

TCC et dépression : Quelle efficacité ? A propos d'un cas clinique

CHEKKAI Badreddine

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
Université Constantine 2- Abdelhamid MEHRI

Résumé

Peut-on évaluer les psychothérapies ? Et quelle efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des sujets dépressifs ?

Ce qui va être présenté ici, n'est qu'une modeste expérience d'une rencontre avec une patiente dépressive.

Notre travail de recherche a pour objectif principal d'observer les impacts d'une thérapie cognitive comportementale dans le traitement de la dépression.

Plus précisément, l'essai se veut une réflexion sur les éléments qui composent le processus thérapeutique et permettent le changement. Pour ce faire, nous avons appliqué un traitement cognitif comportemental bref (15 à 20 rencontres) auprès d'un cas qui présente une dépression. Afin de mesurer les impacts de la thérapie cognitive comportementale, nous avons utilisé en pré traitement et en post traitement pour des fins comparatives deux inventaires qui mesurent les dimensions de la dépression. De plus, nous avons analysé le contenu des rencontres une à une afin d'observer les interactions en thérapie qui peuvent permettre de comprendre les impacts et le changement. Finalement, nous avons analysé la thérapie en considérant les dimensions du thérapeute, les dimensions du patient et les dimensions de la thérapie cognitive comportementale.

Mots clés : Les thérapies cognitivo-comportementales, Dépression, Efficacité, Evaluation..

ملخص

هل يمكننا تقييم العلاج النفسي؟ وما مدى فعالية العلاجات السلوكية المعرفية في علاج المكتئبين؟ ما سيعرض هنا هو تجربة لجلسات علاجية مع مفحوصة مصابة بالاكتئاب. و الهدف الرئيسي من بحثنا هو ملاحظة آثار العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب. وبشكل أكثر تحديداً، فإنه يعبر عن تفكير حول العناصر التي تشكل سيرورة العملية العلاجية، والتي تسمح للمفحوص بأن يتحسن. وللوصول إلى هذا الهدف تم تطبيق العلاج السلوكي المعرفي الذي يعد أحد العلاجات النفسية المختصرة (15 إلى 20 جلسة) على حالة تعاني من اكتئاب حاد، وحتى نتمكن من قياس آثار العلاج السلوكي المعرفي، تم استخدام في مرحلتين قبل وبعد العلاج سلمي تقدير يقيسان الأبعاد الخاصة بالاكتئاب، بغية مقارنة النتائج. إضافة إلى ذلك، تم القيام بتحليل محتوى كل الجلسات الواحدة تلو الأخرى من أجل مراقبة التفاعلات التي تحدث أثناء العلاج والتي يمكن أن تساعد على فهم الآثار والتغيير المتوقعين من العلاج. وفي الأخير، تم القيام بتحليل العمل العلاجي مع الأخذ بعين الاعتبار الأبعاد المتعلقة بكل من المعالج، المفحوص والعلاج السلوكي المعرفي. **الكلمات المفتاحية:** العلاج السلوكي المعرفي، الاكتئاب، فعالية، تقييم.

Introduction

Si les recherches relatives à l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies ont abouti à la conclusion qu'elles sont efficaces, une des préoccupations majeures des chercheurs en psychothérapies et des praticiens consiste à mieux identifier les variables en jeu dans le processus psychothérapeutique et d'essayer de répondre ainsi aux questions : quels sont les facteurs influençant la réussite d'une psychothérapie ? Quelle est l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la prise en charge des dépressions en Algérie ? Et plus précisément, quels sont les paramètres sur lesquels repose l'évaluation de l'efficacité des TCC de la dépression ?

C'est à travers cette réflexion que notre motivation a pris forme pour son application sur les patients dépressifs. Nous nous attacherons en premier lieu à observer et à saisir les différentes variables qui sont à l'œuvre dans ce processus thérapeutique. Il s'agit de réfléchir sur l'expérience d'un individu qui est notre patiente et sur les techniques déployées tout au long d'un processus thérapeutique situé dans la triade : un lieu ou un espace, un cadre et un temps donnés.

Notre projet consiste à personnaliser une analyse d'un cas clinique afin de produire une réflexion basée sur la réalité d'une personne et d'un thérapeute en interaction à l'intérieur d'un cadre thérapeutique donné.

L'objectif de notre présent travail vise à appliquer la thérapie cognitive comportementale auprès d'une patiente qui présente une dépression majeure et de faire ressortir les éléments qui vont favoriser le changement ou l'absence de changement et éventuellement la détérioration de sa condition.

Du point de vue méthodologique, nous utiliserons des outils d'évaluation nous permettant de mesurer son état clinique avant et en après notre intervention psychothérapique. Notre analyse des entretiens va rendre compte des différentes interactions tout au long du processus thérapeutique. Finalement, nous procéderons à une analyse de l'ensemble du processus et nous concluons en présentant les principaux éléments de cette thérapie qui ressortent comme étant des éléments importants à considérer lors d'une démarche thérapeutique.

Les psychothérapies en question : Quelle psychothérapie ? Pour quel patient ?

Au début de notre réflexion, nous aborderons cette problématique à triple tranchant qu'est la psychothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et l'évaluation de leurs efficacité par une des questions les plus fondamentales : Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Dr Stephen Hendrick spécialiste des recherches sur cette question souligne : «Encore faut-il s'entendre sur ce qu'est un « psychothérapeute ». S'agit-il d'un ensemble d'actes spécifiques posés par des professionnels de la santé mentale ou s'agit-il d'une profession spécifique ? Dans les deux cas, quelle est la formation de base nécessaire et suffisante pour pratiquer la psychothérapie ? Comme il n'existe pas de consensus à propos de ces questions, on assiste à des luttes acharnées entre divers corps de métier.» (Hendrick.S, 2009, p149)

Pichot et Allilaire nous proposent une définition qui nous paraissent la plus globalisante, ainsi, ils précisent : « De façon générale, quelles que soient les techniques envisagées, toutes les psychothérapies gardent en commun l'utilisation, à des fins thérapeutiques, de la relation interpersonnelle entre un patient et un thérapeute dans un contexte défini. Nous ferons donc de ces différents aspects les axes à partir desquels il est possible de concevoir l'évaluation d'une psychothérapie. Quant aux buts

recherchés, ils concernent essentiellement la disparition des symptômes et de la souffrance qu'ils entraînent ainsi que l'amélioration de la santé mentale au sens large » (Pichot et Allilaire cités par J-M.Thurin et M. Thurin, 2007, p21).

Ainsi, on peut dire et comme le précisent Anne et Serge Ginger : « La psychothérapie ne vise évidemment pas à changer les événements, mais à changer le regard du patient sur les événements. Elle ne transforme objectivement ni le passé, ni même le présent, mais permet une « ré-vision » subjective du présent comme du passé. » (Ginger.A et Ginger.S, 2008, p39)

L'évaluation des psychothérapies : une problématique éthique ou méthodologique ?

Notre questionnement porte essentiellement sur les questions suivantes : Comment envisager une évaluation des psychothérapies en termes d'efficacité ? Et quelles sont les difficultés rencontrées pour cette évaluation ?

Avant d'essayer de répondre à toutes ces interrogations, la première question qui reste en suspens : peut-on évaluer scientifiquement l'efficacité d'une psychothérapie ? En effet, la situation psychothérapeutique met en jeu des êtres humains dans leur singularité subjective. Comment envisager alors de réduire scientifiquement un tel contexte sans en perdre l'essence ? Sans perdre tout sens ?

Le débat est ancien. Freud rappelait déjà que l'évaluation exigeait le respect de critères méthodologiques rigoureux mais que ce qui le faisait véritablement reculer devant cette entreprise, c'était « l'expérience de la façon dont les hommes se comportent dans les choses de la thérapeutique et du peu de possibilités de les convaincre à partir d'arguments logiques, même tirés de l'expérience et de l'observation » (Freud.S, 1969, p 439)

Sous un autre angle, notre questionnement porte non seulement sur ce processus évaluatif mais sur la nature du sujet évalué et l'objet de l'évaluation, en effet, peut-on réaliser des « expériences » dans un cadre psychothérapeutique sans interférer avec le processus de soin et donc sans biaiser les résultats ?

De telles « expériences » devront le plus souvent évaluer le sujet dans sa subjectivité ; peut-on réaliser des mesures subjectives de la même façon que l'on réalise des mesures objectives, et ces mesures ont-elles la même valeur ?

Ces « expériences » porteront sur des sujets singuliers dans leur trajectoire de vie et dans leur fonctionnement mental ; comment envisager alors des expériences reproductibles ? Enfin, à propos de la notion de réfutabilité, elle fait écho, en recherche clinique, à celle d'inférence statistique au travers notamment des tests statistiques d'hypothèses. Mais peut-on avoir recours à la statistique dans le cadre de l'évaluation de psychothérapies comme on le fait dans le cadre de l'évaluation des médicaments ?

Dans un article paru à la revue *Encephale* en 2016, N. Correard et al insistent sur le fait que « l'évaluation de l'efficacité des différentes formes de psychothérapie est un enjeu essentiel de la recherche scientifique et de la pratique clinique. Il s'agit d'abord d'une question éthique. Une personne en souffrance est en droit d'être informée sur les types d'interventions les plus pertinentes pour elle, à savoir qui répondent aux problèmes et troubles dont elle souffre, à des coûts accessibles et dans un délai optimal, tout en ayant la garantie qu'elles sont sans danger pour son intégrité physique, mentale et sociale » (Hendrick.S cité par Correard. N et al, 2016). Dans ce même enchaînement d'idées, on peut ajouter qu'en situation psychothérapique ; dans cette rencontre directe entre deux subjectivités ; celle du patient et l'autre du psychothérapeute, en tête à tête : « la souffrance psychique ne peut se mesurer », parce que tout simplement, « la souffrance psychique ne peut se résumer à un nombre ».

Pour pouvoir répondre à ces attentes, l'évaluation empirique des psychothérapies doit relever différents challenges méthodologiques.

Avant tout, quelle que soit la méthodologie envisagée, l'évaluation des psychothérapies se manifeste comme un processus réducteur dans la mesure où le nombre important de facteurs qui influencent le cours d'une psychothérapie ne peut être appréhendable. Ensuite, la question de la validité est un des principaux problèmes méthodologiques posés par les recherches empiriques sur les psychothérapies. La validité interne d'une recherche est un indicateur qui permet d'évaluer la fiabilité ou la certitude des conclusions internes tandis que la validité externe permet d'évaluer la fiabilité des conclusions externes (tirées de l'échantillon et que le chercheur souhaite généraliser à l'ensemble de la population à l'étude). Les « études de résultat », qui permettent de mettre en évidence l'impact moyen d'une intervention thérapeutique donnée sur un groupe de patients donné, s'opposent sur le plan de leur validité : à l'inverse des études « d'efficacité réelle », qui étudient la

thérapie dans sa pratique réelle en situation, les études « d'efficacité potentielle », qui étudient la thérapie dans des conditions expérimentales, ont une forte validité interne et une faible validité externe. Ces deux types d'études sont donc à promouvoir, plutôt qu'à opposer puisqu'elles combinent validité interne et validité externe. Ainsi, on peut dire et comme le précisent J.M. et M. Thurin : «La méthodologie d'évaluation de l'efficacité d'une psychothérapie est complexe, parce que ses acteurs (le patient et le thérapeute), ses modalités de mise en œuvre, et les facteurs impliqués dans le changement constituent déjà en eux-mêmes une configuration complexe» (Thurin. J.M. et Thurin. M, 2007, p39)

Cas clinique : TCC d'une dépression majeur

I-Présentation du cas :

Mme B est âgée de 52 ans, sans profession, son mari est un travailleur au niveau d'un chantier et ex-agent de la garde communale. Marié depuis l'âge de 20 ans, mère de quatre enfants dont trois garçons et une fille.

Elle est la 7^{ème} d'une fratrie de 09, dont 8 sœurs. Elle vit avec la petite famille, après avoir vécu trois ans avec sa belle-famille, une période décrite par notre patient comme « années de feux et d'enfer avec sa mère, ses sœurs et lui-même. »

La patiente a été adressée par un de mes patients qui a déjà bénéficié d'une psychothérapie de soutien et qui est un voisin et une vieille connaissance de son mari (Le mari de notre patiente).

Le premier épisode dépressif remonte à trois années. Madame B a été traitée par un traitement antidépresseur à base de l'Anafranil 75 mg et du Tranxène 10 mg chez un psychiatre qui exerce en cabinet privé, les médicaments sont stoppés à cause des effets secondaires négatifs.

A peine trois années plus tard, alors qu'elle ne recevait aucun traitement, Mme B subit une récurrence dépressive épisode pour laquelle elle consulte aujourd'hui.

Les premiers symptômes de cette récurrence sont apparus, semble-il, il y a six mois sous forme de céphalées, de troubles du sommeil et de douleurs abdominales.

1-biographie :

Notre patiente est issue d'un petit village situé aux environs de son domicile actuel. Un petit village où tous leurs voisins étaient ses oncles paternels et des cousins de son père, elle le décrit comme étant : « Un petit village où tout le monde connaît tout le monde, où tout le monde porte le même nom de famille, c'était comme une grande famille, plutôt une famille élargie... »

Son père est décrit par elle comme : « Un père idéal pour moi, il nous a éduqué selon les indications de notre religion, malgré l'attitude de mes oncles, leurs oppositions contre la scolarisation des filles, il nous a toujours défendu...malgré que notre famille était une famille de femmes ou de filles parce que mon petit frère n'était pas encore venu au monde... »

Sa mère est décrite comme passive, froide et négligente : « Tous ce que je reconnais que c'est une femme qui s'appelle ma mère, si non, je n'ai rien contre elle, quand j'avais vraiment besoin d'elle je ne l'ai jamais retrouvé...malgré tout ça, je n'ai aucune rancune contre elle...je l'ai accueilli dans ma maison et elle vit la plupart du temps chez moi, malgré aussi tous les reproches de mon mari... »

Quant à son enfance, elle le décrit comme « Normal, comme toutes les petites filles villageoises, un père idéal, une mère qui ne me voyais presque pas...ma vie était partagée entre mes études primaires, mes sœurs et mes cousines ». Selon ses dires, elle était une enfant vive, intelligente et très calme.

Elle a arrêté ses études quand elle a eu sa sixième (examen de passation aux études moyennes) suite à la décision de sa mère et ceci sous prétexte qu'elle a grandi et devenue femme, événement vécu par notre patiente comme une catastrophe « je voyais tous mes rêves écoulés devant moi, vous ne pouvez jamais imaginer la souffrance et le sentiment d'échec que j'ai senti, pour moi c'est là où j'ai commencé à détester, à haïr ma vie, ma famille et tout mon existence... »

Mme B est mariée depuis l'âge de 20 ans, avec un mari qu'elle ne connaît pas : « Je ne l'ai jamais vu, c'était un mariage traditionnelle, sa mère et sa sœur m'ont vu lors d'une fête de mariage... quelques semaines après elles sont venues chez nous pour demander ma main auprès de mon père, lui qui était très malade, il a voulu mourir tout en étant rassuré sur mon avenir... » Elle le décrit (son mari) comme immature, coléreux et vulgaire.

Quant à son caractère, Mme B se décrit comme une personne affectueuse, rationnelle et calme d'apparence mais anxieuse : « Je suis très sérieuse, tout le monde me voyait comme étant une femme calme, douce et stricte en matière de religion » Cependant, au fond d'elle il existe une partie très sombre « Mais au fond de moi-même je suis une femme détruite complètement ruinée. Cette vie et ce monde me paraissent sans issues, l'avenir me paraît comme un grand noir, si seulement je n'avais pas d'enfants je n'hésiterais jamais à espérer la mort rien que ma fin.» selon ses dires, cette attitude est liée aux événements pénibles et difficiles qui se sont accumulés pendant toute sa vie.

2-Antécédents et histoire du trouble :

a-Antécédents :

-Familiaux et médicaux :-Mère hypertendue et diabétique (depuis 2005).

-Psychiatriques :

-La tante paternelle de son mari aurait été suivie et hospitalisée pour des troubles psychotiques (hospitalisée à deux reprises au niveau de l'EHS en psychiatrie de Oued Athmenia).

- Personnels et médicaux

-une intervention chirurgicale en 2007 suite à une appendicite.

b-Histoire de la maladie :

De nombreux événements ont marqués la vie de Mme B, ainsi, on peut tracer toute l'histoire de sa maladie de la manière suivante :

Tout d'abord, à l'âge de six ans notre patiente est victime d'une tentative de viol et d'attouchements sexuels par un cousin paternel âgé de 16 ans à l'époque.

L'événement qui nous semble le plus marquant chez notre patiente remonte à l'âge de 20 ans et consiste en le décès du père : « Il n'était pas malade, tout au long de la journée il cultivait sa terre, il n'avait rien que ses bêtes, sa terre, nous sa famille et moi sa petite fille.... Il a dormi la nuit et c'était un sommeil sans réveil, un départ brutal, il est parti sans rien me dire, le lendemain j'ai vu mes oncles, ses cousins qui sont venus aux funérailles...C'était ma grande perte, la perte de la seule personne au monde qui m'a vraiment aimé et j'ai perdu en le perdant tout le goût de la vie...parce que sans lui la vie n'a plus de goût ni de sens...»

De ce fait, Mme B, s'est mise en retrait et ne pouvait plus sortir, ni rien faire : « la mort de mon père était pour moi ma propre mort, j'ai perdu toutes les raisons de vivre et de continuer à s'accrocher à la vie, je suis resté deux mois à la maison sans parler à quelqu'un, sans dire un seul mot...ma mère et mes sœurs l'ont oublié, par contre moi, je n'ai pas pu le faire....»

Un deuxième événement amplifia son problème, un an après, son mari et sa famille précipitent leur mariage, ainsi, son oncle aîné accepta et fixa la date du mariage, événement décrit par notre patiente comme traumatique et vient ouvrir encore une fois sa plaie et ses blessures « Ni lui, ni sa famille ont voulu me respecter...ou chercher à me comprendre ou plutôt au moins essayer de me comprendre...c'est comme si les feux de mon cœur ne se sont pas encore éteints et lui il me demanda d'oublier afin de lui donner du bonheur, moi qui n'a jamais pu goûter la moindre goutte de ce bonheur...»

C'est la période la plus difficile; pour Mme B, sa souffrance ne faisait que s'amplifier : « lorsque le jour de mon mariage se rapprochait, je sentais comme si mon âme quittait mon corps...la nuit de noce, il a voulu se rapprocher de moi, ma réaction n'a été en vérité que du rejet et un total refus, il m'a violé sans la moindre honte, c'était mon mari, mais c'était aussi lui-même le violeur sans culpabilité, ni respect, ni virilité...depuis cette nuit-là, je l'ai toujours considéré et traité comme immature, faible de personnalité et irresponsable...parfois, je le détestait rien que pour cela..» Mme B évoque cet événement avec beaucoup d'émotions, surtout lorsqu'elle aborde sa relation avec son mari : « Toute ma vie j'ai essayé d'acheter son amour, son affection et ceux de ma mère, mais je n'y suis jamais arrivée...»

Le début des^{1^{ers}} Signes du trouble de Mme B semble remonter à l'âge de 20 ans, dépression et anxiété liées aux décès du père et son mariage (quelques mois après) ;

-A l'âge de 32 ans, dépression majeure traitée avec un traitement antidépresseur (chez un médecin psychiatre qui exerce en cabinet privé à Constantine) ; les médicaments sont stoppés à cause des effets secondaires négatifs. Selon ses dires, après douze ans écoulés de mariage, elle découvre une histoire qu'elle qualifie (de trahison) dont les acteurs n'étaient que son mari et la femme de son frère : « Après douze ans de larmes et de souffrance avec sa famille et tous ses problèmes, il vient m'annoncer que sa belle-sœur (la femme de son petit frère) lui a proposé de passer la nuit avec elle sous

prétexte que son frère manque de force et de virilité...et qui me prouve qu'il n'a pas passé des nuits et des nuits avec elle ? Je le connais très bien, c'est un sal traître» Depuis lors, elle lui en veut, « plus pour sa bêtise que pour son infidélité », Elle devient selon ses dires aigrie et pleure chaque jour et chaque moment sans cesse. Elle se dispute régulièrement avec son mari ;

-A l'âge de 48 ans, dépression majeure traitée à l'Anafranil 75mg pendant cinq mois ;

-A l'âge de 52 ans, récurrence de dépression majeure marqués par : humeur triste ; tension physique et psychique ; troubles du sommeil ; troubles de l'appétit, sentiments de culpabilité, perte de la libido, difficultés de concentration, troubles amnésiques et des idées suicidaires.

Depuis trois mois, son état ne faisait que se dégrader, elle se doute d'elle-même et de ses propres capacités à assumer une telle situation.

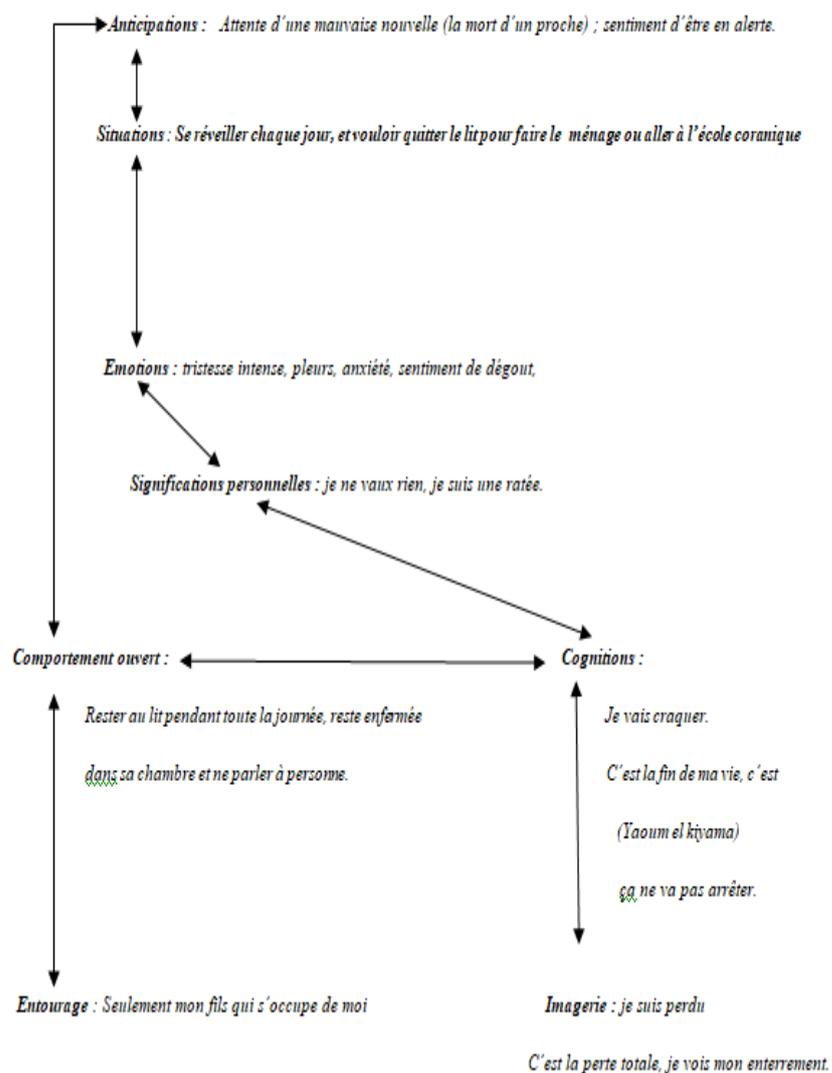
En définitive, notre patiente se rend compte que cette vie n'est pas la sienne. Elle aimerait changer une autre fois sa vie, mais « A quoi bon, c'est trop tard, j'ai perdu tout le gout de vivre et de s'accrocher à la vie...Il y a des moments, j'ai souhaitais la mort, oui la mort pour que je puisse enfin trouver la paix, peut-être que la mort calmera et apaisera mes douleurs.»

3-Analyse comportementale (Grille SECCA) :

Figure 1. Analyse fonctionnelle d'une dépression majeure selon la grille SECCA (Cottraux, 2011).

a-Synchronie :

Problème cible dépression



b-Diachronie :

Donnée structurales possibles :

Génétiques :

-Mère hypertendue et diabétique (depuis 2005).

-Une tante paternelle suivie et hospitalisée pour des troubles psychotiques (hospitalisée à deux reprises au niveau de l'EHS en psychiatrie de Oued Athmenia).

Personnalité ; anxieuse.

-Facteurs historiques de maintien possibles :

-Une mère non affective, négligente parfois ; ambivalente.

-Attouchements sexuels et tentative de viol par un de ses cousins paternels (à l'âge de six ans).

-Un père très affectueux.

-Interruption de ses études suite à la décision de sa mère (à l'âge de 12 ans)

-Absence du soutien de son entourage (sa famille d'origine).

-Peu de soutien moral et affectif de son mari qui est (selon ses dires) très actif, toujours lancé dans ses propres projets.

-Facteurs déclenchants initiaux invoqués :

-Décès du père.

-Problèmes et conflits conjugales avec son mari.

-Relation extraconjugale entre son mari et sa belle-sœur.

-ses problèmes relationnels avec son fils dernier-né (un adolescent de 15 ans).

-Traitements antérieurs :

-Une intervention chirurgicale en 2007 suite à une appendicite.

Un traitement antidépresseur : Anafranil 75mg et Tranxène 10mg.

II-Diagnostic DSM IV :

Selon le DSM IV, on peut évoquer le diagnostic suivant :

AXE I : troubles dépressif majeur, épisode isolé, de sévérité sévère.

AXE II : pas de trouble de la personnalité.

AXE III : pas d'affection médicale générale.

AXE VI : Problèmes psychosociaux et environnementaux : difficultés et problèmes relationnelles avec son fils dernier-né, conflits avec son mari et son frère.

Axe V : EGF : L'évaluation est estimée à 50.

Notre patiente présente de nombreux symptômes caractéristiques d'une dépression majeure et ceci selon les critères diagnostiques du DSM IV Révisé. Ainsi, on retrouve chez Mme B :

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la patiente elle-même.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

(3) Insomnie presque tous les jours.

(4) Un ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

(5) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(6) Pensées de mort récurrentes.

Au vu des effets secondaires des antidépresseurs dans les épisodes dépressifs précédents, la thérapie cognitive est recommandée et indiquée pour notre patiente.

III-Méthodes d'évaluation :

Notre évaluation repose sur deux questionnaires que nous allons proposer au patient :

1-Inventaire de dépression de Beck (21 items : Beck 1979 ; traduit par Bourque et Beaudette, 1982) : l'objectif de l'utilisation de cet inventaire est l'évaluation de l'intensité de la dépression et de prévenir d'éventuelles idées suicidaires.

2-Echelle de dépression d'Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) (17 items Hamilton M, 1967). Cette échelle évalue les changements d'intensité de la dépression. Hamilton Depression Rating Scale) (17 items Hamilton M, 1967). Cette échelle évalue les changements d'intensité de la dépression.

On tient à préciser que l'utilisation de ces outils d'évaluation nous permet d'apprécier l'amélioration de la psychothérapie et de son efficacité.

IV. Le protocole thérapeutique :

La psychoéducation

Notre protocole thérapeutique commence par cette première phase de psychoéducation et qui consiste en une explication à la patiente ce que c'est la dépression, un contrat thérapeutique lui est proposé, contrat définit en termes d'objectifs à atteindre et en termes de techniques comportementales et cognitives à mettre en œuvre. L'ensemble de ces différents points lui est proposé, et reçoit son approbation.

Nous proposons à Mme B une prise en charge comprenant une quinzaine de séances et se déroule en trois phases. **La première**, dite **phase d'évaluation**, est axée sur le recueil des données anamnestiques et l'établissement de la ligne de base. Cette phase initiale est suivie de **la thérapie proprement dite** qui utilise la restructuration cognitive comme principale méthode d'intervention.

Enfin, **une troisième phase, dite de suivi**, permet d'observer le maintien des résultats acquis sur plusieurs mois.

1-Les objectifs thérapeutiques :

Grace au travail collaboratif effectué avec la patiente et qui a pour fondement la mise en fonction d'alliance et d'empathie, les objectifs thérapeutiques suivants sont élaborés :

- Mettre terme aux états de tristesse intense.
- Une modification de ses idées négatives en pensées plus réalistes (Mme B a une perception négative d'elle-même, de son environnement et de son avenir).
- Retrouver une vie conjugale et sociale satisfaisante.

Afin de réaliser ses objectifs, on a adopté les techniques thérapeutiques suivantes :

a- Les techniques cognitives :

La restructuration cognitive à travers la modification des pensées automatiques puis des postulats (mise en évidence de ses pensées et

postulats) ; utilisation des moments de fortes émotions ; le discours socratique et la technique de la flèche descendante. A cela s'associe :

b- Les techniques comportementales : dont le but est :

- L'élaboration d'une fiche « maîtrise-plaisir » sur laquelle la patiente inscrit les situations plaisantes et les situations qu'elle a bien gérées ;
- La Prescription des tâches à domicile.

Notre programme psychothérapeutique consiste en une séance par semaine d'une durée de 60 minutes. Puis elle se poursuit au rythme d'une séance par mois pendant la troisième phase de suivi et de contrôle.

Nous avons discuté et en accord avec le patient sur un planning des séances, ainsi, nous avons opté pour les procédures suivantes :

1-A chaque nouvelle séance :

- Bilan de la semaine écoulé avec une revue des tâches à domicile.
- Agenda de séance.
- choix d'un problème-cible établi d'un commun accord et travail cognitif ou comportemental.

2-A chaque fin de séance :

- Nous prescrivons des tâches à domicile quand cela s'avérait être nécessaire.
- Résumé de la séance, puis feed-back réalisés par la patiente.

2- Déroulement de la thérapie :

1^{ère} séance :

Nos entretiens nous ont dévoilés une patiente au bon contact, de présentation correcte, s'exprime presque facilement, articule bien son problème, le décrit en détails et consciente des contraintes surtout sur sa vie familiale et conjugale.

Après cela, la patiente nous restitue l'histoire de ses symptômes, les antécédents associés, les signes et leur mode d'apparition. Une fois l'histoire personnelle retracée, elle exprime sa motivation et sa volonté de sortir de cet état pathologique. Le principe et le déroulement des thérapies cognitivo-comportementales sont exposés à cette occasion. Ainsi, Une explication bien détaillée a été présentée sur la dépression, à la patiente qui semble être pas bien informée sur le sujet.

Puis une autre sur la TCC, la démarche et les outils qui ont été aussi présentés. Le contact s'étant établi sans difficultés, un travail nous semble possible avec elle. Un accord de travailler pendant 15 à 18 séances a été pris.

Ces deux explications ont permis de rassurer la patiente et d'établir une bonne alliance thérapeutique.

Une 2ème étape de l'examen consiste en la passation des échelles, après explication de leur intérêt. Les scores obtenus sont les suivants :

- Score sur l'échelle d'Hamilton (Version de 17 items)=21
- Score sur l'échelle de Beck = 44

À la fin de cette séance notre patiente se dit satisfaite de notre façon de travailler. Elle paraît confiante et motivée. Elle attend beaucoup de cette thérapie et adhère immédiatement au projet.

À la fin de cette première séance, un feed-back sur le vécu du patient a été réalisé, un RDV est prévu dans 1 semaine.

Tâches assignées

Les tâches sont les suivantes :

- Enregistrer ses activités quotidiennes heure par heure sur le plan des activités pour recueillir des données à discuter à la prochaine séance ;
- Comptabiliser le nombre de pleurs et évaluer leur intensité.

2ème séance

- Effectuer un bilan de la semaine écoulée (revue des tâches assignées).

Notre patiente nous rapporte qu'elle avait passé beaucoup de son temps en tristesse et en solitude. Selon ses dires, son manque d'activités avait aggravé ses sentiments de culpabilité et de désespoir. Ainsi, on a programmé avec elle les jours à venir des séances spécialement afin de prendre en charge ce problème, en prenant soin d'inclure des activités agréables, aussi bien que les activités domestiques nécessaires.

Cependant, elle précise et explique qu'elle « a senti un grand soulagement par la première séance et que c'est à partir de cet entretien qu'elle a commencé à voir la lumière de dieu (Daou Rabbi soubhanou) ».

Lors de cette séance, une analyse fonctionnelle est effectuée selon le schéma présenté précédemment, ensuite, une explication détaillée de la

dépression et le degré d'handicap provoqué par ce trouble. Ceci a permis à la patiente de comprendre le déroulement de ce phénomène.

Deux pensées automatiques sont identifiées et examinées pendant cette séance :

-Un manque de plaisir : une discussion s'ensuit sur son manque de plaisir à partir de la pensée automatique : -«**Je n'ai aucune capacité de prendre plaisir à quoi que ce soit**» ;

Conclusion : l'étiquette que la patiente adopte l'empêche d'obtenir la satisfaction qu'elle désire. Pendant la semaine à venir, elle essaiera de se garder de toute prédiction avant de s'engager dans une activité.

- «**Je suis une très mauvaise mère**» : l'évidence pour et contre.

Taches assignées

- enregistrement des activités cotées pour maîtrise et plaisir ;
- discuter avec son fils (21 ans, universitaire ayant de bons liens avec elle) en révélant ses pensées négatives au sujet de ses relations avec lui et vérifier ce qu'elle pense elle-même.

3ème séance

Revue des tâches assignées

Amélioration du niveau d'activité et scores moyens pour la maîtrise, mais une moyenne de 1 pour le plaisir. La patiente rapporte que son fils « avait réagi très positivement et les évaluations de son père étaient diamétralement opposées aux siennes. »

La patiente nous rapporte aussi qu'elle a accompagné sa voisine pour rendre visite à son institutrice (au niveau de l'école coranique de la mosquée) « C'était ma première sortie après un enfermement de trois mois à la maison...Ma fille et mes deux garçons étaient très heureux de me voir sortir pour la première fois après tous ce temps-là... »

Mme B a énormément besoin de parler et de comprendre ce qu'il lui arrive durant la période précédente (depuis le début de sa maladie jusqu'à ce jour). Elle est encouragée par la réalisation de synthèses pendant la séance et lors ses moments de fortes émotions, ainsi par la mise en œuvre de multiples reformulations.

Une ré-explication de la dépression a été présentée ce qui va interpeller Mme B qui reconnaît là son mode de fonctionnement. Cet échange nous a permis d'établir une bonne alliance thérapeutique.

Feed-back : Au terme de ces trois premières séances, la patiente souligne apprécier cette manière structurée de travailler. « Ça me rappelle ma scolarité et mes devoirs scolaires, c'est très agréable le travail qu'on fait ici et les devoirs aussi à la maison... »

Tâches assignées:

- Continuer l'enregistrement des activités et coter pour maîtrise et plaisir.
- comptabiliser le nombre de ses pleurs et évaluer en même temps leur intensité.

4ème séance

Un bilan de la semaine

-A la quatrième séance la patiente nous rapporte un événement qu'elle qualifie de « très angoissant et très stressant » « Mon fils cadet, universitaire et qui a 22ans, a décidé de quitter l'université pour s'engager en militaire, c'était le plus proche, le plus affectueux et le plus compréhensif de tous mes enfants. Il a réussi à me faire oublier tous les défauts de son père, c'était plus qu'un fils... » (Elle pleure)

Le travail au cours de cette séance s'est focalisé sur l'identification des principales idées automatiques (Je suis malade et je le resterais toujours, peut-être même à l'éternité ...jusqu'à Yaoum El Kiama(Le jour de la fin du monde) –Je ne mérite pas cette vie et je ne mérite pas de vivre heureuse...je suis une bourrée de maladie et de folie- Je suis une ratée ; rien qu'une véritable ratée).

Ainsi, un travail de mise en évidence de ces idées a été effectué à l'aide de la fiche de 3 colonnes de Beck. Notre patiente précise que le travail sur ses pensées l'a permis de se sentir moins angoissée et moins triste car c'est maintenant qu'elle commence à prendre du recul par rapport à ses idées noires « C'est maintenant que je commence à comprendre que le problème est moi-même, en moi-même, c'est dans ma propre tête que tout se passe... »

Mme B a appréciée énormément cette technique qu'elle qualifie de (simple et efficace) et elle précise que cette méthode lui apprend à se remettre en question et replacer tous ce qui se passe dans son propre contexte ou

comme elle souligne : « Dans sa propre boîte, rien que dans ses vraies limites... »

Feed back : positif, elle affirme que c'était une séance «Très agréable ».

Tâches assignées: Noter les pensées automatiques qui changent les activités potentiellement agréables en activités désagréables.

5^{ème}-12^{ème} séances

Mme B se présente en psychothérapie avec du stress relié à ses maux physiques (tensions musculaires) qui ont occupé toute la place durant ces derniers jours. Elle se sent fatiguée à cause de son dos et elle se sent toujours triste. Une des premières choses qu'elle nous dit en arrivant, c'est qu'elle a complété ses tâches de la séance précédente mais qu'elle a oublié ses feuilles à la maison. Elle semble affligée physiquement et émotionnellement comme en témoigne son non verbal affaissé, Mme B nous confirme cela en disant : « Je suis vraiment très très fatiguée, je ne vois que ma vie qui s'écoule devant moi, devant mes yeux, des fois je me dis que je dois partir nulle part, affronter ce mur en noir, car derrière cet obstacle, se cache toute mes échecs et mes défaites... »

Travail sur la restructuration cognitive : pour ce faire, nous avons demandé à Mme B de remplir la fiche de trois colonnes de Beck afin **d'identifier ses pensées automatiques et les mettre en évidences**, on tient à préciser que ces idées portent essentiellement sur la culpabilité et l'auto-dévalorisation.

Les principales pensées automatiques identifiées pendant ces séances ou en tâches assignées étaient : – «Je ne mérite pas cette vie, ses enfants et la moindre petite seconde de joie et de bonheur» ;

– «Si je suis très malade, c'est la faute de personne, c'est ma faute» ;

– «Je suis incompétente et incapable de faire la moindre petite chose, je suis une handicapée» ;

– «Si mon mari ou mes enfants m'entendent m'exprimer mes sentiments négatifs envers eux et tout le monde, ils diront que je suis complètement folle, une véritable malade mentale».

Selon Mme B, le travail effectué sur les pensées automatique était très bénéfique, il lui a permis de se sentir moins angoissée, moins anxieuse et lui a donné la capacité de mettre des mots sur les maux «C'est maintenant que je commence à apprendre à dire ce que j'ai pas pu avouer à mon mari pendant

toutes ces longues années , surtout lui, je commence aussi à apprendre à dire à mes enfants ce qu'ils doivent entendre....avant cela, j'étais comme une muette, un statut que mon mari a acheté et mis au salon... » Ainsi, on peut dire qu'il s'agit d'une étape majeure de la thérapie. Elle a pour objet d'établir un travail psychologique sur les cognitions dans le but d'entraîner un soulagement émotionnel.

Tableau1. Un extrait des fiches de trois colonnes de Beck

Situations	Emotions	Pensées automatiques
Je me réveille, ma maison et toute ma famille ont besoin de moi ; il faut que je prenne soin d'eux.	Anxiété 7/8	Je suis incapable de me réveiller, je suis une handicapée. (Croyance : 7/8)
Essayer d'entamer une discussion avec son mari.	Tristesse et angoisse 6/8	La vie avec lui (son mari) est impossible, un véritable enfer. (Croyance : 8/8)
Elle est seule à la maison.	Anxiété et tristesse 7/8	Je suis toujours seule et je mourais seule à la maison. (Croyance : 7/8)

On tient à préciser que tout ce travail effectué sur les pensées automatiques avec notre patiente lui a permis surtout de bien assimiler les liens et les différences entre émotions et cognitions «C'est maintenant que je commence à me voir autrement, à faire la différence entre mes idées, mes pensées et mes émotions, cette tristesse qui m'envahit et ses idées complètement sombre, totalement noires qui les précédent...A chaque séance je me découvre, c'est comme un voyage que je me permets d'entamer à chacune de nos rencontre..»

Travail de modification des pensées automatiques

Cette étape a été précédé par un premier travail sur l'identification et la mise en évidence des idées automatiques, ainsi, et à partir de la huitième séance, on a commencé (nous thérapeute cognitivo-comportementaliste en cours de formation et notre patiente Mme B) à essayer de modifier ses idées automatiques en idées plus réalistes, pour ce faire, notre patiente est invitée à remplacer ses idées et pensées négatives par ce qu'on appelle des **pensées alternatives**. On a commencé par cette étape par la modification de ses pensées qui concernent sa maladie et sa famille (tableau2).Ce travail, initialisé en séance, est ensuite fréquemment utilisé par la patiente en tant que tache assigné à la maison.

Tableau 2. Extrait des fiches de modification des pensées automatiques en pensées alternatives

Situations-Emotions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
Je me réveille, je suis toujours malade, rien n'a changé. Anxiété (7/8)	Si je suis malade c'est la faute de personne, c'est ma faute.	Tout le travail réalisé avec mon thérapeute ne sera jamais perdu. J'ai des troubles psychologiques, ma psychothérapie est capable de les traiter.
-Quand mon mari et mes enfants me voient toujours allongée au lit. -Ils (le mari et les enfants) voient que je ne m'occupe plus du ménage et de la bouffe de ma famille.	-Ils disent que je suis une handicapée, une mère et une femme incomplète. -Ils pensent que je suis complètement folle, une véritable malade mentale.	- Nul n'est complet et nul n'est à l'abri de la maladie. -Etre malade comme je le suis n'est pas la fin du monde -Allah le grand dieu et c'est seulement lui qui est totalement complet. -Je Fais toujours ce que je peux, je suis fatigué mais j'arrive comme aime à faire pas mal de choses à la maison pour lui et mes enfants.

Scores sur l'échelle de Hamilton = 10 ; sur l'échelle de Beck = 14

Fin de la 12^{ème} séance

À ce stade du traitement, Mme B se sentait bien mieux : elle avait institué de nouvelles procédures dans son travail et ses activités et tâches ménagères qui étaient très réussies et avaient été appréciées de tous (ses enfants et même son mari). Depuis qu'elle avait commencé à organiser sa semaine plus systématiquement, sa créativité était beaucoup plus satisfaisante qu'avant. Elle avait joint un groupe d'étude des sciences coraniques à la mosquée (afin

d'apprendre le Coran et El Hadit). Ses relations avec sa famille s'étaient aussi améliorées.

16^{ème} -17^{ème} séances

Fin de thérapie : score sur l'échelle d'Hamilton = 7 ; score sur l'échelle de Beck = 10

Revue des points principaux qui sont apparus pendant le traitement. Continuer à corriger les évaluations négatives.

Discussion

Au terme de notre travail, nous avons pu constater que la prise en charge par la thérapie cognitive et comportementale que nous avons proposé à Mme B s'est avérée efficace.

Nous avons pu ainsi observer (sur le plan clinique et au vu des résultats des différents questionnaires d'évaluation) :

- Une diminution significative des états de tristesse intense.

- Une modification de ses idées négatives en pensées plus réalistes (Mme B avait une perception négative d'elle-même, de son environnement et de son avenir), et ceci par un travail sur la restructuration cognitive dont l'objectif était d'identifier ses pensées automatiques et de les mettre en évidences.

- Une diminution significative des idées automatiques par des pensées alternatives (idées plus réalistes), ainsi qu'une atténuation du fond d'anxiété.

Les troubles dépressifs sont des troubles intériorisés présentant divers symptômes physiologiques et cognitifs connexes. La reconnaissance des diverses émotions, l'identification des biais cognitifs, la restructuration cognitive, la résolution de problème, l'auto-évaluation ont pu s'avérer des outils intéressants pour notre patiente afin de diminuer la présence des symptômes dépressifs.

Il est aussi possible de croire que notre programme d'intervention a pu contribuer à diminuer le sentiment d'isolement de Mme B en plus de lui redonner espoir qu'il est possible d'avoir un certain contrôle sur sa maladie, sur ses symptômes et sur sa vie. Ce qui a pu aussi avoir un impact sur la diminution de ses symptômes de dépression.

Notre patiente nous rapporte également une meilleure qualité de vie tant sur le plan personnel et familial. A noter également une amélioration de

l'humeur, qui semble avoir évolué parallèlement à l'amélioration de ses troubles dépressifs.

Il est intéressant de souligner également que l'amélioration des troubles objectivés au cours de la thérapie, semble avoir réellement débuté surtout à partir du moment où nous avons donné des explications à Mme B sur sa maladie et les différentes techniques de restructuration cognitives telles que les fiches de 3 et de 5 colonnes de Beck.

Par ailleurs, nous sommes conscients que la psychoéducation instaurée en tout début de prise en charge a joué très certainement un rôle important dans l'amélioration clinique de Mme B. (notamment concernant la thymie, ainsi que la fréquence de ses pleurs). Toutefois, la prise en charge par TTC a prouvé par ailleurs, son efficacité notamment au niveau de la compréhension du mécanisme physiologique de la dépression, ainsi qu'au niveau cognitif.

Il faut enfin mettre en avant l'importance de la participation active de notre patiente qui a pleinement adhéré à la prise en charge proposée, ce qui a contribué sans aucun doute aux résultats obtenus.

Lors de la dernière séance, Madame B nous a fait part de sa satisfaction d'avoir entrepris cette thérapie. Maintenant, elle connaît bien sa maladie et pourra d'elle-même y apporter certains ajustements si nécessaire. Madame B est en quelque sorte devenue son propre thérapeute car nous lui avons transmis un outil thérapeutique et un savoir-faire qu'elle pourra utiliser à l'avenir. Dans l'approche cognitivo-comportementale, le patient est acteur de sa propre thérapie (il est l'expert de soi-même), il est engagé dans une démarche objective et fonctionnelle, il quantifie son évolution et joue un rôle pleinement actif.

Conclusion

Cette vignette clinique, semble être un exemple, particulièrement, lorsque plusieurs éléments entre en jeu : traumatismes, deuils, et conflits.

En conclusion, on peut dire après cette réflexion théorico-clinique sur les TCC et la dépression, la problématique de l'évaluation d'une psychothérapie semble être toujours un problème très complexe, qui ne possède, dans le champ des psychothérapies, aucune solution définitive. Cependant, l'étude de cas cliniques, de trajectoires de patients en cours de thérapie comme le cas du présent travail, est parfois source de renseignements, de savoir et de savoir-faire très intéressants.

La thérapie cognitive et comportementale a apporté chez cette patiente une amélioration complète au terme du traitement. À la 15^{ème} séance la patiente restait stabilisée et on notait une amélioration nette de ses symptômes de dépression sans pour autant voir disparaître tous ses symptômes, elle évoquait un meilleur contrôle et un mieux-être au quotidien comparativement à l'année précédente.

Au terme de notre travail, on peut penser que cette expérience était bénéfique pour nous-mêmes, parce qu'elle nous a permis de mettre en cause plusieurs éléments entre autres notre manière de travailler et d'analyser.

Cependant, il est très important de souligner que l'efficacité des TCC s'est révélée soumise à l'importance de la motivation du patient, à l'autonomie et à la souplesse du praticien, à l'accordage entre le patient et le thérapeute, à l'ajustement de la pratique aux conditions de la cure, aux conditions des processus de changement dans le cadre d'une relation interpersonnelle construite.

Bibliographie

Ouvrages

- 1-American psychiatrique association : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR, Paris, Masson, 2003.
- 2-Freud. S. (1969) : Introduction à la psychanalyse, Payot, Paris.
- 3-Ginger .A et Ginger.S (2008) : Guide pratique du psychothérapeute humaniste, Dunod, Paris.
- 4-INSERM (Expertise collective) (2004) : La psychothérapie : trois approches évaluées.
- 5-Thurin .J.M. et Thurin. M. (2007) : Evaluer les psychothérapies : Méthodes et pratiques, Dunod, Paris.

Articles

- 1-Correard.N. et al. (2016) : Peut-on évaluer l'efficacité des psychothérapies à l'aide d'un essai clinique ?, L'Encéphale, vol 42.
- 2- B. Falisard. (2010), Comment penser l'évaluation des psychothérapies dans le contexte général de l'évaluation des thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques, Elsevier Masson, vol 168.
- 3-Hendrick.S. (2009), Problématique et méthodologies de l'évaluation des psychothérapies, Thérapie Familiale, vol30.
- 4- Thurin J.M. (2009), Évaluation des effets des psychothérapies. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Psychiatrie, vol 37.