, je peux répondre « oui » car je comprends aussitôt le lien, « pourquoi ? » et vous devrez élaborer votre réponse ou « non », parce que je suis le maître du jeu et je fais ce que je veux. Dernière contrainte : je pourrai dire « fleurs » ou un autre mot autant de fois que je veux, mais à partir de maintenant et jusqu'à la fin des temps, vous ne pourrez me donner un mot comme réponse qu'une seule fois, alors si une fois vous me dites « vase » pour « fleurs », la prochaine fois vous devrez trouver autre chose pour « fleurs » et vous ne pourrez plus répondre « vase » quel que soit le mot que je vous donne. » Ensuite, je l'entraînais au cabinet avec des mots comme « radiateur » (« chaleur » est la réponse la plus fréquente), « lampadaire » (qui évoque principalement « lumière »), « camion » (pour lequel les patients commencent à vraiment réfléchir), « radiateur » une seconde fois, rien que pour rire. Après l'entraînement, je proposai à Alice de l'appeler tous les jours pendant quelques minutes pour jouer à ce jeu.

Vous imaginez le type de conversation que nous avons au téléphone :

« Allô ?

— Choucroute.

— Restaurant.

— Pourquoi ?

— Parce que j'aime bien aller dans des restaurants alsaciens manger une bonne choucroute.

— Lunettes.

— Caramel.

— Pourquoi ?

—Parce que j'avais un chat qui s'appelait Caramel et que j'adorais mais que tout le monde appelait lunettes parce qu'il avait des taches noires autour des yeux. »

Durant la semaine, j'introduisis des mots à valence plutôt négative et des mots que je savais évoquer ses propres problématiques. Alice, une semaine plus tard revint en m'expliquant que j'étais un « salopard » parce que je hantais ses moments de tranquillité ; dès qu'elle se promenait elle pensait à l'exercice, elle voyait un arbre et se disait « et s'il me dit « arbre » je réponds... « oiseau » parce que dans les arbres il y a des nids et que les oiseaux y chantent ». Elle m'avoua

parfois demander à ses collègues ce qu'ils répondraient à tel ou tel mot. Elle avait une béquille de plus en humeur basse. Au premier indice de changement d'humeur, elle téléphonait à un ami et jouait à ce jeu, et l'idée même de pouvoir le faire limitait son changement d'humeur, éveillait chez elle des élaborations positives. Depuis j'ai pu parfaire l'exercice et l'appliquer de différentes façons avec d'autres patients en l'adaptant à l'âge et à la situation. J'ai pu aussi me rendre compte qu'il permettait parfois de recréer quelques interactions positives entre un patient et l'un de ses proches.

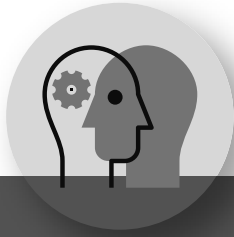
Comme nous sommes thérapeutes, comme nous faisons des TCC, c'est cela que nous faisons : adapter nos connaissances aux cas concrets de nos patients. C'est dans des livres comme celui-ci que nous l'expliquons le mieux et c'est un plaisir pour moi que de laisser les prochaines pages à mes amis et confrères qui, chacun à leur manière, sauront raconter de façon plus construite et plus élaborée les cas qu'ils ont rencontrés.

Chapitre 1

Trouble bipolaire et thérapie d'acceptation et d'engagement

Le cas de M^{lle} P.

HÉLÈNE LASSIGNARDIE



1	Anamnèse	20
2	Diagnostic	21
3	Analyse fonctionnelle	24
4	Conceptualisation de cas d'après la thérapie d'acceptation et d'engagement	28
5	Thérapie	30
6	Résultats	53
7	Conclusion	54
8	Bibliographie	57

1 ANAMNÈSE

M^{lle} P. est âgée de 39 ans. Elle est suivie depuis une quinzaine d'années au centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, suite au diagnostic de trouble bipolaire posé en 1999.

Elle dit ne jamais avoir réussi à apaiser ses souffrances du passé.

En effet, le début de vie de M^{lle} P. est marqué par un non-dit. Elle est âgée de 9 ans lorsqu'elle découvre par hasard que les personnes qu'elle prenait pour ses parents ne sont autre que ses grands-parents et qu'une de ses sœurs est donc sa mère. À la suite de cette découverte, M^{lle} P. n'aura pas beaucoup plus d'informations sur l'histoire de sa naissance. La version qu'elle obtiendra est que sa mère a été enceinte très jeune, qu'elle ne connaît pas l'identité de son père, que tout le monde a pensé que ce serait mieux pour elle qu'elle soit élevée par les grands-parents sans connaître la vérité. Sa mère, même en tant que « sœur » se montrait indifférente à M^{lle} P. Elle décrit sa grand-mère comme une personne peu affectueuse, elle a reçu en revanche beaucoup d'amour de son grand-père. Celui-ci est mort en 1992, M^{lle} P. a peu de contact avec sa grand-mère depuis le lycée. Elle dit s'être créé un univers car elle n'avait pas de réponses à ses questions.

Dans sa petite enfance, M^{lle} P. a eu par moments des contacts avec sa mère mais plutôt des relations de copinage. Elle me parle de sa mère comme une personne immature qui a toujours eu des relations particulières avec les hommes, relation de dépendance selon la patiente. Les relations avec sa mère depuis ses 10 ans sont difficiles, M^{lle} P. a décidé, par périodes, de couper tout lien. Aujourd'hui, elle se dit satisfaite de la relation avec sa mère ; quelques rencontres même si elle reste déçue par certaines attitudes de celle-ci et a fait le deuil d'une relation mère-fille. Elle dit ne plus avoir d'attentes.

Elle a été élevée dans une grande famille, sept tantes et oncles, qu'elle considère un peu « forcément » comme ses grands frères et sœurs. Elle a surtout eu une relation très forte avec une de ses tantes, les autres ont plutôt été rejetants, voire maltraitants. Elle se souvient avoir été traitée vers l'âge de 13 ans de « bâtarde ».

M^{lle} P. a été victime d'un inceste par un oncle à l'âge de 17 ans.

Dans ses premières années à l'école, M^{lle} P. se décrit comme une petite fille rêveuse, dans la lune. Au collège, elle dit avoir fait beaucoup des bêtises, se faisant remarquer. Au lycée, elle était en internat, a beaucoup aimé cette période,

jusqu'au décès d'une de ses tantes qu'elle aimait beaucoup, elle s'est alors enfermée dans le mutisme. Elle a tout de même réussi à finir le lycée, obtenir son baccalauréat. Ensuite, son parcours est plutôt chaotique avec une succession d'emplois difficiles pour elle (restauration, accueil, garde d'enfants, etc.). En 2008, elle fait une formation en secrétariat. Depuis, elle a eu des périodes de travail, des missions, sans toujours réussir à aller jusqu'au bout. Elle a parfois arrêté ses missions après un jour de travail car elle se sentait mal à l'aise avec ses collègues qu'elle ne connaissait pas ; elle a tendance à interpréter chaque phrase, geste et se dit alors qu'elle n'est pas à la hauteur, qu'elle ne trouvera pas sa place et que les gens sont différents voire malsains. À l'heure actuelle, elle ne travaille pas mais recherche quelque chose qui pourrait lui convenir.

M^{lle} P. a toujours été entourée d'amis, domaine très important et investi par elle. Même si ce sont justement les situations sociales qui potentiellement peuvent déstabiliser la patiente. Les relations intimes sont perçues comme encore plus menaçantes et source de souffrance par la patiente. Sa peur de l'abandon s'est toujours activée lorsqu'elle rencontre quelqu'un. Au début, cette peur l'a amenée à développer rapidement des sentiments forts pour les gens, des attentes élevées vis-à-vis de l'autre et à s'accrocher à la relation, ce qui a entraîné beaucoup de souffrance et de déception. En effet, elle a eu quelques relations traumatisantes ; elle décrit un de ces hommes comme manipulateur qui profitait de sa gentillesse, elle qui exprimait très peu ses envies, ses besoins et qui, pour éviter le conflit, ne disait rien. À la suite de cette peur et de ces expériences, les pensées suivantes sont apparues : « si je fais confiance à l'autre, il va me quitter, me trahir, et je vais souffrir. » Elle décida alors de ne plus s'engager dans une relation ou de la stopper très vite.

Enfin, la religion tient une place importante dans sa vie. Elle participe à des réunions d'échange sur divers sujets religieux.

2 DIAGNOSTIC

M^{lle} P. a vécu une bouffée délirante aiguë (thématique mystique) à la suite d'une rupture et d'un arrêt des études.

Elle vivra ensuite une succession d'hospitalisations avec une alternance de périodes dépressives et maniaques (avec hallucination et idées délirantes), ce qui permettra aux médecins de poser le diagnostic de trouble Bipolaire de Type 1 (avec éléments psychotiques) en 1999.