

Jérôme Palazzolo

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives

3^e édition

- Déroulement des séances
- Prise en charge et suivi des patients
- Cas cliniques
- Témoignages de patients



Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives

Chez le même éditeur

Dans la même collection

- Sexualité, couple et TCC*, par F.-X. Poudat, 2011. Volume 1. *Les difficultés sexuelles*, 248 pages. Volume 2. *Les difficultés conjugales*, 224 pages.
- La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT*, par J.-L. Monestès et M. Villatte. 2011, 224 pages.
- Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute*, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.
- Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. 2010, 232 pages.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 5^e édition, par M. Bouvard et J. Cottraux. 2010, 368 pages.
- Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience*, par C. Berghmans. 2010, 208 pages.
- Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, par S. Tordjman et V. Garcin. 2010, 192 pages.
- Anorexie et boulimie : approche dialectique*, par J. Carraz. 2009, 252 pages.
- Les psychothérapies : approche plurielle*, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.
- L'approche thérapeutique de la famille*, par G. Salem, 2009, 304 pages.
- Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, 3^e édition, par M. Bouvard, 2009, 352 pages
- La relaxation - Nouvelles approches, nouvelles pratiques*, par D. Servant, 2009, 188 pages.
- TCC chez l'enfant et l'adolescent*, par L. Vera, 2009, 352 pages.
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*, 2^e édition, par J. C. Perry, J.-D. Guelfi, J.-N. Despland, B. Hanin, 2009, 184 pages.
- Thérapies brèves : situations cliniques*, par Y. Doutreligne et O. Cottencin, 2009, 224 pages
- Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, 2^e édition, par Y. Doutreligne et O. Cottencin, 2008, 224 pages
- Applications en thérapie familiale systémique*, par K. Albernhe et T. Albernhe. 2008, 288 pages
- Gestion du stress et de l'anxiété*, 2^e édition, par D. Servant 2007, 256 pages.
- Soigner par l'hypnose*, 4^e édition, par G. Salem et É. Bonvin. 2007, 344 pages

Dans la même collection – Série Santé psy et travail

- Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir, intervenir*, par B. Lefebvre et M. Poirot. 2011, 144 pages.
- Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail*, par R. Guinchard. 2011, 216 pages.
- Bases psychologiques du coaching professionnel*, par P. Barreau. 2011, 128 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives

Jérôme Palazzolo

Avec la collaboration de :

V. Bourdenet, M. Fouchet, D. Poquin

Préface du Docteur Christophe André

3^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, 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 la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71516-7

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

LISTE DES AUTEURS

André C., psychiatre, unité de thérapie comportementale et cognitive, service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Bourdenet V., psychologue, cabinet Oxalis, Meylan.

Fouchet M., psychiatre, médecin-chef de pôle, centre hospitalier Sainte-Marie, Nice.

Palazzolo J., psychiatre, Nice ; professeur de socio-anthropologie de la santé, Université internationale Senghor, Alexandrie, Égypte.

Poquin D., médecin psychothérapeute, Crolles.

PRÉFACE

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent aujourd'hui le courant psychothérapique le plus largement validé par les méthodes de l'*Evidence Based Medicine*, autrement dit par les approches scientifiques. Les TCC reposent sur un ensemble de techniques (exposition, restructuration cognitive, entraînement aux compétences sociales) qui évoluent régulièrement au fil du temps, en fonction des études qui en évaluent les modalités et l'efficacité.

Ainsi, ces dernières années ont vu le recul de l'utilisation de la désensibilisation systématique (méthode pourtant historique) au profit de l'exposition, dans les différents troubles phobiques. L'intérêt de l'exposition intéroceptive (aux sensations redoutées) dans le trouble panique a également été démontré il y a peu. Dans le trouble anxieux généralisé, c'est tout un ensemble de techniques cognitives nouvelles, centrées sur l'intolérance à l'incertitude, qui est en train d'être organisé en démarche structurée.

Les TCC représentent donc aujourd'hui un champ extrêmement fécond et mouvant, à la recherche d'une efficacité thérapeutique croissante à offrir aux patients.

Mais toute psychothérapie, si elle doit s'adosser sur un ensemble de connaissances et de démonstrations scientifiques, est aussi un art : c'est-à-dire qu'elle nécessite un savoir-faire pratique, des efforts, de l'humilité, et de bons modèles pour un bon apprentissage. C'est une chose que d'avoir compris ce qu'est un exercice d'exposition ou d'affirmation de soi, c'en est une autre que de savoir le conduire en pratique, et surtout, de prendre en charge un patient depuis l'évaluation et l'analyse fonctionnelle jusqu'au suivi post-thérapie.

L'ouvrage de Jérôme Palazzolo et de ses confrères commence là où bien des articles scientifiques finissent. À la question : « Comment vais-je m'y prendre avec ce patient précis ? ».

Les auteurs font entrer le lecteur dans les détails de plusieurs thérapies, s'adressant à de grandes pathologies, qui représentent traditionnellement de bonnes indications des TCC : trouble panique, anxiété généralisée, phobie sociale, dépression, troubles des conduites alimentaires, difficultés sexuelles, stress post-traumatique.

Les suivre pas à pas est utile au praticien expérimenté, qui peut confronter ses pratiques avec celles de ces confrères, mais ce livre s'adresse surtout aux étudiants et thérapeutes débutants, pour lesquels il représentera un précieux guide *step-by-step*. Pour le bien des patients, nous lui souhaitons de très nombreux lecteurs.

Docteur Christophe André

Unité de thérapie comportementale et cognitive,

Service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

AVANT-PROPOS DE LA 3^e ÉDITION

Les thérapies cognitivo-comportementales consistent en l'application pratique, dans un but thérapeutique, des principes théoriques de l'apprentissage. Ces principes sont établis de manière expérimentale en psychologie scientifique et relèvent de problématiques du conditionnement classique et opérant, de l'apprentissage social etc. Il s'agit alors de modifier un comportement inadéquat dans une optique d'amélioration clinique significative pour le patient. Les agissements inadaptés sont combattus et éliminés, les agissements adaptés sont favorisés et renforcés.

Ce mode d'intervention psychothérapique fait également référence aux modèles cognitifs inhérents au traitement de l'information : processus de pensée conscients et inconscients, qui filtrent et organisent la perception du sujet.

Cependant, le comportement de l'individu et les processus cognitifs qui l'animent ne représentent pas les seules cibles de l'intervention thérapeutique ; tous deux sont en effet en lien intime avec les émotions, reflets psychologiques et affectifs des expériences de plaisir et déplaisir (Cottraux, 2004).

Les techniques utilisées interviennent donc à ces trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. Le milieu environnemental influe sur les réponses de l'individu, mais les relations individu-milieu peuvent être remodelées favorablement par et pour le sujet.

Dans ce cadre, il nous a semblé intéressant d'envisager la rédaction d'un ouvrage pratique destiné aux psychiatres, aux psychologues, aux médecins généralistes, ainsi qu'à un plus large public intéressé par ce sujet d'actualité. De nombreux manuels théoriques ont déjà été publiés, manuels décrivant les techniques utilisées, les indications et les contre-indications en détail, mais il n'existe que très peu d'écrits pragmatiques présentant des cas cliniques concrets de prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale.

Tel est l'objectif de cet ouvrage, qui regroupe dix cas détaillés permettant ainsi au lecteur de suivre l'évolution des patients au fil du temps et d'apprécier l'impact de ce type de psychothérapie sur la symptomatologie. Une présentation claire et référencée permet d'observer, étape par étape, la trajectoire de sujets qui ont pu bénéficier d'une telle démarche thérapeutique. Les vignettes cliniques proposées sont des cas concrets plus complexes que de simples exemples diagnostiques, mais plus proches de la réalité du thérapeute car ils comportent souvent plusieurs troubles associés, d'où l'intérêt de l'approche pragmatique recommandée dans les thérapies cognitivo-comportementales.

Cette troisième édition, actualisée, s'enrichit de témoignages de patients qui ont accepté de parler de leurs troubles, de décrire « de l'intérieur » leur expérience. Le thérapeute qui fait l'effort de tendre l'oreille, d'écouter ce que son patient a à dire, recueille bien souvent des informations anamnestiques essentielles, et ces quelques témoignages en sont la preuve : ces réflexions sont empreintes d'émotions qui illustrent combien la maladie psychique est source de souffrance, et qui nous rappellent les raisons pour lesquelles nous avons fait le choix de devenir « soignant ».

Nous espérons que ce recueil permettra d'illustrer d'une manière aussi pratique que possible différents modes de prise en charge cognitivo-comportementale, et qu'il deviendra un allié précieux pour le lecteur ayant à cœur de s'intéresser à des outils psychothérapeutiques concrets et efficaces.

Jérôme Palazzolo

CHAPITRE 1

Anxiété généralisée avec attaques de panique nocturnes et migraine

Madame F., âgée de 42 ans, vient en consultation pour des angoisses nocturnes quotidiennes qui la réveillent au milieu de la nuit et dont la fréquence s'accroît depuis deux ans. Elle se plaint par ailleurs de crises de migraine, qu'elle relie à son stress quotidien. Elle demande une prise en charge psychologique de ces troubles sur les conseils de son médecin traitant.

Présentation du cas clinique

Antécédents personnels

- Actuellement, Madame F. vit seule avec ses deux filles, âgées de 16 et 11 ans. Son mari est parti en 1991 et le divorce a été prononcé en 1999. Sur le plan professionnel, elle assume un emploi de secrétaire de direction dans lequel elle aimerait évoluer vers des responsabilités de communication ou de marketing.
- D'un point de vue médical et chirurgical, aucune maladie particulière ni intervention ne sont relevées.
- D'un point de vue obstétrical, ses deux grossesses se sont bien déroulées, ainsi que les accouchements. Elle continue à être réglée, avec toutefois de grandes variations dans son cycle. Actuellement, elle présente un retard de règles de deux mois.
- Aucun suivi psychiatrique ou psychologique n'est noté avant cette consultation.

Antécédents familiaux

Madame F. a toujours ses parents, qui ont eu trois filles et un garçon. Son père (76 ans) et sa mère (79 ans) sont agriculteurs en Savoie, où ils dirigent encore leur ferme. Leur fille aînée (49 ans) s'occupe d'eux de

temps en temps. Les deux autres enfants sont décédés : le fils à l'âge de 4 ans d'une leucémie (Madame F. ne l'a jamais connu puisqu'elle est née juste après son décès), et la fille cadette à l'âge de 45 ans (en 1998) d'une rupture d'anévrisme cérébral.

Anamnèse

Attaques de panique nocturnes

Madame F. présente des crises quotidiennes d'angoisse nocturne à type de profonde inquiétude, « jusqu'à avoir de peur de mourir ». Celles-ci s'accompagnent parfois de tristesse. Au niveau somatique, elle décrit des sueurs, une striction abdominale, une sensation d'étau sur le cœur avec accélération du rythme cardiaque et parfois une oppression thoracique. Elle n'arrive pas à préciser s'il s'agit d'une réelle difficulté respiratoire.

Ces crises la réveillent en général vers 3-4 heures du matin. L'angoisse persiste ainsi jusqu'à 6 heures sans qu'elle puisse se rendormir. Des idées noires et des ruminations concernant la mort et le néant l'obsèdent durant tout ce temps. Elle reste dans son lit sans arriver à bouger. Elle se sent comme terrassée. Si elle se lève, elle n'a goût à rien. Le soir, elle se couche vers 21 heures et s'endort une heure après la lecture d'un livre. De plus en plus, elle redoute ses nuits à cause de ce « rendez-vous » (selon ses dires) du milieu de nuit.

Le début des troubles est difficile à cerner. Toutefois, elle évoque pendant son adolescence des sensations d'angoisse face à son père qu'elle décrit comme une personne très autoritaire. À la question : « Avez-vous eu un traumatisme ou une peur importante il y a quelques années, au cours duquel ou de laquelle vous avez ressenti de tels troubles ? », elle évoque immédiatement avec force de détails une situation de son enfance. Elle était en 6^e (elle avait environ 11 ans) et le professeur s'était mis en colère à cause d'un chahut général. Il avait interrogé Madame F. au tableau. Comme elle ne savait pas sa leçon et que le professeur insistait, elle s'est sentie soudain très honteuse et a eu peur de se faire punir. Des bourdonnements d'oreilles et une sensation de brouillard devant les yeux sont alors apparus. Puis, elle s'est évanouie dans l'effolement général. Le souvenir de cet évanouissement est toujours très vivant actuellement.

Depuis deux ans environ, ces crises d'angoisse nocturne se multiplient et s'intensifient. D'une à deux par semaine au début, elles sont actuellement quasi quotidiennes. Elle a consulté son médecin traitant, qui lui a prescrit du bromazépam (un demi-comprimé le soir). Avec ce traitement, ses crises sont moins fortes mais toujours présentes. Elle aimerait ne plus avoir à prendre de médicament, d'autant qu'elle se rend compte qu'une certaine accoutumance au bromazépam est en train de s'installer. Sur les

conseils de son médecin, elle est allée voir un psychiatre avec qui le contact ne s'est pas établi. Elle a donc préféré ne pas poursuivre dès la première séance.

Trouble anxieux généralisé

Dans la journée, aucune de ces sensations nocturnes n'apparaît ou ne persiste. En revanche, elle se sent sans arrêt sollicitée par les différentes tâches de la vie quotidienne du fait qu'elle assume seule sa vie et la garde de ses enfants. Elle est souvent inquiète devant les difficultés scolaires de l'une de ses filles. Elle aimerait bien pouvoir penser à elle-même de temps en temps, mais dès qu'elle s'arrête, tous les soucis quotidiens et les activités ménagères lui reviennent rapidement en tête. Il lui est difficile de se reposer dans ces conditions. Elle est d'autant plus fatiguée la journée que la nuit elle dort mal.

Au niveau professionnel, elle assume son emploi de secrétaire de direction avec zèle et détermination. Elle dit en riant qu'elle est une « secrétaire confirmée ». Pour elle, cela signifie qu'elle doit toujours être au « top » de ce qu'on lui demande. De plus, il existe un bruit continu dans les bureaux du fait de la proximité des unités de production. Ce brouhaha incessant lui donnerait des migraines, migraines sur lesquelles elle aimerait aussi faire le point au cours de la thérapie.

Crises de migraine

En effet, Madame F. présente des crises migraineuses depuis plusieurs années. Elle fait remonter le début de ces céphalées au moment de la séparation d'avec son mari, en 1991. À cette période, leur fréquence était d'une à deux crises par mois, mais depuis deux ans leur rythme d'apparition s'accélère. Actuellement, elle a un à deux épisodes migraineux par semaine.

Il s'agit de maux de tête qui commencent par une chaleur enserrant la tête comme un casque, et qui évoluent vers une lourdeur générale. Puis la douleur se précise pour se localiser au niveau de l'occiput, en bilatéral. Elle irradie alors en temporal droit pour se terminer au niveau de la tempe en une douleur transfixiante et exquise. L'évolution se fait vers une sensation de paralysie de l'œil droit, avec larmoiement de celui-ci. Pendant ses crises de migraine, il est difficile à la patiente de faire quoi que ce soit. Elle fuit la lumière, le bruit et les gens. Elle ne cherche qu'à s'isoler.

Selon Madame F., les facteurs déclenchants semblent correspondre aux stress de la vie quotidienne : bruit, agitation, changement de rythme le week-end, couchers tardifs... Actuellement, même la peur d'avoir une migraine finit par la déclencher. La patiente refuse de plus en plus

de s'amuser ou de sortir avec des amis par crainte d'une nouvelle crise. Selon ses dires, cela « lui pourrit la vie ».

Au début, les crises de migraine étaient relativement stabilisées grâce à l'acupuncture. Cependant, devant la recrudescence des épisodes, elle consulte en janvier 2000 un neurologue qui confirme le diagnostic de migraine et qui lui prescrit un traitement antimigraineux. Actuellement, Madame F. est découragée, car malgré le traitement les crises persistent. Elle craint d'avoir comme sa sœur un anévrisme cérébral. Conscient du contexte familial et anxieux de la patiente, le neurologue prévoit une IRM pour fin mai 2000. Madame F. est soulagée de passer cet examen, mais elle en redoute le résultat, bien qu'un scanner passé en 1998 n'ait rien relevé d'anormal.

Le problème actuel

Madame F. dit qu'elle a bénéficié de nombreux traitements qui n'ont pas été efficaces à long terme. Selon elle, les angoisses nocturnes et les crises de migraine sont liées, dans le sens où les premières généreraient les secondes. C'est la raison pour laquelle elle aimerait pouvoir éviter ces angoisses nocturnes et ne plus être dépendante des traitements qui l'endorment. Elle se sent « comme une handicapée qui n'arrive plus à vivre comme elle le faisait avant ces troubles ». Elle voudrait « redevenir normale ».

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I (troubles cliniques)* : trouble anxieux généralisé avec manifestation d'attaque de panique nocturne sans agoraphobie : F41.1 [300.02] et F41.0 [300.01]¹ ;
- *Axe II (troubles de la personnalité)* : absence ;
- *Axe III (affections médicales générales)* : trouble douloureux chronique, associé à des facteurs psychologiques (crises de migraines) : F45.4 [307.80] ;
- *Axe IV (problèmes psychosociaux et environnementaux)* : absence.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), un trouble anxieux généralisé correspond à des soucis excessifs et difficiles à contrôler durant au moins 6 mois. Ces soucis portent sur un certain nombre d'activités de la vie professionnelle ou quotidienne. Ils s'accompagnent de symptômes présents chez

1. On peut noter la présence de symptômes ou de syndromes associés sans que tous les critères soient présents. Ceci est parfaitement conforme à la pratique et la démarche cognitivo-comportementale de prise en charge des symptômes-cibles.

Madame F. : il s'agit d'une agitation, d'une fatigabilité, de troubles du sommeil et d'une tension musculaire.

Toutefois, la principale revendication de Madame F. porte sur les attaques de panique, qui correspondent à une période bien limitée de crainte ou de malaise intense, durant laquelle au moins quatre symptômes décrits dans le DSM-IV surviennent de façon brutale en moins de dix minutes (American Psychiatric Association, 1996). Parmi ces symptômes, Madame F. décrit une importante transpiration, une impression d'étouffement, une gêne abdominale, une sensation d'étau sur le cœur avec accélération du rythme cardiaque, une peur de mourir et une crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique. En ce qui concerne leur survenue en milieu de nuit, Mellman et Uhde (1989) décrivent ce type de perturbation en indiquant qu'un tiers de patients « paniqueurs » éprouve des attaques de panique nocturne de façon récurrente. Celles-ci seraient favorisées entre autres par le manque de sommeil et parfois par la relaxation.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

L'analyse fonctionnelle est effectuée au cours du 2^e entretien à l'aide de la grille SECCA proposée par Cottraux (1998). Le problème-cible est une attaque de panique nocturne (fig. 1.1).

Diachronie

Données structurales possibles

Génétiques

Madame F. est la quatrième d'une fratrie dont deux enfants sont déjà décédés :

- père : Madame F. le dit autoritaire, avec une forte personnalité. Il n'aime pas qu'on lui résiste. Il est craint aussi bien dans sa famille qu'en dehors. Il s'est mis à boire et à être violent lors du décès de son fils. Paradoxalement, la mort récente de sa fille lui a fait arrêter ce comportement d'addiction ;
- mère : elle a toujours soutenu son mari au travail. Elle est de nature effacée et soumise face à son époux. Elle se fait beaucoup de soucis pour la vie en général, et notamment pour la santé des autres. « C'est une éternelle anxieuse, surtout depuis la mort de son fils. Elle ne s'en est jamais remise. » Elle n'a aucun antécédent de migraine ;
- sœur aînée : elle aurait été épileptique jeune (actuellement, elle ne prend plus de traitement). Elle présente également des crises de migraine.

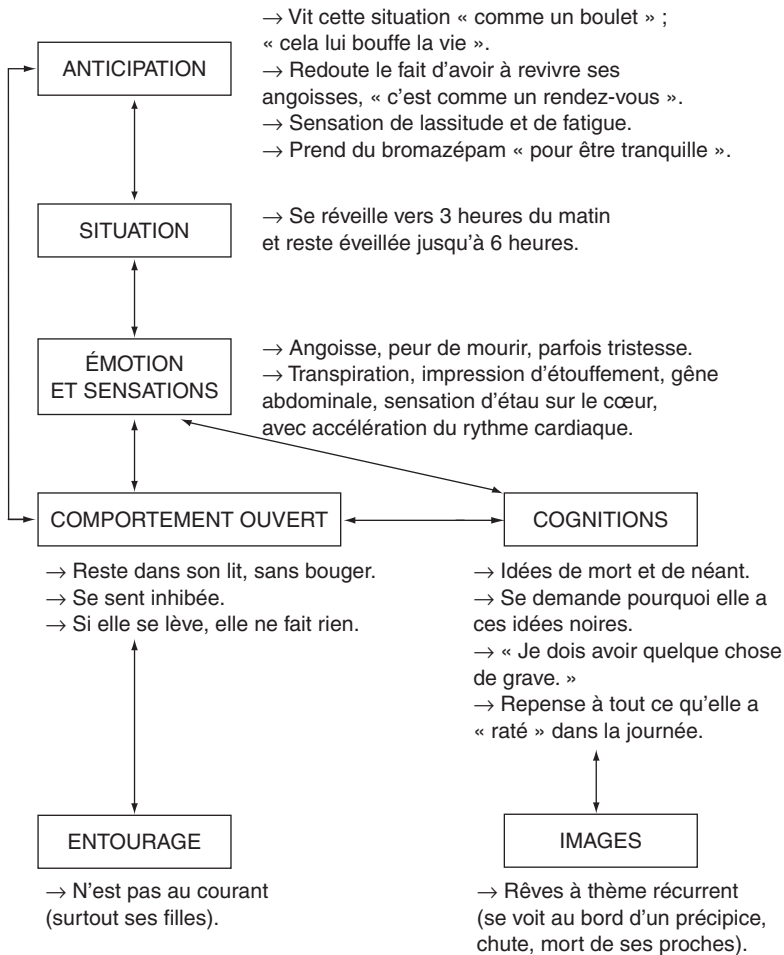


FIGURE 1.1. Analyse fonctionnelle d'une situation d'attaque de panique nocturne.

Elle aussi est de nature anxieuse, et sans cesse inquiète pour ses proches ;

- sœur cadette : elle est décédée à l'âge de 45 ans en 1998 par rupture d'anévrisme cérébral. Elle était plutôt de nature effacée et soumise, comme sa mère. Elle envisageait de reprendre la ferme de ses parents avec son mari qui est agriculteur ;

- frère : il est décédé à l'âge de 4 ans d'une leucémie. C'était le seul garçon de la famille. Son décès est une douleur encore présente pour ses parents.

Personnalité

La patiente se décrit comme une femme plutôt rebelle, en réaction selon ses dires à son milieu familial, bien que restant soumise à l'autorité paternelle. Elle a fait une fugue vers l'âge de 18 ans. Elle a été ramenée par son père et « remise aussitôt dans le droit chemin » (*dixit*). Par ailleurs, elle décrit un caractère enjoué, et s'avoue toujours prête à faire la fête. Pourtant, ses angoisses actuelles l'inquiètent car elle ne se reconnaît plus, refusant la quasi-totalité des invitations et des sorties qui lui sont proposées. Toutefois, elle avoue avoir toujours été inquiète pour la santé de ses proches, ainsi que pour tous les engagements qu'elle est amenée à prendre au quotidien.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Vie professionnelle : son emploi de secrétaire de direction l'amène à être sans cesse sollicitée par ses patrons. De plus, elle travaille dans un bruit de fond continu (bruit de l'usine).
- Vie quotidienne : elle vit seule avec ses deux enfants, pour qui elle se fait du souci sur le plan scolaire. La procédure de divorce s'est déroulée sur plusieurs années.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Il est difficile de rattacher le trouble panique et l'anxiété généralisée à un traumatisme initial. Le seul qu'elle ait rapporté spontanément concernait l'évanouissement survenu pendant une interrogation orale lorsqu'elle était au collège.

Événements précipitant les troubles

- Séparation d'avec son mari en 1991.
- Décès de sa sœur en 1998.

Traitements antérieurs

Pour les angoisses :

- bromazépam, pris de manière irrégulière lorsqu'elle craint d'avoir une crise d'angoisse nocturne ;
- consultation unique de psychiatrie, sans donner de suite.

Pour les migraines :

- acupuncture pendant un an ;
- antimigraineux au moment des crises.

Évaluation de la thérapie

Mesures à intervalles espacés

Ces mesures sont effectuées à la deuxième séance et à la fin de la thérapie (13^e séance).

Les questionnaires utilisés sont les suivants :

- *Échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux, 1993)* : cette échelle permet d'évaluer ces trois grands types d'anxiété ;
- *Questionnaire des peurs (Marks et Mathews, 1979 ; traduction de Cottraux et coll., 1985)* : ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les problèmes phobiques les plus fréquents. Il évalue également l'anxiété et la dépression associées aux phobies ;
- *Inventaire de dépression de Beck (21 items : Beck, 1979. Traduction de Bourque et Beaudette, 1982)* : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires.

Mesures à intervalles rapprochés

Dans le but de suivre l'évolution spécifique des troubles présentés par la patiente, trois types de symptômes sont évalués chaque semaine :

- les paniques nocturnes :
 - nombre total d'attaques de panique,
 - intensité moyenne de l'anxiété générée par ces attaques de panique (échelle évoluant de 0 [pas d'anxiété] à 10 [anxiété très sévère]) ;
- l'anxiété généralisée : intensité moyenne de l'anxiété globale de la journée (échelle évoluant de 0 [pas d'anxiété] à 10 [anxiété très sévère]) ;
 - les migraines : nombre total de crises.

Chaque jour, la patiente relève elle-même ces différents paramètres sur un tableau qui lui a été donné dès la 2^e séance (cf. annexe 1 en fin de chapitre). À chaque rendez-vous, le tableau est vérifié et discuté. La patiente est régulièrement encouragée à poursuivre.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Madame F. voudrait « redevenir comme avant », c'est-à-dire ne plus prendre de médicaments et ne plus avoir de crises d'angoisse la nuit. Elle aimerait également ne plus souffrir de migraine. Elle considère tout cela comme « un handicap dans sa vie de tous les jours ». Après avoir exposé à Madame F. ce que sont les attaques de panique, un contrat thérapeutique lui est proposé en termes d'objectifs à atteindre et en termes de techniques comportementales et cognitives à mettre en place. L'ensemble de ces différents points lui sont expliqués et reçoivent son approbation.

Objectifs

- Arrêter le traitement par bromazépam.

- Arrêter les attaques de panique nocturne.
- Diminuer et si possible arrêter les crises de migraine.

Principe du traitement

Dans le but d'atteindre les objectifs décrits ci-dessus, il est proposé une quinzaine de séances hebdomadaires d'une heure chacune, ainsi qu'une séance de suivi trois semaines après la fin du traitement, puis une tous les mois pendant six mois.

Travail au niveau des réactions physiologiques observées durant les attaques de panique

- Informations sur les attaques de panique (explication physiologique à l'aide de schémas, rôle de l'hyperventilation, lecture de documents disponibles sur le sujet).
- Apprentissage et pratique régulière de la relaxation.
- Régulation et contrôle respiratoire.

Travail cognitif

Restructuration cognitive (auto-observation, mise en évidence et remise en question des pensées automatiques et des postulats de base, etc.).

Protocole thérapeutique

Le protocole expérimental est un protocole de cas individuel avec mesures répétées où le sujet est son propre témoin. Il est de type A-B quasi expérimental, c'est-à-dire qu'il comporte trois phases :

- la phase A concerne la ligne de base avant tout traitement ;
- la phase B concerne la mise en place de la procédure thérapeutique et son effet sur les variables observées ;
- et enfin la phase de suivi permet d'évaluer le maintien des changements comportementaux obtenus.

Déroulement des séances

Les séances débutent mi-janvier. La thérapie proprement dite s'est terminée mi-avril par un bilan à la 13^e séance. Actuellement, la phase de suivi est en cours. Seule la première séance de suivi est reportée dans ce chapitre. L'ensemble du déroulement de la thérapie est présenté en donnant les grandes lignes des techniques utilisées et en décrivant de façon plus ponctuelle certaines « séances-clefs ».

Déroulement pratique d'une séance

Chaque séance se déroule selon le planning suivant : bilan de la semaine, revue des tâches à domicile, agenda de séance, entretien semi-directif ou

utilisation de techniques préconisées par les thérapies comportementales et cognitives, résumé de la séance faite par la patiente (ce qu'elle a retenu de la séance par rapport au problème-cible), prescription de tâches à domicile (ce que la patiente peut faire dans la semaine en relation avec le niveau du traitement), *feed-back* (point de vue de la patiente sur la séance et sur ce qui s'y est passé) et agenda de la prochaine séance.

Séances 1 à 3 : mise en place d'une relation thérapeutique et évaluation des troubles (sans intervention thérapeutique)

Les trois premières séances sont centrées sur :

- les éléments anamnestiques : la biographie et l'histoire de la maladie ;
- le diagnostic ;
- l'analyse fonctionnelle ;
- l'évaluation initiale, avec passation des questionnaires ainsi que des échelles précitées, et établissement de la ligne de base sur les mesures à intervalles répétés ;
- l'établissement du contrat thérapeutique, avec définition des objectifs et du déroulement des séances ;
- une information concernant les thérapies comportementales et cognitives ainsi que leur efficacité sur les attaques de panique, en insistant sur le bon pronostic et la résolution rapide de ces dernières lorsque les réattributions cognitives sont effectuées ;
- la remise à la patiente, à la fin de la 3^e séance, d'un document en français (Légeron, 1996) expliquant avec des schémas le modèle du trouble panique et les stratégies thérapeutiques cognitivo-comportementales. L'arrêt du bromazépam lui est demandé à cette occasion.

On notera que lors du recueil des éléments diachroniques, la présence de moments de fortes émotions est utilisée pour mettre en évidence les premiers éléments d'un postulat de culpabilité. Madame F. raconte : « À la mort de mon frère, ma mère était sans cesse malheureuse. Elle allait la nuit au cimetière sur sa tombe. Mes parents étaient malheureux... et puis voilà ! » (*pleurs*). « Ma mère a toujours été malheureuse à cause de Jean-Luc. Je culpabilise d'avoir vu ma mère qui pleurait beaucoup. Les moments de rires étaient rares avec elle. Elle est toujours en souci maintenant. » (*pleurs*).

À la fin de ces trois premières séances, la patiente se dit satisfaite de cette façon de travailler. Elle est confiante et motivée. Elle attend beaucoup de cette thérapie.

Séances 4 à 13 : phase thérapeutique

4^e séance : travail sur les réactions physiologiques

L'article remis lors de la 3^e séance permet, dès la 4^e entrevue, d'expliquer à l'aide de schémas les réactions physiologiques qui surviennent

en cas d'attaque de panique. Le rôle de l'hyperventilation est particulièrement mis en exergue, et tout de suite expérimenté en demandant à la patiente d'effectuer de profondes inspirations pendant plusieurs minutes. La fiche de Salkovskis (Bouvard et Cottraux, 1998), concernant les symptômes éprouvés lors des attaques de panique, est remplie juste après cet exercice. Cette ventilation forcée permet à la patiente de prendre conscience de la similitude de ses sensations avec, d'une part, ses troubles nocturnes et, d'autre part, l'expérience de perte de connaissance à l'école primaire.

La technique de contrôle respiratoire (en diminuant la fréquence de ses cycles respiratoires) et celle de Valsalva (en provoquant une hyperpression abdominale pendant quelques secondes) sont apprises à la patiente, et conseillées en cas d'attaque de panique. Madame F. apparaît très réceptive à ces exercices. Elle envisage alors pour la première fois un moyen simple d'intervenir sur sa symptomatologie.

La fin de la séance est destinée à l'apprentissage de techniques de relaxation plus systématisées, selon la technique de Jacobson.

Tâches à domicile

- S'entraîner au contrôle respiratoire le jour, et l'appliquer durant la nuit.
- Apporter un magnétophone pour enregistrer une séance de relaxation.

Séances 5 à 8 : généralités

Techniques utilisées durant ces quatre séances

Contrôle de l'application correcte de la technique de Valsalva

En début de chaque séance, il est demandé à la patiente de montrer comment elle procède. Ce temps est l'occasion de répondre aux questions sur ce sujet et de réexpliquer si besoin le schéma de la survenue des attaques de panique.

Relaxation

Les premières séances sont centrées sur la sensation de lourdeur du corps, puis les suivantes insistent sur des impressions de chaleur ou de fraîcheur, surtout au niveau du visage car les migraines prennent de plus en plus le devant de la scène par rapport aux attaques de panique. Ces séances servent également de support pour expliquer les mécanismes psychophysiologiques des crises de migraine, qui sont opposés à ceux du stress. En effet, la relaxation est proposée à la patiente comme base de la thérapie de ses troubles anxieux. Il lui est demandé d'effectuer environ 10 minutes par jour de relaxation à l'aide d'une cassette enregistrée à la 5^e séance. Elle apprécie d'autant plus cette démarche qu'elle avait déjà pu noter les effets reposants de la relaxation lorsqu'elle faisait du yoga. « Je peux maintenant me débrouiller toute seule », dit-elle.

Début de la restructuration cognitive

Ce travail est abordé par la méthode du questionnement socratique. Il permet de mettre en évidence les pensées automatiques et le postulat en rapport avec les attaques de panique.

Séance 5 : contrôle des attaques de panique

La patiente fait part de sa première expérience avec le contrôle respiratoire pendant une attaque de panique nocturne. Elle est réveillée une nuit vers 3-4 heures du matin, et commence à ressentir tout le cortège des sensations habituelles. Après quelques minutes de technique de Valsalva, elle réussit à faire disparaître totalement toutes les sensations physiques, mais pas l'anxiété, qui diminue seulement. Elle finit par se rendormir, fait qu'elle juge exceptionnel.

La fin de l'entretien consiste à enregistrer une séance de relaxation. Un temps de discussion est réservé par la suite pour faire prendre conscience à la patiente de ses sensations corporelles induites par la relaxation (diminution du rythme respiratoire et cardiaque, tension musculaire apaisée, etc.) Il lui est expliqué qu'en cas de stress ou d'attaque de panique, ce sont des réactions inverses qui apparaissent. Ainsi, agir sur la respiration et la détente musculaire devrait lui permettre mieux contrôler ses crises d'angoisse.

Séance 6 : analyse fonctionnelle et mise en évidence du postulat « recherche continue d'un niveau élevé »

Madame F. arrive tendue, et visiblement mécontente d'elle-même. Elle se sent découragée. Elle fait part de deux situations dans lesquelles elle ne s'est pas sentie bien, l'une concernant la vie de tous les jours (elle doit ranger et remplir des papiers administratifs qui traînent depuis longtemps dans son salon), l'autre relative à son travail (elle rend une maquette de publicité à son sous-directeur en marketing qui lui a semblé déçu du résultat). L'analyse fonctionnelle de la première situation est décrite ci-après (fig. 1.2).

En situation professionnelle, le postulat mis en évidence est inhérent au fait qu'elle ne se sent pas toujours à la hauteur de ce qu'on lui demande. Pourtant, malgré cela, Madame F. se dit qu'elle doit toujours « être au top ». Le postulat qui est mis à jour dans ces deux situations est le suivant : « Je dois toujours avoir un niveau d'excellence ». Si elle juge que cet objectif n'est pas atteint, son anxiété augmente et se manifeste principalement la nuit. Cette hypothèse est soumise à la patiente, ce qui permet de remettre en question le postulat précité.

Tâches à domicile

Ranger ses papiers administratifs et remplir la fiche à 3 colonnes de Beck (situation, émotions, pensées automatiques) pour faire prendre conscience à la patiente de ses pensées automatiques et de son comportement dans ce genre de situation.

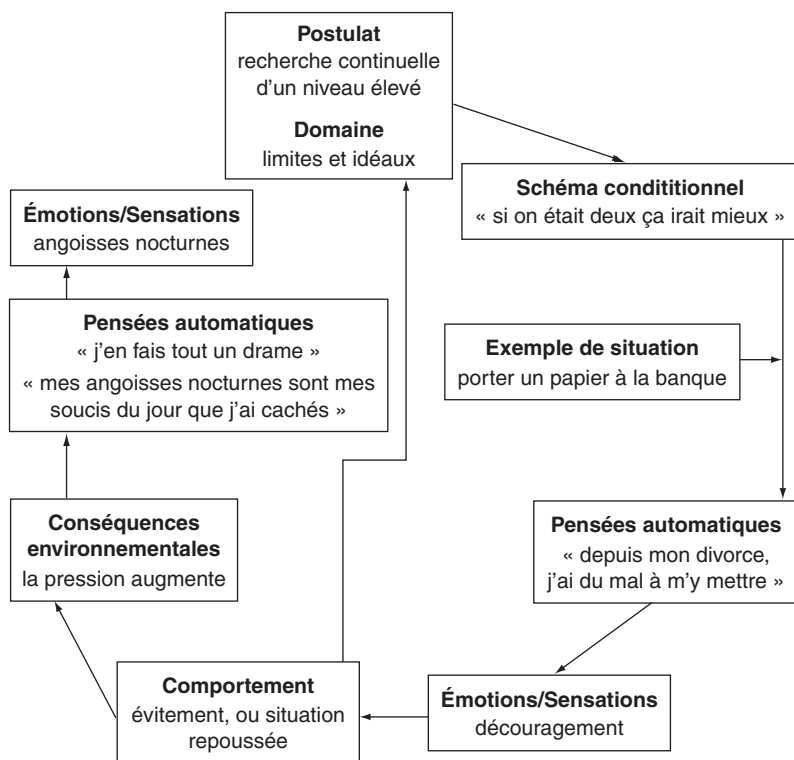


FIGURE 1.2. Analyse fonctionnelle d'une situation de la vie quotidienne (remplir et ranger des papiers administratifs).

Séance 7

Madame F. dit qu'elle contrôle de mieux en mieux ses angoisses nocturnes. Elle sent qu'elle agit bien sur les sensations physiques, qu'elle peut à présent mieux observer et décrire. Elle les dissocie de l'angoisse, qui est diminuée mais encore présente. Elle ne sait pas pourquoi cette angoisse persiste et pourquoi elle a autant d'idées noires la nuit.

Le schéma de l'analyse fonctionnelle ci-avant lui est présenté comme une hypothèse. Elle y adhère complètement. La fiche à 3 colonnes de Beck est analysée et discutée. Il en ressort que face à une situation qu'elle juge incontournable ou importante à gérer, la patiente repousse cette dernière jusqu'à être obligée de l'affronter. Ceci se réalise au prix d'un conflit interne (se traduisant par de l'anxiété), conflit opposant ce qu'elle ne fait pas et ce qu'elle se donne à faire.

Tâches à domicile

Il est demandé à Madame F. de ne pas repousser les situations qui lui posent soucis, et d'être un peu moins exigeante avec elle-même.

Séance 8 : les migraines inquiètent la patiente

La fréquence de deux à trois crises de migraine par semaine inquiète la patiente. Pour elle, ses maux de tête doivent être le reflet d'une pathologie plus grave, qu'elle n'ose même pas imaginer. Cette appréhension est abordée grâce à la méthode socratique :

- « J'ai toujours des migraines et cela m'inquiète. »
- « Qu'est-ce que vous voulez dire ? »
- « Je dois avoir quelque chose de grave. »
- « Qu'est-ce qui vous fait penser cela ? »
- « Ma sœur avait quelque chose de grave dans la tête et elle en est morte. »
- « Que voulez-vous dire ? »
- « J'ai sans cesse des rêves de mort pendant mes crises d'angoisse. C'est peut-être une prémonition. »
- « Conséquences ? »
- « Je risque de mourir comme ma sœur. »

Le postulat conditionnel mis en évidence ici est le suivant : « si j'ai des migraines, c'est que je dois avoir quelque chose au cerveau qui risque de me faire mourir comme ma sœur ».

Le degré de croyance en ce postulat est de 70 %. Une remise en question du postulat est appliquée en posant des questions du type :

- « Votre sœur avait-elle des migraines ? »
- « Non. »
- « Connaissez-vous des migraineux dans votre entourage ? »
- « Oui. Un ami et sa mère. »
- « Depuis combien de temps ont-ils cela ? »
- « Depuis longtemps. »
- « Sont-ils morts ? »
- « Non bien sûr ! Je sais bien que tous les migraineux n'ont pas forcément une tumeur au cerveau. Mais il n'empêche que j'aimerais bien savoir... »
- « Quand allez-vous passer votre IRM ? »
- « Le 26 mai, ça me rassure un peu. »

Après cet entretien Madame F. cote sa croyance dans le postulat à 20-30 %.

Séances 9 à 12 : restructuration cognitive, travail sur l'anxiété généralisée et sur les crises de migraine

Un premier bilan concernant les attaques de panique nocturnes est réalisé. La patiente dit qu'elle se réveille toujours au moins deux fois dans la semaine, mais qu'à présent elle contrôle mieux ses sensations

physiques. L'anxiété qui accompagne ses insomnies reste liée aux images et rêveries dont le thème récurrent est la mort de ses proches. Il lui est demandé de continuer ses relaxations quotidiennes et de mettre en application les méthodes de contrôle respiratoire aussi bien la nuit que le jour. Elle s'est également attachée à prendre uniquement des engagements qu'elle pouvait tenir facilement, et à se satisfaire de ce qu'elle avait fait (remise en question du schéma « toujours avoir un niveau d'excellence »).

À ce niveau de la thérapie, les principales plaintes de la patiente concernent ses crises de migraine, qui surviennent de façon itérative et qui finissent par influencer sur son humeur. Dans ce cadre, une nouvelle analyse fonctionnelle est réalisée à la 9^e séance. Cette analyse est centrée sur une situation dans laquelle une crise de migraine est apparue.

Séances 9 et 10 : travail sur les crises de migraine et l'anxiété généralisée

La situation rapportée concerne un dîner entre amis où un jeu (composer une chanson par petits groupes) est proposé au milieu du repas. Il y a du bruit, et Madame F. sent que chacun se disperse. Elle voudrait que chacun se mette à la tâche, avec application. Elle sent la migraine s'installer peu à peu.

En conclusion, la figure 1.3 permet de mettre en évidence un postulat de culpabilisation de la part de la patiente. De plus, les conséquences de la migraine seraient de deux ordres :

- besoin d'isolement ;
- besoin de soutien amical et d'écoute.

Par un questionnement socratique, la patiente est amenée à se demander si elle doit passer par des migraines pour obtenir l'une des deux conséquences mises en évidence ici.

Tâches à domicile

- Continuer les séances de relaxation pour répondre à ce besoin d'isolement et diminuer l'anxiété généralisée.
- Dire à son entourage quand elle craint de gâcher une soirée ou une rencontre entre amis, de façon à chercher un soutien amical et chasser tout sentiment de culpabilité.

Séance 11 : remise en question des postulats

Les figures 1.2 et 1.3 sont présentées à la patiente selon les hypothèses suivantes :

- être toujours à un niveau d'excellence correspondrait aux angoisses de la nuit et au maintien du trouble anxieux généralisé ;
- le sentiment de culpabilité dans une situation où elle ne se sent pas « au top » correspondrait au déclenchement des crises de migraine.

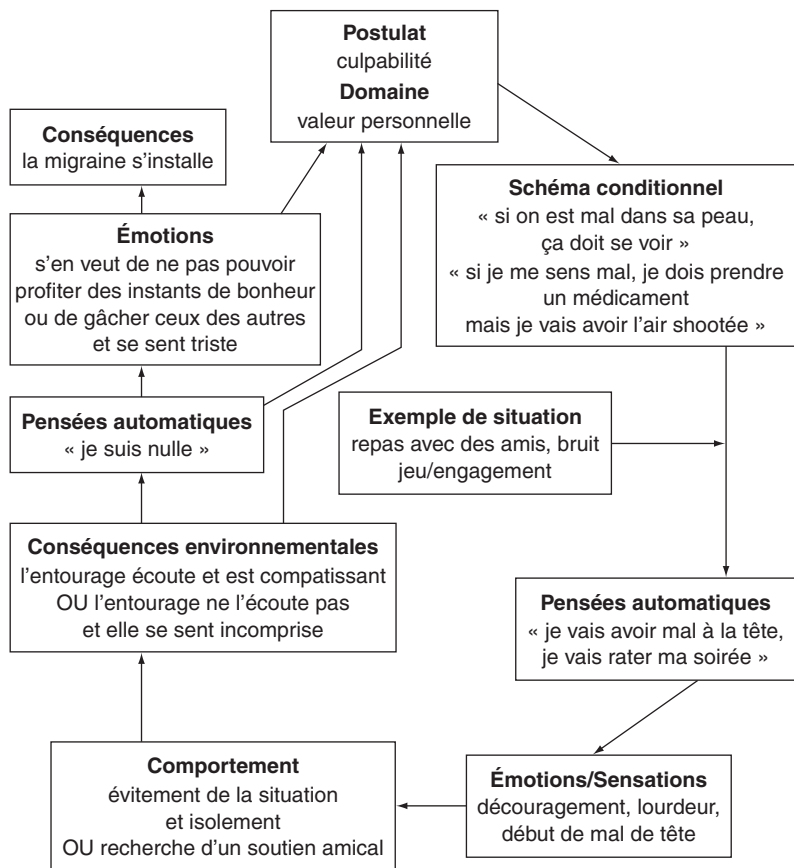


FIGURE 1.3. Analyse fonctionnelle d'une situation déclenchant une crise de migraine.

Les deux figures sont remises à la patiente, qui les complète avec ses propres mots.

Puis, elle évoque un échange téléphonique qu'elle a eu dans la semaine avec sa sœur, cette dernière lui reprochant de ne pas assez s'occuper de leurs parents. Comme le ton montait entre elles, Madame F. finit par dire à sa sœur : « Arrête de me culpabiliser, je vais encore avoir une migraine ! ». Cette dernière remarque est mise en exergue pour montrer à la patiente combien le schéma de la culpabilisation semble lié au déclenchement des crises migraineuses.

Séance 12 : le miracle !

Madame F. arrive à la séance le sourire aux lèvres, et visiblement empressée de raconter sa semaine. Ce mercredi, une amie d'enfance lui

rend visite et lui propose de sortir avec elle au théâtre. Elle se laisse emporter par cette distraction inattendue, et prend un réel plaisir à cette soirée. « Miracle, je n'ai pas eu de migraine ! », s'exclame-elle avec enthousiasme. Elle commente la situation : « Je n'ai pas eu le temps de me culpabiliser, car je n'ai pas eu le temps de me poser de questions. C'est comme si je retrouvais ma liberté d'enfance. »

Madame F. fait toutefois part d'une crise de migraine ce week-end. Mais ce qui lui a été agréable au cours de l'expérience du mercredi est le fait d'avoir pu se faire plaisir sans arrière-pensée.

Séance 13 : bilan de fin de thérapie

Madame F. se dit satisfaite de la prise en charge, mais elle souligne que tout n'est pas encore réglé. Elle souhaite de ce fait continuer la thérapie, notamment pour travailler sur son anxiété généralisée et surtout sur ses crises de migraine, qui surviennent encore au moins une fois par semaine. Elle dit que si ces crises n'étaient pas hebdomadaires, elle serait totalement satisfaite.

Les questionnaires (inventaires et échelles) remplis lors des premiers entretiens sont de nouveau proposés lors de cette séance-bilan, de façon à comparer l'état clinique de la patiente avant et après la thérapie.

Reprise des objectifs

Arrêt des médicaments

Le bromazépam est arrêté depuis plusieurs semaines, et les angoisses nocturnes ont nettement diminué d'intensité. Madame F. souhaiterait ne plus prendre d'anti-migraineux, qui entraînent selon ses dires des troubles de la vigilance.

Arrêt des attaques de panique

Ce sont surtout les sensations physiques désagréables qui ont pratiquement disparu. L'angoisse nocturne, bien que fortement diminuée en intensité, reste toujours présente.

Diminution des crises de migraine

Leur fréquence de survenue est toujours d'une à deux par semaine. La patiente sait que la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas forcément aussi efficace sur ce type de pathologie qu'elle peut l'être sur les attaques de panique.

Proposition

Il est proposé à Madame F. de laisser passer trois semaines entre cette séance et la prochaine. L'objectif est d'une part d'observer le maintien des progrès, notamment en ce qui concerne les attaques de panique, et d'autre part de favoriser l'autonomie de la patiente.

Tâches à domicile

Continuer à remplir le tableau récapitulatif concernant le nombre d'attaques de panique et de crises de migraine survenues par semaine.

Évaluer l'intensité des angoisses nocturnes, ainsi que celle de l'anxiété généralisée.

Phase de suivi : évaluation réalisée trois semaines après la fin de la thérapie

Madame F. fait part de la stabilité de ses acquis au niveau de l'ensemble de ses troubles. Elle souligne que durant les trois semaines écoulées depuis la fin de la thérapie elle est partie en vacances, et que les ponts du mois de mai ont été mis à profit par cette dernière pour se reposer. Cette détente lui a ainsi permis de se sentir beaucoup moins anxieuse la journée, et surtout de ne pas avoir de crises migraineuses pendant deux semaines. Les faits les plus marquants pour elle ont été de pouvoir sortir avec des amis (cinéma, et même boîte de nuit malgré le bruit et le confinement !), sans subir les crises migraineuses du lendemain. À la question : « Quels étaient votre état d'esprit et vos pensées dans ces moments-là ? », elle répond qu'elle profitait de la soirée sans se poser de questions. Selon ses dires, Madame F. s'est fait plaisir, sans se culpabiliser pour autant.

Un dimanche, elle reçoit une invitation à déjeuner à laquelle elle répond positivement, mais en oubliant qu'elle avait décidé de passer un week-end tranquille avec l'une de ses filles. Elle décide alors de rappeler ses amis pour se décommander. Elle ajoute : « Avant, je n'aurais jamais osé le faire, et je me serais morfondue dans mon coin, partagée entre ce que j'avais promis à ma fille et un après-midi entre amis. Maintenant, je peux exprimer ce que j'ai à dire sans me culpabiliser. »

En conclusion, il apparaît que Madame F. maintient les acquis de la thérapie et s'autonomise de plus en plus face à ses troubles anxieux. Elle note toutefois l'apparition d'une attaque de panique importante la veille de cette séance, au cours de laquelle la plupart de ses pensées ont concerné son ex-mari et leur ancienne maison. Actuellement, elle souligne que ce sont les rêveries et les images accompagnant ses angoisses nocturnes qui sont les plus difficiles à supporter, et qui l'empêchent de se rendormir.

Tâches à domicile

En cas d'attaque de panique nocturne, se lever, écrire ses rêves dans un cahier, et se recoucher.

Résultats

Mesures à intervalles espacés

L'ensemble des résultats des questionnaires est reporté dans le [tableau 1.1](#). Ces données ont été recueillies aux 2^e et 13^e séances, dans les mêmes conditions de passation.

TABEAU 1.1. Scores obtenus aux questionnaires (Inventaire de Beck, Évaluation des paniques et de l'anxiété diffuse, Questionnaire des peurs) avant et après la thérapie. Le % d'amélioration correspond au gain $[(\text{score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$

Questionnaires	Avant la thérapie	Après la thérapie	% d'amélioration
Inventaire de Beck			
Score Global	19	8	58
Évaluation des paniques et de l'anxiété diffuse			
Fréquence des attaques de panique/semaine	6	2	67
Nombre de symptômes de panique	6	2	67
Anxiété généralisée	6	4	33
Questionnaire des peurs (auto-évaluation des phobies)			
Agoraphobie (/40)	18	17	6
Sang-blessures (/40)	15	13	13
Sociale (/40)	6	16	- 166
Score anxiété-dépression (/40)	20	15	25
Gêne du comportement anxieux (/8)	6	6	0

Inventaire de Beck

En début de traitement, une dépression modérée a été mise en évidence. Celle-ci a quasiment disparu en fin de thérapie. Une amélioration de 58 % est notée entre les deux mesures.

Évaluation des paniques et de l'anxiété diffuse

Les attaques de panique – pour ce qui concerne la fréquence hebdomadaire de survenue ou le nombre de symptômes présents – ont fortement diminué. Dans ces deux cas, une amélioration de 67 % est notée. L'anxiété généralisée a également diminué, mais elle reste à un score de 4, qui est cependant considéré comme modéré selon la patiente. Un gain de 33 % est relevé.

Questionnaire des peurs

Aucune amélioration notable n'apparaît sur les échelles d'agoraphobie et de sang et blessures. En revanche, il existe une augmentation très importante (166 %) de la phobie sociale. Le score d'anxiété-dépression diminue légèrement, comme cela a été constaté sur les autres questionnaires. La patiente juge que son comportement anxieux et tout ce qui s'y rapporte est toujours aussi gênant (aucune amélioration) pour elle, même si l'anxiété généralisée a légèrement diminué.

En conclusion l'amélioration des symptômes relevée dans les différents questionnaires est surtout notable au niveau des attaques de panique. Le questionnaire des peurs évolue peu et présente même une aggravation en ce qui concerne l'item de la phobie sociale (mais il faut souligner qu'il s'agit là d'une dimension, et non d'un trouble). Il est probable que les crises de migraine finissent par faire redouter à la patiente toute sortie ou toute rencontre amicale (comportement d'isolement relevé à la séance 9 comme conséquence de la migraine). Toutefois, les expériences rapportées par Madame F. lors de la séance de suivi tendent à montrer que la patiente a décidé de modifier ce comportement.

Mesures à intervalles rapprochés

Il est rappelé que trois types de symptômes ont été évalués de manière hebdomadaire :

- les paniques nocturnes :
 - nombre total d'attaques de panique,
 - intensité moyenne de l'anxiété générée par ces attaques de panique (échelle évoluant de 0 [pas d'anxiété] à 10 [anxiété très sévère]) ;
- l'anxiété généralisée : intensité moyenne de l'anxiété globale de la journée (échelle évoluant de 0 [pas d'anxiété] à 10 [anxiété très sévère]) ;
- les migraines : nombre total de crises.

Concernant les attaques de panique nocturnes (fig. 1.4, courbe 1), leur fréquence de survenue était d'environ une par jour avant le traitement. Leur nombre a commencé à diminuer de façon sensible à partir de la 9^e séance, pour se stabiliser à une à deux attaques de panique par semaine. Pendant la phase de suivi, il n'y a pas eu d'attaque de panique au cours de la semaine de vacances. Il est intéressant de noter que l'intensité de l'anxiété générée par ces attaques de panique (fig. 1.4, courbe 2) a commencé à décroître significativement dès la mise en place du contrôle respiratoire. Actuellement, l'intensité moyenne de cette anxiété (score de 2 sur 10) reste stable, et est considérée par la patiente comme étant « très légère ».

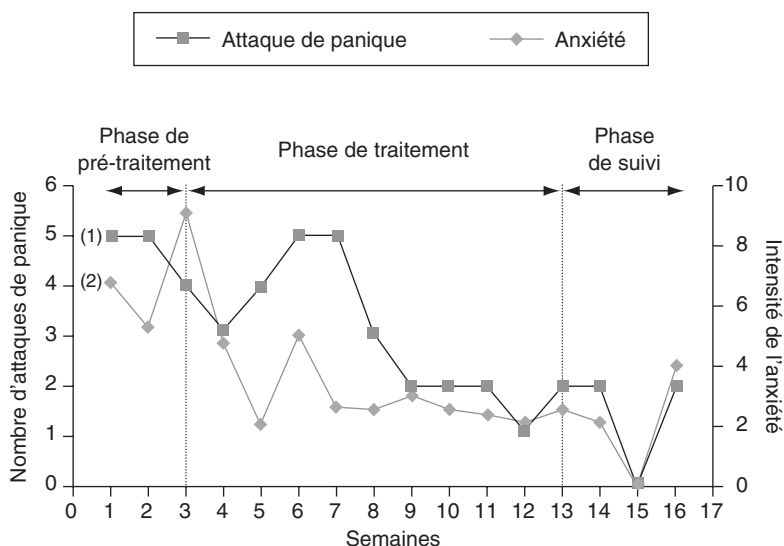


FIGURE 1.4. Évolution hebdomadaire (du lundi au dimanche) du nombre d'attaques de panique nocturnes et du niveau d'anxiété en fonction de la période de traitement.

En ce qui concerne l'évolution de l'anxiété généralisée (fig. 1.5, courbe 1), l'intensité de cette dernière a diminué par rapport à la ligne de base relevée avant le traitement. Elle reste stable, à un niveau considéré comme léger (score entre 2 et 4 sur 10). Il est important de remarquer que cette anxiété diffuse est descendue à un niveau très bas dès la 5^e séance, résultat probablement dû à l'effet encourageant du contrôle respiratoire sur les attaques de panique. Cependant, l'anxiété généralisée remonte à un score de 5 (anxiété modérée) à partir de la 9^e séance. Cette dégradation semble être le reflet de la fréquence de survenue élevée des crises de migraine (deux par semaine), comme cela a déjà été souligné précédemment.

Concernant les crises de migraine (fig. 1.5, courbe 2), leur fréquence est actuellement d'une à deux par semaine. On peut toutefois supposer qu'une évolution favorable est en train de se mettre en place, puisqu'à partir de la 10^e séance (début du travail en restructuration cognitive sur les facteurs favorisants et les conséquences des crises de migraine), le nombre hebdomadaire des crises oscille entre 1 et 2, alors qu'il restait stable à 2 voire 3 par semaine auparavant. De plus, aucune crise migraineuse n'est relevée au cours des deux semaines de la phase de suivi.

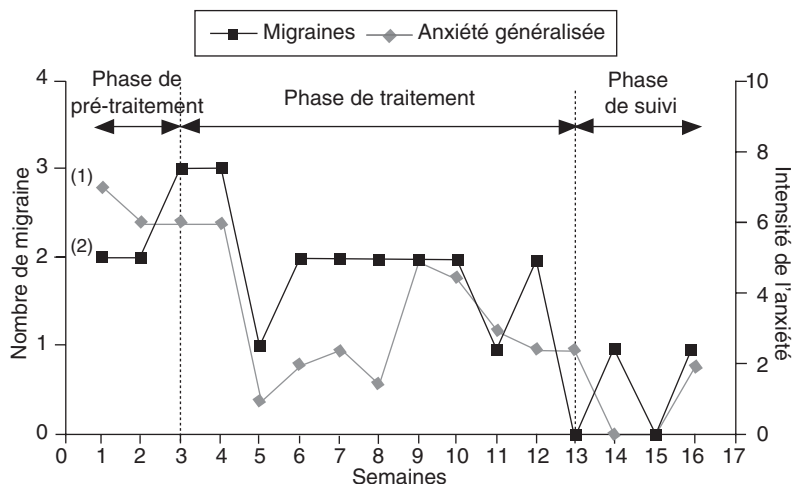


FIGURE 1.5. Évolution hebdomadaire (du lundi au dimanche) du nombre de crise de migraine et de l'intensité de l'anxiété généralisée en fonction de la période de traitement.

Discussion

Rappel du déroulement de la thérapie et des principaux résultats

Madame F. vient consulter sur les conseils de son médecin traitant pour des insomnies avec angoisse importante en milieu de nuit. Le diagnostic d'attaques de panique nocturnes est porté, et celles-ci sont traitées par thérapie cognitivo-comportementale en raison de l'efficacité de ce mode de prise en charge sur ce type de trouble anxieux. L'anxiété liée aux attaques de panique diminue rapidement grâce au contrôle respiratoire appris à la patiente. Ainsi dès la 7^e séance, Madame F. souligne : « Actuellement, les crises d'angoisse survenant durant la nuit ne sont plus un problème, et ne sont plus aussi dramatiques qu'auparavant. » En ce qui concerne le nombre résiduel de 1 à 2 attaques de panique rapporté par la patiente au cours de la phase de suivi, on peut se demander si la patiente ne confond pas insomnie de milieu de nuit (habitude de se réveiller vers 3-4 heures du matin) et attaque de panique. En effet, elle ne présente plus le cortège de sensations physiques mis en exergue au début de la prise en charge, mais seulement deux symptômes (transpiration et gêne thoracique). L'anxiété décrite dans ces moments-là semble à présent plus liée au trouble anxieux généralisé et aux soucis de la journée qu'à une véritable attaque de panique. « Mes angoisses nocturnes sont mes soucis du jour que j'ai cachés », disait-elle lors de l'analyse fonctionnelle effectuée lors de la séance 6 (fig. 1.2).

La difficulté de la thérapie vient des crises migraineuses présentées par la patiente, qui constituent rapidement sa principale demande de prise en charge. Dès la 9^e séance, la mise en place d'une nouvelle analyse fonctionnelle centrée sur ce problème permet de répondre à son attente et de mettre en évidence des pensées automatiques et un postulat de culpabilité. Cette hypothèse, travaillée durant plusieurs séances par restructuration cognitive, ne peut être infirmée ou confirmée par manque de recul. Pourtant, il semblerait que les crises de migraine s'espacent au cours de la dernière phase de suivi du fait de la prise en compte par la patiente de toutes ces informations.

Rôle de la patiente

Pendant toute la thérapie, Madame F. apparaît très motivée, malgré un découragement notable en milieu de prise en charge, découragement lié aux crises régulières de migraine. Elle se sent si excédée par ces céphalées qu'elle ne réalise même pas les progrès effectués concernant ses attaques de panique, qui représentaient en définitive sa principale demande au début du traitement. Le fait de répondre à cette « nouvelle demande » lui permet de travailler aussi bien sur son trouble anxieux généralisé que sur les facteurs favorisant les crises migraineuses.

Avis global de la patiente sur la thérapie

Dans l'ensemble, Madame F. est satisfaite de la thérapie. Les objectifs concernant les attaques de panique sont pour elle atteints. Toutefois, elle se sent encore fragile du fait des crises migraineuses qu'elle redoute. Il est souhaitable que l'IRM qu'elle doit passer à la fin du mois de mai la rassure définitivement sur ses craintes d'avoir une pathologie organique.

D'autre part, elle souligne : « Je ne pensais pas que la thérapie puisse être aussi dure à vivre et à assumer par moments. »

SYNTHÈSE

En conclusion, l'application de techniques de thérapie cognitivo-comportementale a permis de réduire considérablement la fréquence de survenue et l'intensité d'attaques de panique survenant la nuit chez une patiente de 42 ans. L'arrêt du bromazépam est considéré par Madame F. comme un avantage indéniable.

En ce qui concerne les crises migraineuses, une thérapie utilisant la restructuration cognitive est envisagée sans promesse de réussite immédiate, comme pour les attaques de panique. Ce suivi aura de toute façon l'intérêt de « faire travailler » la patiente sur son trouble anxieux généralisé, qui semble être un facteur de maintien concernant les crises de migraine en l'état actuel. Les premiers résultats de la phase de suivi encouragent de toute manière à poursuivre dans ce sens.

Annexe 1 : tableau de suivi hebdomadaire des attaques de panique nocturnes, de l'anxiété généralisée et des crises de migraine

Nom :

Prénom :

Âge :

Sexe :

Questionnaire n° :

1/Merci de noter le nombre de crises de migraine (ou de débuts de crise), ainsi que le traitement pris à cette occasion.

2/À quel point avez-vous ressenti une angoisse, une tension, une insomnie, un manque de concentration, ou de l'agitation au cours de la journée et de la nuit ?

Différenciez ce qui se passe dans la journée de ce qui se passe dans la nuit.

Dans la journée, cotez l'anxiété constamment présente, le bruit de fond.

Utilisez l'échelle ci-dessous pour coter votre anxiété nocturne et votre anxiété au cours de la journée :

Pas d'anxiété	0
	1
Très légère anxiété	2
	3
Légère anxiété	4
	5
Anxiété modérée	6
	7
Anxiété sévère	8
	9
Anxiété très sévère	10

Date	Angoisse nocturne	Anxiété généralisée (journée)	Migraines	Remarques

CHAPITRE 2

Trouble du comportement alimentaire à type de boulimie

Présentation du cas clinique

Introduction

Mademoiselle L. est âgée de 26 ans. Au moment des premières consultations, elle termine son cursus universitaire pour devenir ingénieur géomètre. Actuellement, elle vit seule depuis une rupture sentimentale courant 1999 qui a entraîné une dépression. Dans les suites de cette dernière, elle développe des troubles alimentaires à type de boulimie pour lesquels elle consulte.

Mademoiselle L. est l'aînée de trois enfants. Son frère cadet, âgé de 21 ans, finit ses études d'ingénieur à Nice. Sa sœur de 18 ans termine également ses études de littérature après un séjour d'un an aux États-Unis. Son père est géomètre et sa mère enseignante. La patiente trouve que ces derniers forment un couple idéal qu'elle aimerait imiter, mais elle se dit qu'elle devra choisir entre faire un métier qui lui plaît et prendre le temps d'avoir des enfants. Toute sa famille est originaire de Bordeaux. Bien que Mademoiselle L. apprécie beaucoup ses parents, elle a souhaité aller faire ses études loin d'eux (à Grenoble) pour apprendre à vivre seule et prendre du recul par rapport à sa rupture sentimentale.

Anamnèse

Mademoiselle L. est adressée en thérapie comportementale et cognitive par le docteur P., psychiatre au CHU de Grenoble, qui la suit depuis trois mois pour dépression. Au cours de l'année 1999, alors qu'elle vit depuis deux ans avec son compagnon – issu de la même école qu'elle –, celui-ci la quitte brutalement (il lui annonce sa décision par téléphone et écrit à ses parents). Dans les mois qui suivent, elle perd 7 kg, et son état général se détériore. Elle présente une insomnie d'endormissement et est de plus en plus épuisée, ce d'autant qu'elle se réfugie dans le travail universitaire. Elle n'a plus confiance en elle, ni en les autres. Elle envisage son avenir comme lugubre et angoissant.

Durant le dernier trimestre 1999, Mademoiselle L. se rend compte qu'elle compense ses problèmes affectifs par des troubles alimentaires. Cette façon de répondre à ses angoisses ne lui est pourtant pas étrangère. En effet, elle sait qu'elle est sujette à ce type de conduite lorsqu'elle est mal dans sa peau. Ce comportement est apparu à la suite d'une anorexie survenue à l'âge de 17 ans. À cette époque, elle se plaignait du dos à cause d'une surcharge pondérale (elle a toujours été « rondelette »). Sa mère lui conseilla alors de suivre un régime avec l'aide d'une diététicienne qui lui proposa de perdre 5 à 6 kg. En fait, elle décida d'elle-même d'en perdre beaucoup plus (elle a ainsi perdu 12 kg en six mois) au prix d'importantes privations et de graves retentissements physiques (vertiges, pertes de connaissance, chute des cheveux, etc.) Le fait de ne pas manger devint pour elle un défi.

Devant de tels symptômes physiques et l'insistance de son entourage, elle commença par manger des aliments hyper-caloriques et sucrés (bien qu'elle n'aime pas le sucre) le soir, seule dans son lit. En effet, elle ne voulait pas reprendre une alimentation normale pour ne pas faire part de ses faiblesses, surtout à sa mère. En l'espace de plusieurs mois, elle retrouva un appétit normal et un poids qui lui convenait. Selon Mademoiselle L., cette période de l'adolescence fut un moyen de résister à sa mère : « Je m'affirmais en dominant mon corps, alors que ma sœur s'est affirmée en partant loin. »

Depuis sa rupture sentimentale, Mademoiselle L. renouvelle ses excès de prise alimentaire. Au début, elle mangeait en grande quantité de la nourriture qu'elle appréciait. Mais depuis quelques mois, elle absorbe tout ce qui se trouve dans son réfrigérateur (par exemple des ravioles pas cuites) ou dans ses placards (gâteaux, sucreries qu'elle n'aime pas vraiment), jusqu'à ce qu'elle soit écœurée. Souvent, elle achète des aliments qui ne sont pas sur sa liste de courses, comme si elle ne pouvait pas s'en empêcher. Elle ne se relève jamais la nuit pour manger. Ses crises sont généralement associées à une importante solitude, ou aux contrariétés de la vie quotidienne. Dès qu'elle passe plusieurs jours avec des amis ou sa famille, la patiente se sent mieux et n'a pas d'envie alimentaire particulière. Elle n'a jamais eu de crise en présence de quelqu'un. Cependant, au retour des week-ends familiaux ou passés avec des amis, elle « craque » durant plusieurs jours. Elle peut faire ainsi trois à quatre crises par semaine. Certaines durent toute une journée. Ce qu'elle trouve paradoxal, c'est qu'elle en arrive à passer tous ses week-ends avec du monde pour éviter d'être seule, mais plus elle angoisse au sujet de son poids et de son image corporelle et moins elle a envie de rencontrer des gens.

Pendant ses crises, Mademoiselle L. se sent très triste. Elle trouve que la vie est injuste car elle côtoie beaucoup d'individus qui, selon elle, réussissent tout ce qu'ils entreprennent. Elle se demande pourquoi elle

n'y arrive pas. Elle voudrait surtout réussir sa vie affective, comme ses amis et ses parents. Quand elle évoque tout cela, elle se met à penser à la nourriture : « Pour moi, manger, c'est combler un manque. »

Elle s'arrête de manger lorsqu'elle a mal au ventre, le soir, ou lorsqu'elle doit repartir en cours à 14 heures. Elle ne prend aucun laxatif, et ne se fait pas vomir. Elle essaie de gérer son poids en faisant de la gymnastique de façon intensive, et en s'imposant des jeûnes draconiens. Depuis un mois, elle a peur de se peser car elle ne veut pas se rendre compte qu'elle a grossi. Selon elle, son poids s'évalue en constatant qu'elle ne rentre plus dans ses vêtements. Pourtant, ce qui l'inquiète, ce ne sont pas tant les kilos superflus, mais plutôt le fait de ne pas pouvoir se maîtriser. Elle attribue ce comportement alimentaire à sa difficulté de gérer la solitude. Cette pensée l'angoisse encore plus car elle ne supporte pas de ne pouvoir contrôler son corps et sa vie. Elle se dit volontiers perfectionniste, « ne laissant pas de place à la fantaisie ».

Mademoiselle L. pèse, au moment des premières séances, 64 kg, pour une taille de 1 m 60. Son BMI (*Body Mass Index*) est de 25, ce qui correspond à la limite supérieure pour cet indice.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I* : trouble des conduites alimentaires à type de boulimie : F50.2 [307.51] ; trouble dépressif en rémission partielle : F32.4 [296.24].
- *Axe II¹, III, IV* : absence.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, la boulimie se caractérise par :

- une absorption en temps limité d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire ;
- le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Mademoiselle L. présente depuis plus de trois mois, plusieurs fois par semaine, ce type de trouble alimentaire. Elle a également des comportements compensatoires et récurrents pour contrôler sa prise de poids, tels que le jeûne et l'exercice physique excessif. En revanche, ni elle ne vomit, ni elle ne prend de laxatif. Son estime d'elle-même est largement influencée par son poids et son aspect physique.

1. On note ici la présence de certains critères pathologiques, sans toutefois pouvoir retenir le diagnostic de « trouble de la personnalité ».

Analyse fonctionnelle

Synchronie

Le problème actuel est abordé à l'aide la grille SECCA de Cottraux. Le problème-cible est un trouble du comportement alimentaire à type de boulimie. La patiente est adressée sur les conseils de son psychiatre (fig. 2.1).

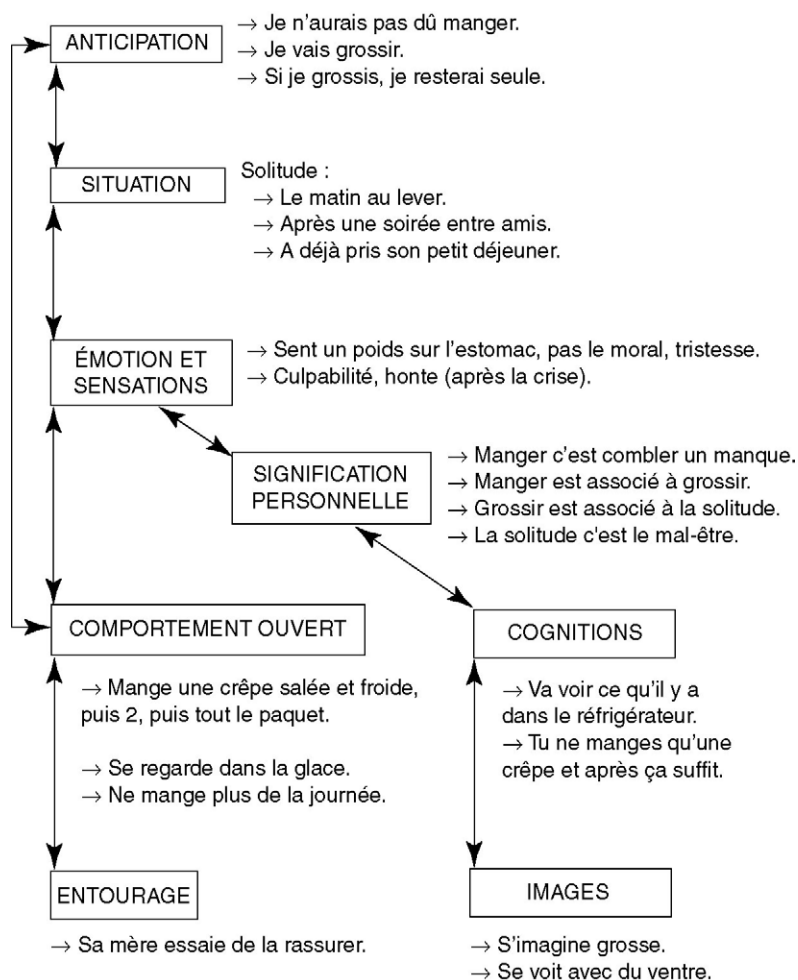


FIGURE 2.1. Analyse fonctionnelle du trouble du comportement alimentaire (boulimie).

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Les parents forment selon la patiente un couple idéal.
- La mère est enseignante, de nature expansive et dynamique. Mademoiselle L. la considère toutefois comme une « mère poule », anxieuse pour l'avenir et la santé de ses enfants. Elle téléphone à la patiente tous les jours.
- Le père est géomètre, apprécié par toute la famille pour son calme et sa tempérance.
- Son frère est calme et tempéré comme son père.
- Sa sœur âgée de 18 ans est anorexique (depuis qu'elle est allée aux États-Unis, il y a un an).
- On retrouve un terrain familial anxio-dépressif. Un des frères de sa mère et sa grand-mère maternelle sont dépressifs. D'autre part, l'arrière-grand-père maternel s'est suicidé à l'âge de 50 ans suite à des problèmes financiers.

Personnalité de la patiente

- Mademoiselle L. se dit perfectionniste et aimant tout contrôler.
- Elle est également très méticuleuse (par exemple, les fiches de tâches à domicile sont toujours très bien remplies et très précises).
- Elle est de nature plutôt calme, comme son père.

Facteurs historiques de maintien possibles

Solitude actuelle : Mademoiselle L. est célibataire ; elle vit seule loin de sa famille.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Anorexie à l'âge de 17 ans, pendant un an.

Événements précipitant les troubles

- Rupture sentimentale durant le premier semestre 1999.
- Déménagement à Grenoble pour poursuivre ses études.

Autres problèmes

Dépression réactionnelle à la rupture sentimentale.

Traitements antérieurs

Aucun traitement n'a été prescrit pour lutter contre les crises de boulimie ; aucune médication n'avait été instaurée lors de l'épisode anorexique à l'adolescence.

Traitement actuel

- Valpromide 300 mg : 3 comprimés par jour.
- Mirtazapine 15 mg : 2 comprimés par jour.

Évaluation de la thérapie

Questionnaires

En début et fin de thérapie, deux inventaires sont réalisés :

- *inventaire de la boulimie d'Édinbourg* (Henderson et Freeman, 1987. Traduction : Ferrero et Liengme) : l'inventaire d'Édinbourg est utilisé pour identifier les personnes souffrant de symptômes boulimiques. Il est constitué de deux sous-échelles. L'échelle de symptômes évalue le nombre de symptômes présents, et l'échelle de sévérité fournit une estimation de la sévérité du comportement de frénésie alimentaire ou de purge en fonction de la fréquence de survenue (Bouvard et Cottraux, 1998) ;
- *inventaire de dépression de Beck* (21 items : Beck, 1979. Traduction de Bourque et Beaudette, 1982) : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires (item 9).

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés ont été effectuées :

- *nombre de crises de boulimie par semaine* : la crise de boulimie est définie avec la patiente comme une prise alimentaire excessive et impulsive survenant dans un contexte d'anxiété intense ;
- *intensité moyenne de l'anxiété au moment des crises de boulimie sur la semaine* : le niveau d'anxiété est notifié sur une échelle allant de 0 à 10 :

Pas d'anxiété	Très légère anxiété	Légère anxiété	Anxiété modérée	Anxiété sévère	Anxiété très sévère
0	2	4	6	8	10

- *image de soi au niveau physique* : la qualité de l'image de soi est évaluée sur une échelle allant de 0 à 10 :

Très défavorable	Défavorable	Légèrement défavorable	Légèrement favorable	Favorable	Très favorable
0	2	4	6	8	10

Thérapie

Contrat thérapeutique

Ce qui préoccupe actuellement la patiente, ce n'est pas la dépression – qu'elle dit bien régulée par le traitement médicamenteux –, mais plutôt ses accès de prise alimentaire qu'elle n'arrive pas à contrôler. Le contrat thérapeutique élaboré avec Mademoiselle L. porte donc sur ce dernier point. Une thérapie d'une vingtaine de séances lui est proposée, selon les méthodes habituellement utilisées pour ce type de dysfonctionnement.

La thérapie se déroule en trois phases. La première, dite phase d'évaluation, comporte l'écoute des plaintes de la patiente et l'auto-observation des comportements au cours des trois premières séances. Après explication du modèle de la boulimie selon Mihaescu et coll. (1998), la deuxième phase, dite de thérapie, utilise tout d'abord des techniques comportementales, puis des techniques cognitives. Enfin, la troisième phase dite de suivi (actuellement en cours), permet d'observer le maintien des résultats acquis.

Objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques suivants sont fixés, en collaboration avec la patiente :

- arrêt des prises alimentaires excessives pendant et en dehors des repas ;
- réalimentation correcte et suffisante pendant les repas : « apprendre » à respecter des menus établis ;
- réappropriation d'une image positive de son corps.

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques comportementales : mise en place d'un carnet alimentaire, explication du principe d'habituation et de sensibilisation, exposition à la nourriture avec prévention de la réponse ;
- techniques cognitives : explication du modèle de la boulimie, mise à jour et modification des pensées automatiques puis des postulats, questionnement socratique et technique de la flèche descendante ;
- prescription de tâches à domicile.

Déroulement de la thérapie

Protocole utilisé

Il est de type A-B :

- la phase A correspond à la ligne de base (3 séances). Elle permet d'observer le comportement avant le traitement ;
- la phase B est la phase de traitement proprement dit (14 séances) ;
- enfin, ce protocole comprend une phase de suivi permettant d'évaluer le maintien des résultats.

La thérapie comporte une séance d'une heure toutes les semaines jusqu'à la dixième séance. Puis elle se poursuit au rythme d'une séance par mois, car Mademoiselle L. déménage à une centaine de kilomètres de Grenoble à cause d'un emploi trouvé dès sa sortie d'école. Elle préfère poursuivre malgré ces conditions d'éloignement, et ce afin d'assurer une continuité et confirmer la progression clinique favorable (le suivi médicamenteux est également toujours assuré par le psychiatre de l'hôpital universitaire).

Planning des séances

- Bilan de la semaine ou du mois écoulé, avec une revue des tâches à domicile.
- Agenda de séance.
- Choix d'un problème-cible et travail cognitif ou comportemental.
- Prescription de tâches à domicile.
- Résumé de la séance, puis *feed-back*, réalisés par la patiente.

Déroulement des séances

Séances 1 à 3 : ligne de base

Anamnèse et évaluation

Ces trois premières séances permettent d'effectuer l'anamnèse et de confirmer le diagnostic de trouble alimentaire à type de boulimie. L'inventaire de dépression de Beck et l'inventaire de boulimie d'Édinburgh sont réalisés au cours de cette période, tout comme les mesures à intervalles rapprochés (ligne de base). Ces dernières sont demandées en tâche à domicile dès la première séance.

Lors de la première séance, l'histoire personnelle et celle de la maladie sont retracées. Le principe général des thérapies cognitivo-comportementales est expliqué à cette occasion. Lors de la deuxième séance, l'analyse fonctionnelle est réalisée. Le contrat thérapeutique est établi à la 3^e séance.

Auto-observation

À partir de la deuxième séance, il est demandé à la patiente de tenir un carnet alimentaire où elle inscrit heure par heure les aliments absorbés, la survenue éventuelle de crises de boulimie et l'anxiété en découlant. Il apparaît que les petits-déjeuners sont relativement bien équilibrés (fruit,

café, pain), mais que la composition des repas de midi et du soir est fonction des moments de solitude ou de frustration. Durant ces moments, Mademoiselle L. ingurgite tout ce qui se trouve à sa portée (trois baguettes de pain sec, 1 kg de riz cuit, six crêpes salées froides, etc.) Il s'agit principalement d'aliments bourratifs. Les accès de boulimie apparaissent souvent le soir, lorsqu'elle rentre chez elle (vers 18 heures). Le lendemain, elle jeûne pour se déculpabiliser. D'autre part, elle s'est rendu compte qu'elle mange sans avoir faim, et qu'il ne s'agit donc pas d'un instant de plaisir particulier, mais plutôt d'une obligation.

Feed-back des séances

Après ces trois premières séances, la patiente pense que son cas n'est pas aussi désespéré qu'elle le pensait jusqu'alors. Les explications l'ont rassurée, car elle voit qu'elle peut se contrôler. Elle apprécie cette façon de travailler « très pragmatique », et surtout le fait de tenir un carnet alimentaire qui l'incite à plus de régularité dans son alimentation. Elle est très motivée, et comprend très vite que son intérêt est de s'impliquer au mieux dans la thérapie.

Résumé des tâches à domicile

- Comptabiliser le nombre de crises quotidiennes, et noter le niveau d'anxiété qu'elles occasionnent.
- Tenir un carnet alimentaire.
- Établir une liste de courses et s'y tenir.

Séances 3 à 6 : apprendre à contrôler les crises de boulimie par des tâches comportementales

Établir des menus

À partir des données du carnet alimentaire, l'accent est mis sur le fait que la patiente ne prévoit pas ce qu'elle va manger dans la semaine, et qu'elle se donne ainsi l'occasion d'ingérer n'importe quoi. De plus, lorsqu'elle commence à manger, elle a rarement réellement faim.

Au cours de la 4^e séance, une liste des aliments qu'elle apprécie est établie en fonction de son désir de stabilisation pondérale. Mademoiselle L. évoque à cette occasion le désir de suivre les conseils d'une diététicienne (en fait, elle ne fera cette démarche qu'en fin de thérapie).

Elle ne fait qu'une seule crise de boulimie au cours de cette semaine. Elle attribue cela au fait :

- d'avoir pu parler de ses problèmes lors des précédentes séances ;
- de manger plus régulièrement pendant les repas ;

- d'avoir meilleur moral.

À la 5^e séance, Mademoiselle L. est plutôt satisfaite d'elle-même car elle a pu établir quelques menus durant la semaine, et s'y tenir. Par exemple, au cours du week-end, alors qu'elle révisait, « elle s'est invitée à manger assise » en se préparant des mets qu'elle apprécie. Elle a trouvé plutôt cocasse le fait de se concocter un bon petit plat et de dresser une jolie table pour elle toute seule. Toutefois, cela lui a procuré un certain plaisir.

La patiente commence également à retrouver une sensation de faim avant de manger. Cette sensation ne lui était plus familière depuis longtemps.

Exposition avec prévention de la réponse

À la fin de la 3^e séance, le principe de l'habituation est expliqué à partir de l'analyse fonctionnelle, principe selon lequel au cours d'une situation anxigène (ici liée à la boulimie) l'anxiété diminue d'elle-même au bout de trois quarts d'heure à une heure. Il est donc proposé à la patiente de résister à la prise alimentaire en cas d'anxiété, et d'observer ce qui se passe en elle à cet instant.

À la 4^e séance, Mademoiselle L. rapporte qu'elle n'a pu s'empêcher d'ingurgiter un kilo de fromage blanc un soir de la semaine. Cette journée-là, elle ne se sentait pas bien et a répondu de façon machinale à une impulsion. Lorsque sa mère l'a appelée au téléphone, elle a fondu en larmes. Le lendemain, elle n'a rien mangé de toute la journée.

À partir de cette situation, il lui est demandé d'avoir des repas équilibrés et réguliers, et ce afin d'éviter les fringales imprévisibles. Pour l'aider à résister aux prises alimentaires en dehors des repas, il lui est proposé de se laver les dents en cas d'envie de manger de façon impulsive.

À la 5^e séance, Mademoiselle L. se sent très satisfaite d'avoir réussi à faire passer une crise en se lavant les dents. La sensation de propreté dans la bouche l'a incité à ne pas manger tout de suite. Elle a alors constaté que l'envie de manger finit par disparaître. La patiente est renforcée positivement dans cette expérience, qui est analysée en termes d'habituation.

Cependant, elle reconnaît que le « truc » ne marche pas toujours. En effet, après un week-end passé entre amis, elle a éprouvé un sentiment d'abandon et de cafard très intense en rentrant le soir, seule, dans son appartement. Elle s'est alors mise à manger tout ce qu'il y avait dans son réfrigérateur. Cette situation a été l'occasion de mettre en évidence deux types d'anxiété, non encore distingués jusqu'alors (tableau 2.1).

TABLEAU 2.1. Fiche 5 colonnes remplie à l'occasion d'une situation de solitude

Situation	Émotions	Pensées	Comportements	Conséquences
– Après un week-end entre amis, je me suis retrouvée seule. – J'ai eu un sentiment d'abandon très fort. – J'ai eu mal à l'estomac, et une grande angoisse est apparue. – J'ai eu très envie de manger pour ne plus penser à cette angoisse.	– Découragement, tristesse, énervement (6/8).	– Je pensais qu'après avoir mangé, je grossirais. – Je m'en veux de ne pas me maîtriser.	– Je ne peux pas lutter contre l'envie de manger ; je cherche ce que je pourrais bien manger. – Je mange tout ce que je trouve dans le frigo.	<i>Immédiate :</i> Je me suis sentie soulagée car cela faisait diversion par rapport à mon manque. <i>À moyen terme :</i> J'ai beaucoup culpabilisé (7/8).

Une discussion socratique sur cette fiche permet de faire prendre conscience à Mademoiselle L. qu'il existe un certain mal-être en relation avec son sentiment d'abandon et de solitude. Elle est tout à fait d'accord avec le fait que cette impression est légitime dans sa situation actuelle.

Cependant, elle se rend compte qu'elle cherche à réduire cette émotion par un comportement peu adapté dans ce cas : le fait de manger. Puis, la pensée qu'elle va grossir s'accompagne d'un sentiment de culpabilité intense. À ce moment, il lui faut manger n'importe quoi pour « étouffer » ses pensées et ses émotions. Sur le moment, cela calme son anxiété de solitude, mais la culpabilité qui s'en suit la dévalorise encore plus à ses yeux.

À la suite de cet entretien, Mademoiselle L. comprend mieux l'importance des expositions avec prévention de la réponse. Elle en tire elle-même les conclusions :

- « Je comprends que la réponse qui consiste à manger ne calme que partiellement et à court terme l'angoisse » ;
- « Quand l'angoisse sera présente, j'attendrai qu'elle diminue à la longue, sans passer par le fait de manger puis de culpabiliser » ;
- « Il va falloir que je réfléchisse à ce que signifie pour moi "être autonome", c'est-à-dire ne plus avoir besoin des autres pour vivre heureuse ».

Au cours de la séance suivante, la patiente fait état de sa réussite à résister à l'envie de manger durant le week-end. Elle s'est sentie anxieuse le samedi soir (intensité de 6 à 7 sur 8). Elle a alors eu une forte envie de manger, et a décidé d'aller se promener en ville. Lorsqu'elle est revenue, elle se sentait bien et l'anxiété avait disparu. Au cours des consultations suivantes, et ce jusqu'à la 10^e séance, la patiente ne décrit aucune nouvelle crise de boulimie. Même en situation d'angoisse intense (séances 6 et 7), elle arrive à se contrôler et à observer que l'anxiété finit toujours par décroître.

Récapitulatif des tâches à domicile

- Préparer des menus pour la semaine et s'y tenir.
- Résister à la tentation de manger en dehors des repas ; se laver les dents ou aller se promener en cas de crise.
- Remplir une fiche 5 colonnes en cas de crise.

En résumé

À la fin de cette première phase de la thérapie, on peut noter que la patiente apparaît très motivée. Elle voit rapidement les premiers résultats de son travail (diminution notable de la fréquence des crises de boulimie). Mademoiselle L. reconnaît que sa relation à l'alimentation a évolué depuis ces dernières semaines. Elle est félicitée pour sa participation active.

Séances 6 à 10 : isoler et modifier les pensées automatiques par la restructuration cognitive

Extraction et modification des pensées automatiques

Dès la 6^e séance, il est demandé à la patiente de noter ses pensées automatiques à chaque fois qu'une envie de manger inadaptée se présente. Dans le même temps, elle doit élaborer, vis-à-vis de chaque pensée, une alternative plus réaliste ([tableau 2.2](#)).

La patiente est félicitée du travail méthodique qu'elle a accompli. Il lui est demandé de commenter ce tableau. Elle fait remarquer que ses croyances concernant les pensées automatiques vont en diminuant, alors que celles concernant les pensées alternatives augmentent en

intensité. Elle se rend compte également que ces dernières sont maintenant plus faciles à produire. Enfin, elle dit que son sentiment de mal-être n'est pas lié à la faim, mais bien souvent au stress (fatigue) ou à la tristesse d'être seule. De nouveau, elle admet que manger n'est pas une réponse adaptée à ce mal-être.

TABLEAU 2.2. Fiche de modification des pensées automatiques en pensées alternatives

Situation	Pensées automatiques	Pensées alternatives
Je rentre du travail et je suis fatiguée.	– Je vais aller au supermarché pour traîner et acheter à manger. Ça me réconfortera peut-être ? <i>Croyance : 60 %</i>	– Si j'y vais, une fois rentrée chez moi je le regretterai et ce ne sera pas mieux. <i>Croyance : 30 %</i>
Un dimanche, je me retrouve seule après quatre jours passés avec ma sœur. Je me sens très seule et triste.	– J'ai des choses que j'aime au congélateur. Cela m'aidera peut-être à me sentir mieux. <i>Croyance : 60 %</i>	– Même si je mange, cela ne changera pas mon problème ! <i>Croyance : 30 %</i>
J'ai beaucoup travaillé et je suis très fatiguée. J'ai envie de me faire plaisir.	– Je vais aller au supermarché pour satisfaire cette envie. <i>Croyance : 30 %</i>	– Rentre chez toi, fais un peu de gym, et ensuite prépare-toi quelque chose avec ce qu'il y a à la maison. – Si je parviens à le faire, tout ira bien. <i>Croyance : 60 %</i>
Un week-end seule. Je suis triste.	– Fais-toi plaisir en t'achetant quelque chose de bon. <i>Croyance : 30 %</i>	– Attention à ne pas gâcher le travail de la semaine. <i>Croyance : 70 %</i>

Prise de conscience du schéma de perfection

Au cours de la 6^e séance, Mademoiselle L. dit que « ses journées sont fades ». Elle en arrive à ne plus éprouver de plaisir au quotidien. Par questionnement socratique, elle exprime que pour elle toute situation doit être vécue comme un défi, dans le but de continuellement chercher à se dépasser. Lorsqu'elle fait quelque chose, elle essaye de le faire au mieux, mais cela n'a rien d'un exploit. Elle cherche toujours à « entrer en compétition avec elle-même ». Depuis le début de ses études, elle a toujours souhaité tendre vers une certaine perfection.

De la même façon, elle reconnaît effectuer les tâches de la thérapie par défi. C'est pour elle un moyen de se contrôler.

Le schéma concernant ce besoin de contrôle et de perfection est simplement évoqué, et lui est proposé comme thème de travail pour les séances suivantes.

Début du travail sur l'autonomie

Lors de la 7^e séance, Mademoiselle L. aborde de manière plus approfondie la période d'anorexie survenue au cours de son adolescence. Elle constate que le point commun qui existe entre cette période et celle qu'elle vit actuellement est l'envie de sortir du carcan familial.

En effet, sa mère lui téléphone tous les jours, voire plusieurs fois au cours de la même journée. Parfois, la patiente trouve que cette situation est étouffante, et c'est la raison pour laquelle elle a voulu faire ses études loin de Bordeaux. Elle se rend compte qu'elle a besoin de s'affirmer, et que le rapport qu'elle entretient avec sa mère est très fusionnel. Elle se dit qu'en fin de compte, elle a fait le bon choix lorsqu'elle est partie loin de ses parents. Pour les semaines à venir, la patiente se donne pour objectif de prendre de la distance par rapport à ses parents.

Pour ce qui concerne les tâches à domicile, il est convenu que Mademoiselle L. et sa mère ne se téléphonent que lorsque la patiente en éprouve le besoin. La figure 2.2 montre l'évolution du nombre d'appels téléphoniques au cours du temps.

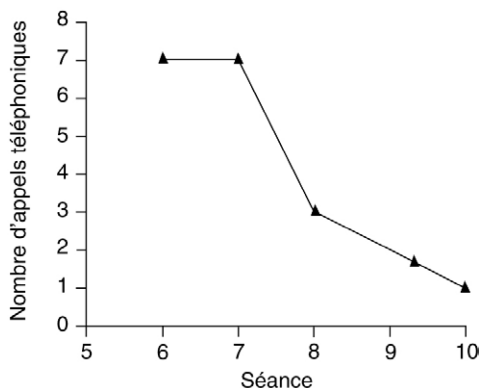


FIGURE 2.2. Nombre d'appels téléphoniques par semaine entre la patiente et sa mère.

Au cours de la 9^e séance, Mademoiselle L. souligne qu'elle a l'impression d'avancer dans sa démarche d'autonomie. En effet, elle est allée ce week-end au cinéma toute seule. C'est la première fois depuis des mois

qu'elle s'autorise à faire quelque chose de plaisant seule. Cela l'a beaucoup satisfait.

De plus, durant la semaine, elle a été obligée de changer l'une de ses roues de voiture. « Avant, je me serais sentie complètement désemparée avec un pneu crevé. Mais cette fois, j'ai assuré, et je me suis dit que j'en étais bien capable, sans attendre l'aide de quelqu'un. » D'autre part, elle ne s'est pas sentie forcée de raconter tout cela à sa mère. Ceci lui a donné un sentiment de liberté et une impression de vivre elle-même sa vie, de manière autonome. Depuis que c'est elle qui fait la démarche de téléphoner à sa mère, elle se sent bien, et plus libre. Elle lui parle de ce qui est essentiel, tout en conservant son jardin secret.

Parallèlement, ses liens avec son frère et sa sœur se sont resserrés, et ils ont évoqué chacun leurs problèmes respectifs. Son frère et sa sœur se sont ainsi rendu compte que Mademoiselle L. n'était pas aussi forte qu'ils l'imaginaient. Elle leur est apparue de ce fait « avec un visage plus humain ». Cette image qu'ils lui ont renvoyée lui a fait du bien, car elle s'est alors sentie moins investie de l'obligation de réussir. Elle reconnaît volontiers qu'il s'agit là de son besoin de perfection qui est remis en cause.

Pensées en rapport avec l'image du corps

Au cours de la 9^e séance, la patiente dit qu'elle n'arrive pas à se peser et que cela l'angoisse, mais sans savoir pourquoi. Il lui est alors demandé d'inscrire sur une fiche 5 colonnes ses pensées et ses émotions à la suite d'une pesée. Il en ressort que sa difficulté est en relation avec son désir de tout contrôler, et qu'elle réagit sur le mode du « tout ou rien » (tableau 2.3).

TABEAU 2.3. Fiche 5 colonnes remplie à l'occasion d'une tâche de pesée

Situation	Émotions	Pensées	Comportements	Conséquences
Mademoiselle L. se pèse, et constate qu'elle n'a pas maigri.	Anxiété, découragement, tristesse (6/8). Énernement contre elle-même (7/8).	– Je savais bien que je n'avais pas maigri. – Je ne me plais pas. – Je ne risque pas de plaie. – Je n'arrive pas à me contrôler. <i>Croyance :</i> (7/8)	– Elle entame un régime strict. – Elle ne mange pas le soir.	<i>Immédiate :</i> Satisfaite d'entamer un régime. <i>À moyen terme :</i> – Elle a faim. – Elle doute d'elle-même.

Une discussion socratique concernant le comportement qui consiste à entamer un régime strict et à se priver de manger amène la patiente à admettre qu'elle est trop rigide dans sa façon d'aborder le problème. Elle veut tout trop vite. Il lui est proposé de se peser chaque jour et de noter son anxiété et ses pensées après la tâche, tout en continuant à respecter les menus établis.

Par la suite, il est demandé à Mademoiselle L. de remplir des fiches de modification de pensées (tableau 2.4). Lorsqu'elle produit volontairement des pensées alternatives, la patiente se rend compte qu'elle peut raisonner autrement, et ainsi moins entretenir son sentiment de culpabilité. Elle constate également qu'elle rationalise de plus en plus le fait de se peser, et que cette situation ne l'angoisse plus autant qu'au début de la thérapie.

TABLEAU 2.4. Exemple de fiche de modification des pensées concernant la tâche de pesée

Situation	Pensées automatiques	Pensées alternatives
Mademoiselle L. se pèse, et constate qu'elle n'a pas maigri.	– Je n'ai pas de chance. – Rien ne va comme je veux.	– Si je fais un régime adapté, je finirai par maigrir. – Il faut être patiente. – Je devrais me faire aider par une diététicienne.

Séance 10 : bilan en milieu de thérapie

À ce moment de la thérapie, Mademoiselle L. annonce qu'elle va déménager car elle a trouvé un emploi à plus de 100 km de Grenoble. Les questionnaires de Beck et d'Édimbourg sont remplis à cette occasion. Un bilan des séances est établi, et comparé aux objectifs du début.

En ce qui concerne les crises de frénésie alimentaire, elle n'en fait plus depuis plus d'un mois. Elle arrive également à contrôler ses angoisses par rapport à la nourriture ; elle établit régulièrement des menus, et s'y tient. Elle a donc une alimentation équilibrée. Elle mange maintenant en fonction de sa faim, et uniquement au moment des repas.

Toutefois, en ce qui concerne l'image qu'elle a de son corps, elle se trouve toujours trop grosse. Ce qui la désole, c'est qu'elle n'arrive pas à maigrir. Son poids n'a pas varié depuis qu'elle est en thérapie. L'image qu'elle a d'elle-même est toujours aussi défavorable.

En ce qui concerne son autonomie par rapport à ses parents, elle se rend compte qu'elle a encore besoin de travailler sur cet aspect. Toutefois, des résultats concrets l'amènent à penser qu'elle a beaucoup évolué par rapport à eux. Par exemple, le fait de ne plus téléphoner qu'une fois par semaine à ses parents lui a été très bénéfique, ce d'autant que sa mère a très bien compris cette démarche et l'a encouragée dans ce sens.

Feed-back des séances

Mademoiselle L. est satisfaite de ces dix premières séances de thérapie cognitivo-comportementale. « Avant, je ne m'en sortais pas », souligne-t-elle. À présent, elle a « mis de l'ordre dans certaines de ses idées » et se rend compte des progrès qu'elle a faits. Elle a envie de continuer ce type de prise en charge avec nous, même si elle habite loin. Il est convenu que les séances auront dorénavant lieu une fois par mois le samedi, tant que le traitement médicamenteux sera poursuivi.

Elle a également revu son psychiatre. Le traitement est maintenu aux mêmes doses (valpromide 300 mg : 3 comprimés par jour et mirtazapine 15 mg : 2 comprimés par jour). Il la reverra également au rythme d'une consultation mensuelle.

Séances 11 à 17 (une séance par mois) : isoler et modifier les schémas

Dès son retour de vacances (séance 11), Mademoiselle L. commence une activité professionnelle de géomètre dans un bureau d'études relativement important. Elle y travaille beaucoup. Lors de la première semaine, elle se retrouve seule dans une ville inconnue, et se sent selon ses dires « sous pression » (bien que ses collègues de travail et ses patrons soient très sympathiques avec elle). Un soir, en rentrant dans son appartement, elle se gave de pain, puis ingurgite la quasi-totalité de ce qu'elle trouve dans ses placards. Elle se sent alors honteuse et déçue. Elle a peur de rechuter.

Après une discussion socratique, elle admet qu'une entorse aux objectifs – compte tenu du contexte (retour de vacances, déménagement, solitude, changement de travail, etc.) – ne peut être assimilée à une rechute. Il lui est proposé de rester vigilante par rapport à son alimentation et de s'ouvrir aux autres en s'inscrivant dans des clubs ou d'autres associations. Elle décide de rechercher un club de gymnastique et/ou de yoga.

Tâches à domicile

- Reprendre son carnet alimentaire et respecter ses menus.
- S'inscrire dans un club ou une association pour rencontrer du monde.

Schéma d'autonomie

Lors de la 12^e séance, la problématique de son autonomie est de nouveau évoquée, à la suite de la visite de ses parents dans son nouvel appartement. En effet, depuis qu'elle travaille, la patiente se sent plus libre par rapport à eux. Par exemple, le fait de payer ses propres factures l'a beaucoup renforcé dans ce sens. Pour elle, c'est un début d'indépendance notable.

Lors de leur séjour, elle a le sentiment d'avoir une relation plus saine avec eux, qu'elle qualifie « d'adulte à adulte » et non pas de fille à parents. Elle a envie de rester dans cette région pour continuer de vivre son indépendance. Toutefois, lorsqu'elle évoque ce sujet, elle sent qu'elle n'est pas encore sûre d'elle. Une fiche de modification du postulat « je dois me débrouiller toute seule » lui est proposée comme tâche à domicile (tableau 2.5).

La lecture de la fiche montre que la patiente n'a pas écrit d'interprétations réalistes. D'autre part, lorsqu'elle fait le commentaire de cette fiche, elle reconnaît que, pour elle, « être autonome, c'est se retrouver seule ». Et cette solitude lui fait peur. La croyance en cette proposition est de 80 %. Les situations qui ravivent ce sentiment de solitude sont les week-ends, les soirées et les instants où elle aimerait partager une certaine intimité.

Il lui est demandé de continuer sa réflexion avec le nouveau postulat : « si je suis autonome, je risque de me retrouver seule ».

TABLEAU 2.5. Fiche de modification du postulat : « Je dois me débrouiller toute seule »

	Conséquences positives	Conséquences négatives	Interprétations réalistes
À court terme	Je ne dépends de personne.	C'est parfois difficile, voire impossible.	
À moyen terme	Je ne suis pas déçue par les autres car j'attends peu d'eux.	C'est fatigant de devoir tout gérer toute seule.	
À long terme	Je serai totalement autonome.	La solitude.	

Au cours de la séance 15, Mademoiselle L. commence l'entretien en disant qu'elle a pris conscience de beaucoup de choses, notamment concernant son autonomie. Elle évalue maintenant sa croyance à 10 %

dans le postulat « si je suis autonome, je risque de rester seule ». Pour elle, l'autonomie c'est « être avant tout responsable de moi et de ce qui m'arrive ». Ce qui n'a rien à voir avec la solitude. Elle croit de plus en plus fermement à ce nouveau postulat (80 %).

Image du corps et alimentation

Pendant ses vacances, la patiente n'a pas particulièrement surveillé ce qu'elle mangeait. De ce fait, elle pense qu'elle a grossi, et cela l'angoisse de nouveau. Toutefois, il est très difficile de savoir combien elle pèse car elle ne remonte plus sur une balance.

Lors de la séance 12, elle constate que sa façon de s'alimenter est encore très erratique. Elle sent que l'équilibre est fragile. En effet, plusieurs crises de boulimie sont apparues, mais uniquement au moment des repas. Bien souvent, il lui arrive de sauter des repas ou de se nourrir de pain (surtout à midi, lorsqu'elle déjeune sur son lieu de travail). Conformément à ce qui avait déjà été relevé lors de la séance 6, elle constate que ses écarts alimentaires sont liés à la fatigue et à la solitude.

De plus, même si Mademoiselle L. apprend à connaître ses collègues de bureau, elle se rend compte que l'image qu'elle a d'elle-même la freine dans ses relations et dans la découverte de nouvelles activités. Par exemple, un collègue lui a proposé un soir d'aller à la piscine ; elle a alors refusé avec fermeté, coupant court à toute discussion. En effet, elle aurait préféré un autre type d'invitation, la situation de la piscine étant trop difficile à appréhender. Un jeu de rôle est alors réalisé, dans le but de reprendre la situation et tourner la proposition à son avantage. À la fin du jeu de rôle, elle comprend que c'est la peur de se montrer en maillot de bain qui est à l'origine de cette réaction quelque peu violente. Une liste des situations généralement évitées en relation avec l'image de son corps est alors établie (tableau 2.6).

TABLEAU 2.6. Liste hiérarchique des situations angoissantes par rapport à l'image corporelle

Situations	Niveau d'anxiété
- Me peser.	100 %
- Rencontrer des amis que je n'ai pas revus depuis que j'ai grossi.	98 %
- Essayer des vêtements qui m'allaient avant et qui me sont trop étroits maintenant.	80 %
- Me regarder nue dans une glace.	80 %
- Me mettre en maillot de bain en public. Aller à la piscine.	75 %
- Essayer des vêtements avec des amies.	50 %
- Me regarder habillée dans une glace.	40 %
- Parler de ma prise de poids à des amies.	25 %
- Parler de ma prise de poids à mes parents.	10 %

La tâche à domicile proposée consiste à remplir le test comportemental d'évitement à chaque fois que la patiente sera confrontée à l'une des situations de la liste ci-dessus, en commençant par les plus faciles.

Lors de la séance 13, Mademoiselle L. désespère de ne pas maigrir. Mais plus elle se prive de manger, et plus elle pense à la nourriture. Elle évoque une situation récente au cours de laquelle elle a eu la pensée obsédante, tout au long de la journée, d'aller acheter quelque chose à manger au supermarché (tableau 2.7).

TABLEAU 2.7. Situation de mal-être déclenchant une crise de boulimie

Situation	Pensée obsédante	Comportement	Émotions
Se sent mal à l'aise en début de journée.	– Va t'acheter quelque chose à manger !	– Elle achète du pain, et s'en gave jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus.	– Déception, colère envers elle-même, anxiété encore plus forte qu'en début de journée. – Elle décide de ne pas manger le lendemain. – Elle a peur de céder de nouveau à ses impulsions.

Alors que la patiente décrit la situation rapportée dans le tableau 2.7, l'accent est mis sur les émotions qu'elle a ressenties. Elle fait remarquer qu'elle perçoit deux types d'anxiété : celle qui l'incite à manger, puis celle qui lui fait diminuer sa prise alimentaire de manière pathologique.

Par questionnement socratique, puis par la technique de la flèche descendante, il lui est demandé de préciser ces deux types d'anxiété :

- « Ce qui est paradoxal, c'est que plus je me sens mal et plus j'ai envie d'étouffer cette anxiété en me gavant par des aliments qui bourrent. Malheureusement, ça me fait grossir. Mais heureusement, je suis encore plus angoissée après. Comme ça j'ai la force de moins manger ! Cette anxiété, je la souhaite un peu car elle me permet de me contrôler. Parfois, je me force à me regarder dans la glace pour la faire augmenter. »
- « Selon vous, que se passerait-il au pire si vous n'aviez pas cette anxiété après vous être gavée ? »
- « Je grossirais ! »
- « Et au pire ? »
- « J'aurais une image de plus en plus négative de moi. »
- « Et au pire ? »
- « Comme j'ai peur de vivre avec, je lâcherais tout ! »

- « Et au pire ? »
- « Je deviendrais énorme. »
- « Et au pire ? »
- « Je serais faible, et ça je ne le supporterais pas. Car je serais alors fragile et dépendante. »
- « Et au pire ? »
- « J'aurais besoin qu'on m'aide. Je serais un boulet pour les autres. »
- « Et au pire ? »
- « C'est inacceptable de ne pas pouvoir s'assumer ! »

Le postulat qui est retiré de ce dialogue est le suivant : « je dois être anxieuse de l'image de mon corps pour pouvoir contrôler mon poids et rester indépendante ».

Ce postulat est ensuite discuté à l'aide de la fiche présentée ci-dessous (tableau 2.8).

Ce travail a permis à Mademoiselle L. de prendre conscience de l'importance de l'image qu'elle a d'elle-même. Elle décide trouver des tâches qui lui permettront de restaurer une image plus positive de son corps. Il lui est rappelé les situations de la liste hiérarchique qui avaient été relevées lors de la précédente séance.

TABLEAU 2.8. Fiche de modification du postulat : « Je dois être anxieuse de l'image de mon corps pour pouvoir contrôler mon poids »

Croyance en ce postulat avant : 90 %			
	Conséquences positives	Conséquences négatives	Interprétations réalistes
À court terme	– Cela me permet d’avoir des sursauts et de réagir en faisant au moins un jour un régime strict.	– J’ai du mal à vivre sereinement telle que je suis.	– Cet état d’esprit me met dans un état d’anxiété permanent qui est difficile à vivre. – Est-ce que ça peut durer ?
À moyen et long terme	– Si je ne maigris pas du fait de cette anxiété, au moins je ne grossis pas non plus.	– Je vis difficilement l’image que me renvoie mon miroir... et pourtant c’est moi.	– Mon image me rend malheureuse, et pourtant c’est ce sentiment douloureux qui me permet de ne pas le rendre encore plus douloureux.
Solutions réalistes	Rompre ce cercle vicieux. Tenter de restaurer une image physique plus positive.		
Croyance en ce postulat après : 30 %			

À la séance 14, Mademoiselle L. revient satisfaite. Elle se fait des menus pour la semaine et s'y tient. Elle n'a pas fait de crise ce mois-ci. Elle dit qu'elle commence à intégrer la notion selon laquelle il vaut mieux maintenir un bon équilibre alimentaire plutôt que d'évoluer selon des excès en dents de scie (grande privation, puis accès de boulimie). Elle parle du film *Little Bouddha*, où le héros comprend ce qu'est la voie du juste milieu (en écoutant un maître de musique expliquer à son élève comment jouer de la cithare, Bouddha comprend que si la corde n'est pas tendue, l'instrument sonne faux. Mais si la corde est trop tendue, elle risque de se casser. La juste tension permet de jouer juste). Elle l'a visionné deux fois pour bien s'imprégner de ce passage.

Elle a également travaillé sur sa liste hiérarchique. La tâche choisie était : « s'observer dans un miroir ». Elle a rempli une fiche 5 colonnes pour cette situation (tableau 2.9).

TABLEAU 2.9. Fiche 5 colonnes concernant la situation : « S'observer habillée dans un miroir »

Situation	Pensées	Émotions	Comportements	Conséquences
S'observe habillée dans un miroir.	Je ne suis pas comme je devrais être.	Énervement, découragement. Puis, envie que ça aille mieux, <i>punch</i> .	– Continue de faire de la gym douce le soir chez elle. – Établit des menus et s'y tient. – Résiste aux envies de se gaver.	– Se sent plus raisonnable. – Crainte de rechuter si son poids ne bouge pas.

Dans ses commentaires concernant ce tableau, Mademoiselle L. dit que ce qui importe le plus pour elle actuellement est de se sentir bien dans sa peau avant de maigrir. Cependant, ce n'est pas évident, car elle est impatiente de voir les résultats de ses efforts. D'autre part, elle est consciente qu'elle ne vient pas en thérapie pour maigrir.

Lors de la séance 15, la patiente souligne qu'elle a fait la connaissance d'une collègue de travail qui a aussi des problèmes de poids, mais qui le vit apparemment bien. À toutes les deux, elles ont décidé de s'entraider pour entamer un régime. Le fait de parler de ses rondeurs avec cette amie l'a beaucoup rassurée, et l'a aidée à dédramatiser la situation. Elle ne se sent désormais plus seule à supporter une image parfois négative de son propre corps.

Elle a également accepté la proposition d'aller à la piscine avec cette amie. Au début, elles y sont allées une fois par semaine. À présent, elle s'y sent bien, et elles y vont ensemble deux fois par semaine. Elle se rend compte qu'en compagnie de cette amie le poids peut ne pas être un

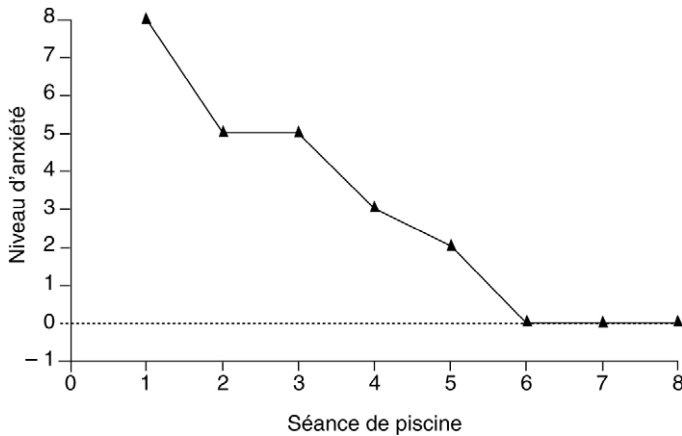


FIGURE 2.3. Évolution de l'anxiété dans la situation « se mettre en maillot de bain en public ». L'échelle d'anxiété évolue de 0 (pas d'anxiété) à 8 (anxiété maximale).

problème. La figure 2.3 reprend l'évolution du malaise ressenti quand elle est en maillot de bain à la piscine (mesure établie à partir du test d'évitement).

Au cours de la séance 16, la patiente annonce qu'elle a commencé un régime avec l'aide d'un endocrinologue. La pesée lui a été difficile à supporter, d'autant qu'elle pèse maintenant 68 kg. L'annonce de son poids l'a effrayée. Le médecin est au courant du travail effectué en thérapie. Elle reprend de manière plus soutenue le carnet alimentaire, qu'elle laissait un peu de côté ces derniers temps. Ce suivi lui permet de mieux se rendre compte des repas sautés à midi, souvent à cause du travail.

Elle continue d'aller deux fois par semaine à la piscine. Elle y prend beaucoup de plaisir. Elle s'expose par ailleurs aux situations de la liste hiérarchique, notamment pour ce qui concerne les items « se regarder dans la glace » et « essayer des vêtements entre amies ». Elle éprouve de moins en moins de difficultés à les réaliser. Ce qui l'inquiète le plus pour l'instant, c'est le fait de « rencontrer des amis qu'elle n'a pas revus depuis qu'elle a grossi ».

En fin de séance, on aborde la question de la fin de la thérapie, comme cela avait été convenu lors de la 10^e séance. En effet, Mademoiselle L. vient de revoir son psychiatre traitant, qui ne lui a pas renouvelé son traitement psychotrope ; c'est une bonne nouvelle pour la patiente, qui se sent de mieux en mieux. L'agenda de la prochaine séance portera donc sur le bilan de la thérapie.

Séance 17 : bilan de fin de thérapie

Mademoiselle L. apprécie toujours le travail entrepris avec l'endocrinologue. Jusqu'à présent, elle arrive à bien suivre son régime. Elle se réhabilitue progressivement à manger de tout, et à tous les repas. Elle n'a plus eu de crise alimentaire depuis plus de trois mois. Elle se sent « en forme ».

La patiente souligne que selon elle la thérapie a été positive concernant les objectifs qui avaient été fixés en début de prise en charge :

- concernant les crises de boulimie, après une période difficile (emménagement, nouveau travail), elle résiste aux nombreuses envies de « se gaver ». D'ailleurs, ces accès anxieux se sont progressivement estompés pour ne plus réapparaître, et ce depuis plus de trois mois ;
- concernant l'image corporelle, elle a été capable de réaliser des tâches qui lui semblaient au départ très difficiles, voire impossibles, comme le fait d'aller régulièrement à la piscine. Elle est consciente qu'elle doit continuer de travailler vis-à-vis des postulats en lien avec l'image qu'elle a d'elle-même ;
- concernant le désir d'autonomie et la peur de solitude, elle s'aperçoit qu'elle se sent de plus en plus responsable de sa propre vie, et que son cercle amical s'agrandit de jour en jour. Elle ne désespère plus de rencontrer bientôt l'âme sœur ;
- concernant la dépression, elle est vraiment satisfaite d'avoir pu arrêter le traitement médicamenteux au bout d'un an. Elle n'a plus d'idées noires, ni de sentiment de dévalorisation. Elle envisage l'avenir avec un certain optimisme.

L'évaluation post-traitement est ensuite réalisée en reprenant le questionnaire de Beck et celui d'Édimbourg.

Enfin, une phase de suivi à proprement parler est proposée, et ce dans le but d'évaluer le maintien des résultats obtenus. Mademoiselle L. sera donc revue en consultation une fois tous les deux mois pendant six mois. Durant ce laps de temps, la patiente est encouragée à poursuivre ses efforts et à continuer de travailler sur son image corporelle grâce à la restructuration cognitive.

Phase de suivi : séance 18

Mademoiselle L. est revue deux mois après la séance de bilan. Elle est satisfaite car elle a maigri de 2 kg. « C'est peu, dit-elle, mais c'est déjà ça ! » En concertation avec l'endocrinologue, elle respecte sans difficulté ses menus et elle mange à tous les repas. Elle n'a pas refait de crise de boulimie.

L'estime de soi est bien meilleure, mais la patiente se sent encore fragile. Elle continue d'aller à la piscine avec son amie, et réalise de plus en plus d'activités répertoriées sur la liste hiérarchique du tableau 2.6.

Elle envisage avec plaisir – mais aussi avec angoisse (cotée 8/10) – de rassembler prochainement ses anciens camarades de promotion. En effet, elle craint leur jugement lorsqu'ils la verront plus grosse qu'ils ne

l'ont connue. Elle dit que ses amis penseront qu'elle ne se maîtrise pas. Une fiche de modification de pensées est établie à partir de cette réflexion (tableau 2.10).

TABLEAU 2.10. Modification de la pensée : « Mes amis risquent de penser que je ne me maîtrise pas »

Croyance en cette pensée avant : 90 %	
Arguments pour	Arguments contre
– L'image que je leur donne est celle de quelqu'un qui assure toujours. – Je suis persuadée qu'ils le pensent. – Ils sont capables de voir que j'ai grossi. – Je n'aime pas montrer que je suis faible.	– Ils ne connaissent pas tout ce qui m'est arrivé. – Peut-être qu'ils s'en fichent. – Mon frère me dit que mes faiblesses me donnent un visage plus humain.
Valeur en % : 90	Valeur en % : 60
Croyance en cette pensée après : 85 %	

À la fin de la rédaction de cette fiche, Mademoiselle L. dit qu'elle se sentira réellement bien le jour où les gens ne la jugeront pas lorsqu'ils la verront. Il lui est demandé si elle a déjà entendu des remarques ou des jugements concernant son aspect physique. En fait, elle n'en a jamais eu l'occasion.

En ce qui concerne les faiblesses, elle reconnaît que ceux qui l'entourent peuvent en avoir ; ça les rend, selon elle, plus accessibles. Elle ajoute alors en riant : « Peut-être que si je montrais mes faiblesses, je serais plus accessible et donc plus charmante sur le plan du caractère et du physique ». Par questionnement socratique, elle reconnaît que sa recherche de perfection est difficilement compatible avec une quelconque amélioration de son estime d'elle-même. Il lui est alors demandé de travailler en tâche à domicile sur le postulat suivant : « si je montre mes faiblesses, alors on pensera que je suis nulle ».

Résultats

Questionnaires

L'évolution du trouble alimentaire présenté par Mademoiselle L. est évaluée par l'inventaire de boulimie d'Édimbourg, qui est rempli au cours des deuxième (pré-thérapie), dixième et dix-septième (post-thérapie) séances. Le score de 24 en pré-thérapie sur l'échelle des symptômes indique une boulimie manifeste. L'amélioration en fin de thérapie est de 75 %, avec un score revenu à des valeurs normales (tableau 2.11). Il convient de remarquer que l'échelle de sévérité est faiblement cotée (score = 2) en début de traitement.

En ce qui concerne l'évaluation de l'intensité de la dépression par l'inventaire de Beck, la note initiale de 14 indique une « dépression légère », ce qui semble tout à fait compatible avec l'effet attendu d'un traitement médicamenteux suivi depuis trois mois. En fin de thérapie, une amélioration de 78 % est notée, amélioration conjointe à l'amendement des symptômes et à l'arrêt du traitement (tableau 2.11).

TABLEAU 2.11. Évaluation de la thérapie par les questionnaires

Questionnaires	Évaluation pré-thérapie	Évaluation à la 10 ^e séance	Évaluation post-thérapie	% d'amélioration
Inventaire de boulimie d'Édinbourg	24	18	6	75 %
Échelle de sévérité	2	0	0	100 %
Inventaire de dépression de Beck	14	8	3	78 %

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés ont été effectuées. La figure 2.4 reprend le nombre de crises de boulimie par semaine, ainsi que l'intensité moyenne de l'anxiété s'y

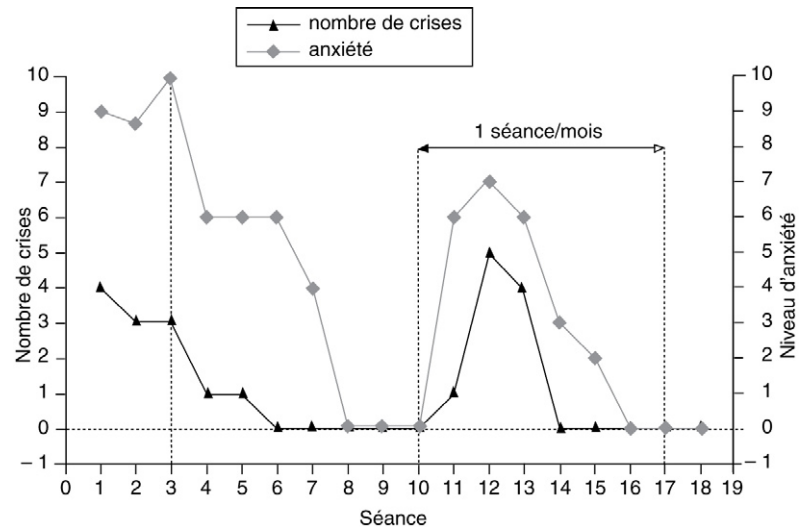


FIGURE 2.4. Évolution du nombre de crises de boulimie et de l'anxiété associée.

rapportant. Le niveau relativement élevé de l'anxiété aux 6^e et 7^e séances montre que le contrôle de la crise a été total, puisqu'aucune prise alimentaire excessive n'a été enregistrée parallèlement à cette angoisse. L'expérience de cette exposition avec prévention de la réponse a probablement été profitable, puisqu'aucune crise n'est mise en évidence par la suite, et ce jusqu'à la 10^e séance.

À partir de la 11^e séance, les valeurs correspondent à l'ensemble du mois écoulé. Le nombre des crises et le niveau d'anxiété augmentent conjointement. Les nombreux changements (déménagement, nouvelle activité professionnelle, éloignement des amis, etc.) sont invoqués pour expliquer cette recrudescence. Cela montre également la relative fragilité des résultats obtenus précédemment, et confirme la valeur de l'inventaire d'Édimbourg (18) notée à la 10^e séance (boulimie peu franche, comportement alimentaire inhabituel). La reprise des expositions avec prévention de la réponse, ainsi que la régularité des menus, permettent de faire totalement disparaître les troubles alimentaires à partir de la 14^e séance. Cette évolution favorable est maintenue pendant plus de trois mois (de la séance 15 à 17), et continue d'être stable lors de la première phase de suivi.

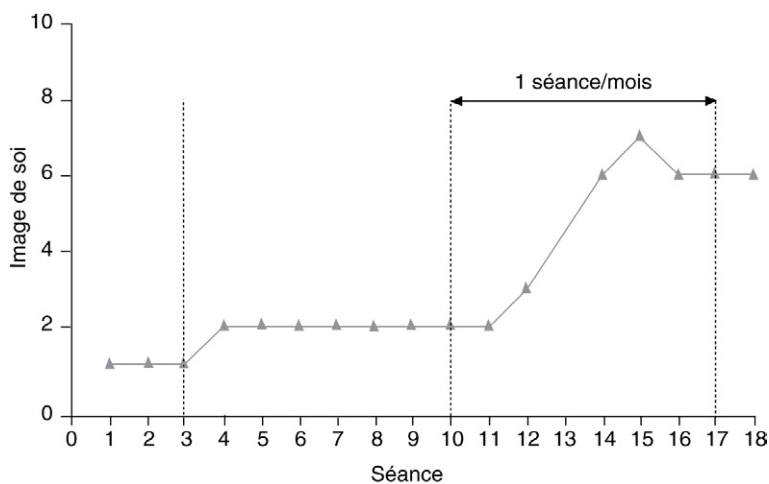


FIGURE 2.5. Évolution de l'image corporelle.

La figure 2.5 reprend l'évolution de l'image corporelle. Il apparaît que cette dernière reste stable durant une longue période, et ce jusqu'à la 11^e séance. Puis, le travail en restructuration cognitive et les tâches comportementales établies à partir de la liste hiérarchique (tableau 2.6)

permettent à la patiente d'améliorer cette image. Mademoiselle L. peut ainsi multiplier ses expériences relationnelles sans s'en tenir à des pensées négatives relatives à son corps et son poids. On remarque une certaine stagnation concernant cette image corporelle en fin de thérapie, stagnation qui se confirme en phase de suivi.

SYNTHÈSE

Au début de la prise en charge, Mademoiselle L. présente un trouble alimentaire à type de boulimie sur fond de dépression. Ce trouble perdure depuis plusieurs mois, il fait suite à une rupture sentimentale. La patiente fait l'objet d'une prise en charge cognitivo-comportementale, à sa demande et sur les conseils de son psychiatre traitant.

La thérapie débute par une prise en charge comportementale à type d'exposition avec prévention de la réponse, établissement d'un carnet alimentaire et suivi de menus élaborés à l'avance. La thérapie cognitive mise en place de manière précoce permet d'isoler et de modifier des postulats relatifs au désir de perfection, à l'autonomie (notamment vis-à-vis de la famille), et à l'image du corps.

L'évolution rapidement favorable des symptômes est probablement liée d'une part à la forte motivation et à l'implication de la patiente, d'autre part à l'alliance thérapeutique qui s'instaure entre Mademoiselle L. et ses soignants (le psychiatre traitant et le thérapeute).

Les objectifs fixés en début de thérapie ont été atteints. Les crises de boulimie et l'anxiété qui les accompagnait ont disparu. Ces résultats sont maintenus depuis plus de quatre mois. Toutefois, l'image qu'a la patiente de son corps est encore fragile, même si elle peut effectuer maintenant des tâches jusque-là impossibles à faire pour elle (par exemple aller à la piscine).

Un suivi de six mois est proposé pour s'assurer du maintien de l'amélioration et permettre à la patiente de continuer le travail cognitif psychothérapique.

CHAPITRE 3

Phobie sociale

Présentation du cas clinique

Introduction

Mademoiselle B. est âgée de 23 ans. Elle est adressée par sa psychiatre traitante pour une phobie sociale associée à des manifestations d'angoisse. La symptomatologie survient à l'occasion de nouvelles rencontres, ainsi que lors de la prise des transports en commun.

La patiente se présente comme une jeune femme souriante, affable mais craintive ; elle est habillée « à la garçonne » – jeans, blouson, casquette vissée sur la tête (pour ne pas voir ce qui se passe autour d'elle selon ses dires). Elle se plaint de ne plus pouvoir sortir de chez elle, et d'être sans cesse dépendante de quelqu'un pour faire quelque chose à l'extérieur de son appartement. Elle n'ose même pas aller seule au bureau de tabac en bas de son immeuble pour s'acheter des cigarettes. Elle aimerait vivre « comme tout le monde ».

Au moment des premières consultations, Mademoiselle B. n'a pas d'activité professionnelle. Depuis qu'elle a arrêté ses études aux Beaux-Arts, il y a trois ans, elle végète sans vraiment sortir de son appartement. Elle vit depuis un mois avec son compagnon, qu'elle connaît depuis deux ans et qui la prend totalement en charge pour ce qui concerne les tâches de la vie quotidienne.

Son père, qui est notaire, est un homme anxieux et très pragmatique. Il a 59 ans et est en bonne santé. Sa mère a 58 ans, elle ne travaille pas. C'est une femme dynamique.

Les parents de la patiente ont divorcé alors qu'elle avait 12 ans. Cette période a été difficile pour elle, car elle a longtemps attendu que son père revienne à la maison, comme sa mère le lui signifiait. Après une phase de rejet catégorique du père, elle s'entend de nouveau relativement bien avec lui.

Mademoiselle B. avait un frère de huit ans son aîné, qui est décédé il y a trois ans au cours d'un accident de la voie publique (cet événement, qui

a déclenché les troubles, sera repris ci-après). Elle a également une demi-sœur du côté de son père, âgée de 6 ans, avec qui elle s'entend bien.

Anamnèse

Les troubles de Mademoiselle B. ont probablement débuté durant l'enfance, pour se systématiser au cours de l'adolescence. En effet, alors que la patiente était à l'école primaire, toute la classe s'est moquée d'elle parce qu'elle s'est évanouie à la suite d'un vaccin. Depuis cet épisode, elle craint le jugement des autres et se dit très sensible à la moquerie.

À l'âge de 15 ans, elle quitte sa campagne natale pour se retrouver interne dans un lycée en ville. Le contact avec la foule, ainsi que le fait qu'on lui recommande de bien faire attention aux risques auxquels s'expose une jeune fille seule, l'amènent à ressentir à plusieurs reprises des angoisses à type d'attaques de panique dans des situations banales (sortie entre amis, transport en commun). Elle se souvient d'un voyage en bus pendant lequel elle voit un jeune homme vomir. Très vite, elle se sent mal à l'aise : non pas qu'elle soit écœurée, mais elle s'imagine à la place de cette personne. Elle souligne : « Les gens qui le regardaient semblaient le juger, et c'est comme si on me jugeait moi ». Selon ses dires, elle a eu honte pour lui.

À 18 ans, elle s'installe seule dans un appartement que son père lui achète. C'est une période au cours de laquelle elle est étudiante aux Beaux-Arts. Elle est autonome, indépendante, et vit seule. Elle sort beaucoup avec ses amis. Elle veut prendre le contre-pied de la petite fille timide qu'elle était à l'adolescence.

À l'âge de 20 ans, elle apprend le décès brutal de son frère, survenu alors qu'il était en vacances en Belgique. Ce dernier a été renversé par une voiture lors d'une promenade en vélo sans ses papiers d'identité. Les services de police mettront une semaine pour retrouver son nom et prévenir ses parents. À l'annonce de la nouvelle, Mademoiselle B. éprouve une sensation d'« irréalité », puis un sentiment d'injustice et de colère. Elle ne comprend pas que son frère, qui était un modèle de gentillesse et de réussite, ait pu mourir. Elle aurait préféré être à sa place (« Au moins, moi, je ne manquerais pas », se dit-elle). Elle remet alors toute son existence en question. Elle ne mange plus, ne dort plus. Elle vit constamment dans le noir, n'a plus envie de rien. Ce comportement dépressif dure trois mois. Certains de ses amis se détachent d'elle. Ses parents s'occupent bien d'elle, mais rien n'y fait. Elle n'accepte pas le pragmatisme et la résignation de ces derniers.

À la suite de cet épisode douloureux, elle ne vit plus comme avant. Elle se cloître chez elle, abandonne ses études. Des amis lui font ses courses. Elle angoisse à l'idée de revoir des gens. Elle finit par éviter toutes les situations susceptibles d'entraîner un certain malaise. Elle vit

de « petits boulots à durée limitée » dans l'animation. En août 2000, elle bénéficie d'une hospitalisation de jour de deux semaines en psychiatrie, suite à une recrudescence de sa symptomatologie dépressive, avec idées suicidaires. Très vite, son état s'améliore et elle reprend des séances de thérapie de soutien en ville avec sa psychiatre, qui lui prescrit de la fluoxétine et de l'alprazolam.

Actuellement, elle redoute et évite toutes les situations qui la mettent en contact avec des inconnus ou un grand groupe de gens. Lorsqu'elle se retrouve dans de telles situations, elle décrit la survenue de nausées, d'une sensation de chaleur diffuse, de boule dans la gorge et d'une impression d'étouffement. Un sentiment de déréalisation l'envahit. Elle a peur de perdre le contrôle d'elle-même et de se mettre à vomir devant tout le monde. Elle ne se déplace jamais (ou très rarement) seule, et de toute manière toujours avec son vélo (qui est considéré ici comme un objet contra-phobique) : Mademoiselle B. souligne que c'est pour pouvoir rentrer plus vite chez elle en cas d'attaque de panique.

Ses activités sociales sont extrêmement restreintes : consultation chez sa psychiatre, cours de dessin dans un atelier en compagnie de trois ou quatre autres personnes, et quelques invitations chez des amis en petit comité. Elle n'a jamais repris ses études, ni un travail fixe. Elle ne fait jamais les courses seule, et ne prend plus les transports en commun. Elle évite toutes les sorties au restaurant et au cinéma.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I*¹ : phobie sociale : F40.1 [300.23] ; agoraphobie avec attaque de panique : F40.01 [300.21].
- *Axe II, III, IV* : absence.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, la phobie sociale est caractérisée par une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles le patient est en contact avec des gens non familiers. Cette anxiété conduit généralement à l'évitement de la situation redoutée.

Mademoiselle B. présente depuis plus de trois ans des manifestations anxieuses en relation avec des situations mettant en jeu la rencontre ou le contact avec des inconnus ou une foule, ce qui la conduit à éviter ces situations de façon massive. La patiente craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante, bien qu'elle reconnaisse le caractère excessif de sa peur.

1. On retrouve ici des attaques de panique en rapport avec la peur de l'autre et des attaques de panique en rapport avec la peur de ne pouvoir s'échapper, la peur de perdre le contrôle.

L'évitement et l'anticipation anxieuse qu'elle manifeste perturbent de façon notable ses activités sociales et professionnelles, et s'accompagnent d'un sentiment de détresse importante.

L'agoraphobie se définit comme 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 ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique.

Les peurs agoraphobiques de Mademoiselle B. regroupent des situations incluant le fait d'être au restaurant, dans un autobus ou un tramway. Toutes ces situations sont actuellement évitées de manière massive.

Le diagnostic différentiel avec une phobie sociale est un trouble de la personnalité de type évitant. C'est un mode général d'inhibition sociale associée au sentiment de ne pas être à la hauteur, à une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte. Compte tenu de l'ancienneté des troubles et de leur survenue à l'âge de 20 ans, on pourrait évoquer ce diagnostic, sans toutefois pouvoir conclure de façon formelle.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

L'analyse fonctionnelle (fig. 3.1) est effectuée à l'aide de la grille SECCA (Cottraux, 1998). Le problème-cible est une phobie sociale (avec agoraphobie).

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Père anxieux.
- Aucun élément particulier concernant la mère.

Personnalité de la patiente

La patiente apparaît assez paradoxale²: le comportement d'évitement de nombreuses situations sociales semble en décalage avec l'attitude lors des rencontres en tête-à-tête, au cours desquelles Mademoiselle B. est toujours souriante, à l'écoute d'autrui, et se lie apparemment très vite avec une personne (lors de son hospitalisation, une problématique histrionique a été évoquée à de nombreuses reprises).

2. On peut ici évoquer la présence de certains traits histrioniques, qui toutefois ne remplissent pas les critères de l'axe II.

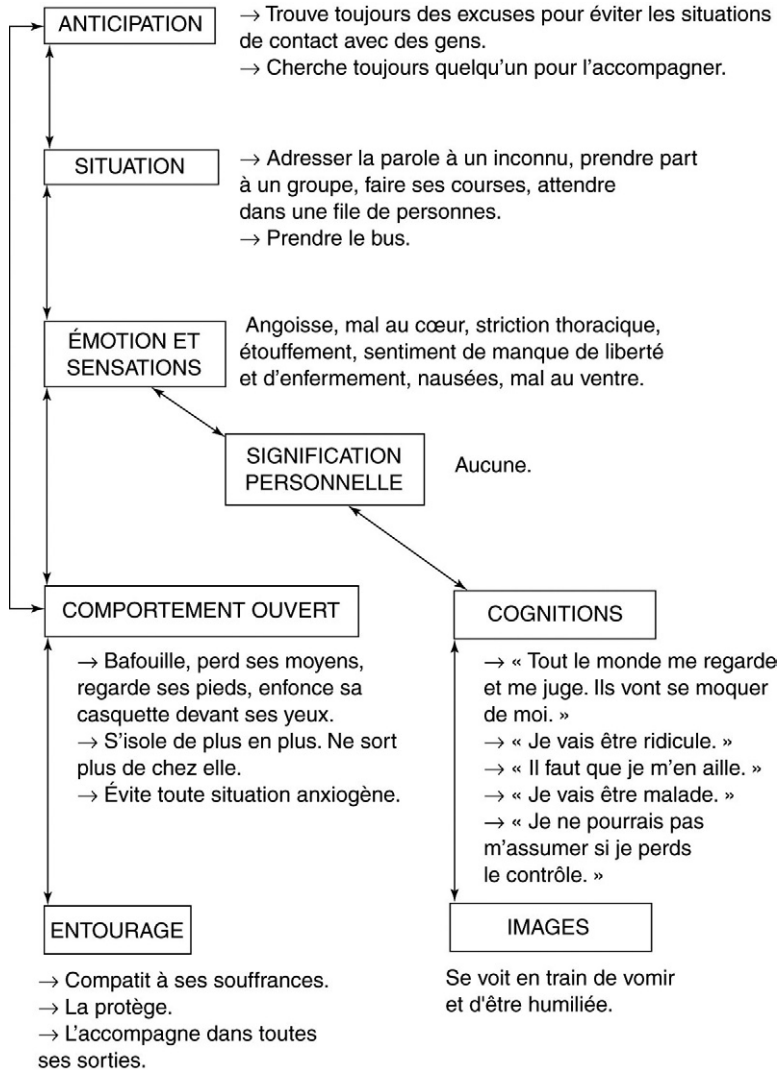


FIGURE 3.1. Analyse fonctionnelle d'une situation de phobie sociale avec agoraphobie.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Surprotection de la part des parents et des amis, qui lui font ses courses et assurent ses démarches administratives (par exemple : c'est son père qui lui remplit sa déclaration d'impôts).
- Aucun traitement efficace proposé depuis trois ans.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- Moqueries dont la patiente a été victime en primaire à la suite d'un évanouissement.
- Morcellement et séparation de la sphère familiale (divorce des parents à l'âge de 12 ans, internat à 15 ans et appartement personnel à 18 ans), avec maintien d'une certaine dépendance vis-à-vis de son père et de sa mère.

Événements précipitant les troubles

- Décès brutal du frère aîné au cours d'un accident de la voie publique.
- Syndrome dépressif avec idées suicidaires ayant nécessité une hospitalisation en août 2000.

Autres problèmes

Absence.

Traitements antérieurs

Fluoxétine et alprazolam.

Traitement actuel

- Psychothérapie de soutien (une consultation tous les 15 jours) depuis trois ans.
- Alprazolam en cas de crise d'angoisse.

Évaluation de la thérapie

Questionnaires

Plusieurs questionnaires ont été remplis, en début et en fin de thérapie :

- *Échelle de phobie sociale de Liebowitz* : ce questionnaire évalue l'anxiété et l'évitement selon deux sous-échelles, portant sur l'interaction sociale et la performance ;
- *Questionnaire des peurs (Marks et Mathews, 1979. Traduction de Cottraux et coll., 1985)* : ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les problèmes phobiques les plus fréquents. Il évalue également l'anxiété et la dépression associées aux phobies ;
- *Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984. Traduction de Cottraux, 1998)* : il s'agit ici d'évaluer les pensées irrationnelles concernant les possibles conséquences de l'anxiété. Les items sont séparés en deux sous-scores : le score des inquiétudes sociales et comportementales, et le score des inquiétudes physiques ;
- *Inventaire de dépression de Beck (21 items : Beck, 1979. Traduction de Bourque et Beaudette, 1982)* : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires (item 9).

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, des mesures à intervalles rapprochés ont été effectuées à partir du test comportemental d'évitement de Marks (Marks et Mathews, 1979 ; traduction de Cottraux et coll., 1985).

Ce test évalue l'importance de l'évitement et l'intensité de l'anxiété en lien avec les situations phobiques. Les quatre tâches retenues pour une évaluation régulière sont établies en fonction des deux objectifs de la patiente, et en collaboration avec cette dernière. Les deux premières concernent l'objectif « se déplacer et faire les choses seule » et les deux autres concernent l'objectif « trouver un emploi ». Ces tâches sont les suivantes :

- prendre le bus ou le tramway seule ;
- faire ses courses seule dans un magasin ;
- parler à des inconnus ;
- pouvoir passer un entretien d'embauche.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Mademoiselle B. en a assez de vivre « en dehors du monde ». Elle en a assez d'attendre le retour de son compagnon pour aller chercher du beurre. Elle voudrait refaire tout ce qu'elle faisait avant le décès de son frère. Elle veut devenir indépendante, d'autant plus qu'elle n'a plus droit aux différentes aides financières dont elle disposait jusqu'à présent (RMI). Le contrat thérapeutique passé avec la patiente porte donc sur les deux aspects de sa demande d'indépendance :

- se déplacer et faire seule les choses (parvenir au moins à faire ses courses) ;
- trouver un emploi, ce qui signifie pouvoir parler avec quelqu'un (un inconnu).

Il est proposé à Mademoiselle B. une prise en charge cognitivo-comportementale d'une vingtaine de séances, débutant par une phase d'évaluation au cours laquelle des informations sur la phobie et sur les principes du traitement sont données. Puis, une phase de thérapie proprement dite permet d'expérimenter la relaxation, le jeu de rôle, et se poursuit par des expositions in vivo . Enfin, une phase de suivi (seule la première sera présentée dans ce chapitre) permet d'observer le maintien des résultats.

Objectifs thérapeutiques

Les deux objectifs thérapeutiques sont fixés en collaboration avec la patiente. Tout d'abord, celle-ci désire pouvoir se déplacer seule, et notamment faire ses courses sans dépendre de quelqu'un. Dans le cadre de la réalisation de cet objectif, une liste hiérarchique de situations, angoissantes qu'elle n'affronte pas seule – ou avec difficulté – est établie.

Mademoiselle B. souhaite également trouver un emploi, mais elle ne se sent pas capable de faire les démarches nécessaires. Pour cet objectif, l'apprentissage de techniques de résolution de problème et d'affirmation de soi est proposé.

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques comportementales : relaxation, exposition *in vivo*, techniques d'affirmation de soi avec jeux de rôle et *modeling* ;
- techniques cognitives : présentation de la phobie et du principe de conditionnement, résolution de problème, restructuration cognitive ;
- prescription de tâches à domicile.

Déroulement de la thérapie

Protocole utilisé

Il est de type A-B :

- la phase A correspond à la ligne de base (3 séances), et permet d'observer le comportement de la patiente avant le traitement ;
- la phase B correspond à la phase de traitement proprement dite (13 séances) ;
- enfin, ce protocole comprend une phase de suivi permettant d'évaluer le maintien des résultats (3 séances). La première séance sera détaillée.

La thérapie consiste en une séance d'une heure toutes les semaines. Puis elle se poursuit au rythme d'une séance par mois pendant la phase de suivi.

Planning des séances

- Bilan de la semaine écoulée avec une revue des tâches à domicile.
- Agenda de séance.
- Choix d'un problème-cible et travail cognitif ou comportemental.
- Prescription de tâches à domicile.
- Résumé de la séance, puis *feed-back* réalisés par la patiente.

À partir de cette explication, le principe de la thérapie – qui s’appuie essentiellement sur l’exposition – lui est présenté. Il comporte trois phases :

- contrôle de la réponse physiologique par la relaxation ;
- affrontement des situations redoutées par l’exposition ;
- renforcement du sentiment de contrôle et d’efficacité par la restructuration cognitive.

Constitution de la liste hiérarchique

À la 3^e séance, il est demandé à Mademoiselle B. de noter toutes les situations évitées, et de les organiser autour d’un thème en hiérarchisant l’intensité de l’anxiété de 0 à 100.

Deux thèmes principaux sont alors relevés. Ils correspondent aux deux principales situations que la patiente souhaite affronter sans anxiété excessive : d’une part « pouvoir se déplacer seule » (tableau 3.1)

TABLEAU 3.1. Liste hiérarchique concernant le thème : « Pouvoir se déplacer seule »

Situations	% d’anxiété	Évitement
Long déplacement en bus ou en tramway, seule/ accompagnée	100/97	oui
Déplacement à Grenoble dans des endroits non familiers, avec ou sans vélo, seule/accompagnée	95/80	oui
Aller dans un grand centre commercial seule/ accompagnée	91/80	oui
Petit déplacement en bus seule/accompagnée	90/75	oui/non
Aller dans un petit magasin seule/accompagnée	88/60	oui/non
Marcher dans des endroits familiers, sans son vélo, seule	60	oui
Marcher dans des endroits familiers, avec vélo, seule	50	oui
Marcher dans des endroits familiers, avec ou sans vélo, accompagnée	30	non
En fonction de la distance par rapport à son immeuble (du plus loin au plus près)		
Aller à sa banque ou chez son dentiste seule/ accompagnée	50/30	oui/non
Aller chez sa psychiatre seule/accompagnée	50/30	oui/non
Aller à son cours de dessin seule/accompagnée	45/10	oui/non
Aller jusqu’à l’arrêt de bus seule/accompagnée	40/30	oui/non
Aller jusqu’au bureau de tabac ou à la pharmacie seule/accompagnée	35/15	oui/non
Aller jusqu’à sa boîte aux lettres au bas de son immeuble	0	non

et d'autre part « pouvoir être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens » (tableau 3.2).

TABLEAU 3.2. Liste hiérarchique concernant le thème : « Être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens »

Situations	% d'anxiété	Évitement
Demander un renseignement à un inconnu	100	oui
Parler à un inconnu	100	oui
Parler ou agir en public	100	oui
Manger et boire avec des amis et des inconnus en grand groupe	98	oui
Passer un entretien d'embauche	95	oui
Aller au restaurant entre amis	90	oui
Faire la queue dans une file d'attente	80	oui
Aller au cinéma	78	oui
Manger et boire avec des amis en petit comité à l'extérieur	75	non
Manger et boire avec des amis en petit comité chez elle	50	non
Parler à des gens qui détiennent une certaine autorité (mais familiers)	40	non
Parler à quelqu'un de connu, mais peu familier	30	non
Parler à quelqu'un de familier	0	non

Feed-back

Les explications données en début de thérapie rassurent la patiente. Elle aime bien cette façon scientifique de présenter la psychologie, et en particulier ses propres peurs. En effet, le fait de prendre du temps pour lui expliquer les modèles cognitifs et le déroulement de la thérapie a plusieurs effets : d'une part, cette démarche progressive la rassure. Elle se sent « normale », et a enfin l'espoir de s'en sortir, mais elle ne veut pas que cela aille trop vite. Après l'explication du principe de l'exposition, elle souligne ironiquement mais non sans anxiété : « Si j'ai bien compris, je vais en baver ; j'espère que ça marche votre truc ».

D'autre part, l'espoir de guérir lui donne du courage pour se mettre en situation. Elle se fixera régulièrement des défis au cours de la thérapie, tout d'abord dans le but d'expérimenter ce qui est dit en séance, puis de poursuivre sa progression grâce au renforcement inhérent à ses premières réussites.

Séances 4 à 16

Relaxation

Dès la 4^e séance, et de façon à contrôler ses montées d'angoisse en situation, la relaxation rapide selon les principes exposés par Cungi (1998) est apprise à la patiente, et lui est conseillée comme tâche à domicile. Cette méthode, qui repose sur le contrôle de la respiration, inclut la technique de Valsalva utilisée pour la maîtrise des attaques de panique. Ce point est clairement expliqué à la patiente. Des répétitions de la technique respiratoire sont mises en place au cours des séances suivantes.

Au début de l'apprentissage de la relaxation rapide, Mademoiselle B. dit ne jamais se souvenir de la pratique de ce type de respiration lorsque l'angoisse survient. Elle rapporte que c'est son compagnon qui la lui rappelle le plus souvent. Pour éviter qu'une dépendance à son petit ami ne s'installe par le biais des techniques comportementales, il est demandé à la patiente de mettre en œuvre un procédé mnémotechnique qui ne dépend que d'elle. Elle finit par placer un papier dans son sac, sur lequel sont détaillées les différentes étapes de la relaxation rapide. À chaque fois qu'elle le voit, elle doit s'entraîner à respirer.

Lors de la 6^e séance, Mademoiselle B. arrive très anxieuse. De nombreux événements négatifs sont intervenus au cours de ces quinze derniers jours (décès d'un petit cousin à la naissance, suicide d'une tante). Elle est allée voir sa psychiatre, qui lui a prescrit de la sertraline et de l'alprazolam. Elle pleure beaucoup, et n'arrive plus à sortir de chez elle (et donc à s'exposer). Elle a des idées noires et ressasse sans arrêt le suicide de sa tante.

Par questionnement socratique, elle comprend que son malaise provient d'une réaction de colère vis-à-vis de sa tante. En effet, cet épisode douloureux la renvoie à sa propre envie de tout abandonner (et donc de baisser les bras, comme sa tante), alors qu'elle a décidé de s'en sortir. Cet exemple est très décourageant pour elle.

Une relaxation de type Jacobson est proposée à la patiente. Son niveau d'anxiété est de 6 sur 8 au début de la séance, puis il chute à 1 sur 8 à la fin. Elle est très étonnée de voir que « même quand on est angoissé, on peut se détendre ». Elle prend conscience qu'il faut, pour une meilleure efficacité de la technique :

- prendre le temps de se relaxer, ce n'est pas instantané ;
- travailler sur ses anticipations anxieuses, qui l'empêchent de s'exposer régulièrement.

Son « optimisme » revient après cette séance, et ces événements ne seront plus réabordés.

Lors de la 7^e séance, Mademoiselle B. demande comment elle peut se relaxer directement en situation de manière plus efficace. En effet, il lui

est difficile d'être à la fois impliquée dans une action et partie prenante dans une relaxation. Une « promenade » dans l'hôpital lui est alors proposée, promenade durant laquelle la tâche est de s'astreindre à une respiration calme tout en relâchant les muscles des épaules et de l'abdomen. Il lui est également demandé d'enlever sa casquette et de regarder droit devant. Le modèle donné par le thérapeute lui permet d'avoir confiance et de se détendre, tout en parlant et en observant les gens qu'elle croise. La patiente apprécie beaucoup cette expérience.

Situations de déplacement

- *Déplacement pour aller à son cours de dessin* : dès le début de la thérapie, Mademoiselle B. essaie de sortir seule de chez elle de plus en plus fréquemment. C'est ainsi qu'elle va à son cours de dessin en vélo. Elle explique qu'elle a un parcours « bien à elle » qu'elle emprunte systématiquement à cette occasion. Elle constate que son anxiété diminue progressivement après plusieurs trajets. Ainsi, son angoisse, cotée à 7 sur 8 lors du premier déplacement, tombe à 0 après le cinquième voyage. Elle reconnaît que son vélo la rassure beaucoup dans cette tâche.

À partir de la 9^e séance, la patiente avoue ne plus aller à son cours de dessin car elle s'est disputée avec son professeur. Toutefois, elle fait remarquer que c'est la première fois qu'elle ose s'affirmer de la sorte. Avant la thérapie, elle n'aurait jamais pu tenir tête ainsi à quelqu'un.

- *Déplacement pour aller chez sa psychiatre* : Mademoiselle B. se rend chez sa psychiatre une fois tous les quinze jours. Jusqu'à présent, elle trouvait toujours quelqu'un pour l'accompagner. Depuis la séance 5, elle essaie d'y aller toute seule en vélo. Le plus dur pour elle est de se mettre en route, à cause de l'anxiété d'anticipation. Mais une fois dans la situation, le malaise disparaît. Elle se dit très heureuse de réussir. Elle est toujours chaleureusement félicitée lorsqu'elle s'expose et qu'elle réussit.

- *Déplacement en bus* : les pensées automatiques les plus inhibitrices sont celles qui se manifestent lors de la confrontation à la prise des transports en commun.

Lors de la 2^e séance, Mademoiselle B. vient pour la première fois en bus, accompagnée d'une amie. Il y a neuf arrêts entre son appartement et l'hôpital (elle les compte toujours). Pendant ce premier trajet, l'intensité de son anxiété est de 8 sur 8. Par la suite, elle s'exposera à nouveau à ce type de situation, mais toujours accompagnée. Son anxiété diminue au fur et à mesure des répétitions (fig. 3.3).

Évolution de l'anxiété au cours du trajet en bus. La patiente est toujours accompagnée. Le score de l'anxiété évolue de 0 (= pas de malaise) à 8 (= malaise très important).

Malheureusement, la patiente ne prendra pas ce moyen de transport de manière continue pour venir à l'hôpital, puisque l'autre amie qui l'accompagne par la suite possède une voiture. Il lui est bien demandé

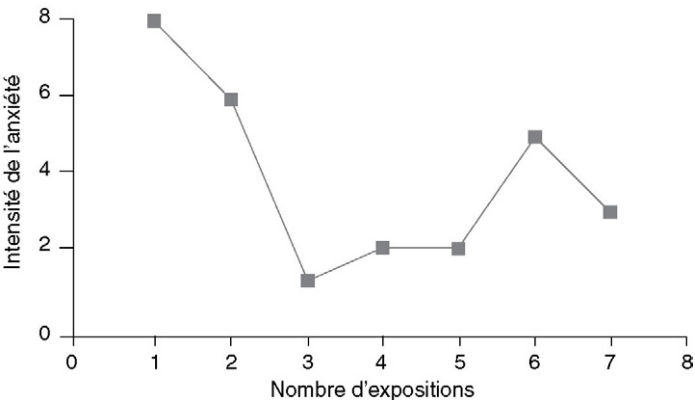


FIGURE 3.3. Évolution de l’anxiété au cours du trajet en bus. La patiente est toujours accompagnée. Le score de l’anxiété évolue de 0 (= pas de malaise) à 8 (= malaise très important).

de trouver une autre façon d'utiliser les transports en commun, mais elle ne se sent pas prête à venir seule pour l'instant.

Toutefois, lors de la 5^e séance, elle ne trouve personne pour l'accompagner à son rendez-vous. Son anxiété augmente tout au long de la matinée, car elle ne sait pas comment se rendre à l'hôpital. Elle envisage d'annuler son rendez-vous, mais au dernier moment elle parvient à prendre un taxi toute seule. Elle est fortement renforcée dans sa démarche d'autonomie. En effet, l'accent est mis sur l'affrontement de la situation et le fait que Mademoiselle B. soit parvenue à trouver une solution sans l'aide de son entourage.

Pour aider la patiente à isoler ses pensées automatiques face à la situation anxiogène du transport en commun, il lui est demandé de remplir une fiche 3 colonnes de Beck à chaque fois qu'elle se retrouve dans ce type de circonstance (tableau 3.3). Les éléments reportés sur cette fiche sont ensuite discutés au cours de la séance 6.

TABEAU 3.3. Fiche 3 colonnes de Beck face à la situation du transport en commun

Situation	Émotions	Pensées automatiques
Je suis à l'arrêt du tramway, et j'imagine que je monte dans le wagon. C'est la même chose avec le bus.	Anxiété (7/8)	– Je ne peux pas rentrer. Il y a trop de monde. – Je vais me retrouver enfermée et prise au piège. – Je vais être malade et tout le monde va me regarder de travers. On va se moquer de moi. – Je risque de vomir. – J'ai chaud et j'ai peur. Je vais m'évanouir. Je vais rester bloquée. (Croyance pour l'ensemble : 7/8)

La discussion socratique qui s'engage à la lecture de cette fiche permet de faire ressortir 3 types de pensées automatiques :

- être enfermée et bloquée dans le tramway ;
- risque d'être malade ;
- risque de jugement de la part des gens qui vont la regarder.

Il est demandé à Mademoiselle B. d'élaborer une pensée alternative plus réaliste face à chaque idée négative. Elle évoque les pensées suivantes :

- le wagon est grand et je peux circuler dedans. Les portes s'ouvrent toutes les trois minutes maximum ;
- je sais contrôler ma respiration, et cela me calme. Si je suis malade, on me prendra en charge ;
- chacun s'occupe de soi sans regarder les autres. On peut faire des rencontres intéressantes.

Le remplissage d'une fiche de modification des pensées automatiques est ensuite proposé en tâche à domicile, dans le but de poursuivre le travail entrepris en séance.

• *Week-end en Camargue* : lors de la 10^e séance, la patiente rapporte qu'elle est partie en voiture tout un week-end en Camargue avec des amis. Depuis trois ans, elle n'avait jamais pris de vacances loin de chez elle. Elle n'a eu aucune angoisse car elle a participé à des activités plaisantes (visites touristiques, amusement, restaurant, plage, hôtel, bar, etc.). Après coup, elle soulignera : « Je ne m'en croyais pas capable, et pourtant je l'ai fait ! ». Cette séance est l'occasion de discuter de ses anticipations négatives. En effet, elle reconnaît qu'elle n'a pas eu le temps d'avoir de pensées négatives, car elle n'a rien anticipé.

• *Déplacement au cinéma* : au cours de la 14^e séance, Mademoiselle B. expose qu'elle est allée au cinéma voir un film qui a duré deux heures. Cela faisait plus de deux ans qu'elle n'y était pas allée. En fait, elle trouve que le cinéma est un lieu plutôt rassurant : on est dans le noir, la pièce est confinée, agréable, et surtout personne ne peut la voir et la juger « si elle n'assure pas ».

• *Feed-back* : à chaque fois que la patiente s'expose, elle est chaleureusement félicitée et encouragée à continuer. Le principe des expositions *in vivo*, associées à une inévitable diminution de l'angoisse par habitude, lui est rappelé à chaque occasion.

Le bénéfice immédiat que retire Mademoiselle B. de ses expériences est lié au fait qu'elle se sent à présent « normale ». L'espoir de s'en sortir est de plus en plus intense. Elle s'aperçoit que ses pensées automatiques de dévalorisation se modifient en des pensées plus réalistes au fur et à mesure de ses réussites. En effet, elle se rend compte que sa peur est intimement liée à sa cognition. Elle remarque que des pensées négatives lui viennent automatiquement à l'esprit lorsqu'elle est angoissée. C'est d'ailleurs à cet instant qu'elle éprouve tous les bienfaits de la

relaxation. En revanche, elle ne ressent aucune angoisse au cours des expositions lorsqu'elle a vraiment envie de les faire.

Situations d'interaction sociale et de recherche d'emploi

Dès les premières séances d'information et de relaxation, Mademoiselle B. se met en situation de rencontrer des gens. Au vu de la réussite de ces expositions, et grâce au renforcement positif réalisé lors des divers entretiens, elle reprend une certaine confiance en elle pour ce qui concerne ce type de tâche.

- *Sorties en soirée* : dès la 4^e séance, la patiente souligne qu'elle s'est forcée à accompagner son petit ami à une soirée organisée par des amis. Ils y sont restés jusqu'à 1 heure du matin. Au début, l'intensité de l'angoisse était de 7 sur 8, puis, en fin de soirée, celle-ci est descendue à 2 sur 8. Mademoiselle B. est très fière de relater ce fait. De la même façon, à l'occasion de la nouvelle année, elle est allée fêter le Réveillon avec six de leurs amis. Elle n'a développé aucune angoisse au cours de cette soirée.

- *Restaurant avec des amis* : à la 6^e séance, la patiente rapporte qu'elle est allée au restaurant avec des amis un dimanche. Elle est restée trois heures à table. Cependant, une convive lance au cours du repas : « Si je mange trop, je risque d'être malade ». Aussitôt, cela déclenche une réaction d'anxiété chez Mademoiselle B., qui sort se laver les mains ou prendre l'air à plusieurs reprises.

Une discussion socratique est engagée sur cet événement. La patiente finit par dire que c'est une association d'idées qui a été la cause du malaise (sa copine risque d'être malade si elle mange trop, donc Mademoiselle B. risque d'être malade elle aussi). Cette association d'idées l'amène à repenser à un événement qu'elle avait jusque-là oublié : à l'âge de 6 ans, alors qu'elle avait une gastro-entérite, sa mère lui donna du riz au lait. Comme elle n'en voulait pas, sa mère l'a forcée à manger. La patiente a alors vomi sur la table. Son frère s'est moqué d'elle, et elle a eu très honte. Elle pleure en reparlant de cette histoire. Elle conclut par cette phrase : « si on est malade et qu'on vomit en public, on peut être jugé et être l'objet de moqueries ». Sa croyance en ce postulat est de 95 %. Il lui est demandé de remplir une fiche de modification de pensées (tableau 3.4).

Après avoir commenté cette fiche, la patiente reconnaît que cette pensée n'est pas toujours vraie, mais elle a encore quelques doutes. Elle reprend cette pensée en la modifiant comme suit : « si on vomit en public, cela risque de gêner les gens autour ».

- *Entretien d'embauche* : dès la 7^e séance, une résolution de problème permet à Mademoiselle B. de faire un bilan des actions à mettre en œuvre pour une recherche d'emploi efficace. Elle cherche une activité professionnelle dans les domaines du secrétariat, de l'animation ou de

TABLEAU 3.4. Fiche de modification de la pensée : « Si on est malade et qu'on vomit en public, on peut être jugé et être l'objet de moqueries. »

Croyance avant : 95 %	
Arguments pour	Arguments contre
– On s'est déjà moqué de moi quand j'avais 6 ans. – C'est toujours comme ça. – Je veux que l'on voie le bon côté de ma personne.	– Les gens peuvent m'aider. Il y aura toujours quelqu'un qui saura quoi faire. – Je n'ai jamais vu quelqu'un être victime de railleries, à part le garçon dans le bus. En fait, je ne suis pas si sûre que l'on se soit moqué de lui. – Les gens autour sont plutôt gênés que critiques.
Croyance après : 60 %	

l'accueil. Parmi les diverses solutions évoquées, elle choisit d'aller à l'ANPE afin de proposer son *curriculum vitae* et d'avoir un entretien d'orientation. Elle met en place un plan d'action pour atteindre cet objectif.

À l'ANPE, elle est reçue par une employée qui suit également une thérapie cognitivo-comportementale, et qui est sensible aux difficultés éprouvées par la patiente dans sa recherche d'emploi. Celle-ci lui propose de l'aider du mieux qu'elle pourra.

Lors de la séance 9, Mademoiselle B. apparaît très angoissée. Elle a un entretien d'embauche dans l'après-midi, et ne se sent pas encore prête. Il lui est proposé de faire un jeu de rôle sur ce thème.

La séance débute donc par la description de ses pensées automatiques (l'accent est mis sur ses anticipations négatives) ; les objectifs qu'elle aimerait atteindre sont à nouveau abordés. Une relaxation de type Jacobson est ensuite réalisée, ce qui permet de faire diminuer l'intensité de l'anxiété de 7 sur 8 à 0 sur 8. La patiente est toujours très étonnée de voir qu'elle peut lutter aussi efficacement contre son angoisse.

Puis elle joue son propre rôle de demandeuse d'emploi. Tout d'abord, elle apprend à se présenter, tout en regardant l'interlocuteur. Puis elle rejoue la scène, en s'exprimant de manière plus affirmée. Elle apprend également à exprimer et à présenter sa passion pour le dessin. À chaque séquence, la patiente est renforcée positivement et encouragée à continuer.

À la fin de la séance, Mademoiselle B. dit se sentir plus confiante, et pratiquement détendue. Elle tire plusieurs conclusions de cet exercice :

- elle se sent mieux après avoir préparé l'entretien ;
- le fait d'avoir réfléchi et joué la situation angoissante l'a détendue. Avant de faire le jeu de rôle, elle aurait pensé le contraire ;
- elle se dit que l'emploi l'intéresse, mais que ce n'est pas capital si elle ne l'obtient pas. D'autres occasions se représenteront.

Ces trois points sont résumés par le fait qu'elle a su affronter ses anticipations négatives concernant la situation anxiogène. En réalisant cela, elle peut désormais agir sur son angoisse par :

- une technique de relaxation efficace ;
- une modification des pensées automatiques ;
- une certaine prise de distance par rapport au contexte.

Ce type de jeu de rôle sera repris par la suite à l'occasion d'autres situations d'interaction sociale (demander un renseignement dans une banque, répondre à une convocation d'entretien, etc.).

Le premier entretien d'embauche se passe bien, mais elle n'est pas retenue. Elle pose toutefois sa candidature pour d'autres postes, sur les conseils de l'employée de l'ANPE.

Lors de la 10^e séance, Mademoiselle B. vient en ayant adopté un nouveau *look* : habillée de manière plus féminine, maquillée, elle a également changé de coiffure. Elle est complimentée sur son nouveau style. La patiente souligne d'ailleurs qu'elle s'est rendue seule chez un coiffeur en ville ; cela faisait trois ans qu'elle n'y était pas allée.

Au début de la 12^e séance, elle annonce qu'elle doit se rendre très prochainement à un entretien pour un emploi de bibliothécaire et hôtesse d'accueil dans un centre de documentation qui dépend de l'éducation nationale. Elle demande à refaire un jeu de rôle, comme cela lui a été proposé précédemment. Cette fois-ci, elle aimerait vraiment décrocher ce travail car, selon ses dires, sa confiance en elle n'en serait que plus forte.

Lors de la séance 13, Mademoiselle B. souligne qu'elle est allée à l'entretien toute seule, et que son angoisse n'était que de 2 sur 8. Peu après, elle reçoit une lettre d'embauche. Son optimisme est au plus haut, mais elle a peur des responsabilités qui lui sont confiées (administration, accueil, médiathèque). Elle va devoir assumer ce poste toute seule.

À la 15^e séance, la patiente a commencé son nouvel emploi. Elle travaille à présent quatre heures par jour au centre de documentation. Elle est fatiguée et stressée, malgré une bonne entente avec ses collègues. Elle a peur de craquer maintenant, et d'avoir tout à recommencer. Cependant, elle veut gagner son indépendance. Il lui est conseillé d'appliquer la technique de relaxation rapide à son travail, et de pratiquer chez elle la méthode de Jacobson utilisée à plusieurs reprises en séance.

Mademoiselle B. dit que sa situation est difficile à assumer, car elle n'a plus le temps de s'occuper d'elle. Elle voudrait continuer à peindre, ou aller se promener quand elle en a envie. Mais, au lieu de cela, elle dort beaucoup lorsqu'elle se retrouve dans son appartement. « Le problème, c'est que je ne veux rien lâcher. » La technique de la flèche descendante est appliquée sur cette dernière remarque. À chaque réponse, il est demandé à la patiente : « Et que se passerait-il, au pire ? ».

- « Et si je laisse tomber une activité ? »
- « Au pire ? »
- « Je perdrai mes acquis dans ce domaine. »
- « Au pire ? »
- « Je le regretterai. »
- « Au pire ? »
- « Je serai méfiante, et je ne laisserai plus tomber aucune autre activité. »
- « Au pire ? »
- « Je ne prendrai plus de décision. »
- « Au pire ? »
- « Je ne prendrai plus de responsabilité. »
- « Au pire ? »
- « Ma vie sera gâchée. »
- « Au pire ? »
- « Je resterai seule. »
- « Donc, si vous laissez tomber une activité, vous risquez de gâcher votre vie en perdant tout. Pourquoi, d'après vous ? »
- « Lâcher quelque chose, c'est prendre des décisions. C'est aussi prendre des responsabilités. À partir de là, c'est devenir adulte, et je ne veux pas de ça. »
- « Donc, si vous lâchez quelque chose, vous deviendrez adulte et vous risquez de gâcher votre vie. Est-ce exact ? »
- « Tout à fait. »

Le postulat qui est ici mis en évidence (« si je deviens adulte, ma vie sera gâchée ») est proposé à la patiente en tant qu'hypothèse de travail. Elle reconnaît qu'effectivement elle ne veut pas devenir adulte par peur de perdre quelque chose. Il lui est alors demandé de remplir une fiche de modification de pensée (tableau 3.5).

À la suite de cette discussion, Mademoiselle B. conclut qu'elle préférerait rester adolescente plutôt que de devenir adulte. Elle ne veut pas ressembler à son père. Mais elle reconnaît tout de même que tout dépend de soi : on peut être adulte et rester « spontané et cool ».

TABLEAU 3.5. Fiche de modification de la pensée : « Si je deviens adulte, ma vie sera gâchée »

Croyance avant : 90 %	
Arguments pour	Arguments contre
- J'aurai des responsabilités financières et des soucis comme mes parents. - Je ne suis pas assez forte. - On a conscience des drames. - On est austère. On n'a plus le <i>fun</i>.	- On n'a plus de comptes à rendre. C'est une certaine liberté. - On a plus de choix. - On peut rester spontané, ça dépend de soi.
Croyance après : 50 %	

Par exemple, elle a envie de s'acheter des vêtements aux couleurs « flashantes » selon ses dires, mais elle n'ose pas, de peur qu'on la juge. Il lui est donc demandé de se procurer un accessoire vestimentaire qui lui fait plaisir, et de le porter lors de la prochaine consultation. Lorsqu'elle revient pour sa 16^e séance, elle arbore des lacets de couleur fluo. Elle est complimentée sur le choix de la couleur, et sur le fait que cette dernière s'harmonise bien avec celle de ses chaussures. La patiente se rend compte qu'elle a pu, grâce à cette tâche, s'affirmer tout en étant bien dans sa peau, sans que l'on se moque d'elle.

Séance 16 : bilan de thérapie

La 16^e séance est l'occasion de réaliser un bilan de la thérapie. Les questionnaires remplis au cours des séances 2 et 3 sont à nouveau proposés à cette occasion.

- *Synthèse par rapport aux objectifs initiaux* : Mademoiselle B. affronte à présent bon nombre de situations qu'elle évitait autrefois ; ses sensations d'anxiété ont nettement diminué d'intensité, même en période d'exposition *in vivo*. Sur les quatre tâches-cibles mises en évidence par le test d'évitement, seule la tâche « prendre le bus sans être accompagnée » n'a pu être réalisée. Toutefois, il faut souligner que la patiente a pris les transports en commun à plusieurs reprises, en compagnie de son petit ami ou de copines. Elle s'est même rendue à Chambéry en train, sans anxiété excessive.

D'autre part, elle est maintenant capable de faire des courses seule dans les petits magasins de son quartier. Elle ne s'est pas encore rendue dans un grand supermarché sans être accompagnée. Ses activités sociales se sont également bien améliorées. Elle peut désormais s'adresser à des inconnus pour demander des renseignements (sa démarche de recherche d'emploi a été capitale dans ce cadre). Actuellement, elle travaille dans un centre de documentation où elle est obligée de rencontrer de nombreuses personnes qu'elle ne connaît pas forcément.

Elle a également pris conscience de ses pensées automatiques, et de leur rôle dans le déclenchement de l'anxiété de situation. Elle commence à les modifier par des pensées alternatives plus réalistes. De la même façon, la mise à jour des postulats concernant son refus de devenir adulte et sa peur d'être jugée par les autres a permis à Mademoiselle B. de les remettre en question, aussi bien par la restructuration cognitive que par la réussite de ses plans d'action.

- *Exposition lors des tâches à domicile* : régulièrement, il a été demandé à la patiente de choisir une situation anxiogène et de s'y exposer en tâche à domicile. Chaque exercice a été proposé en fonction de la liste hiérarchique établie lors de la séance 3. Les figures 3.4 et 3.5 représentent l'évolution de l'anxiété en rapport avec des situations de déplacement et d'interaction sociale réalisées par la patiente.

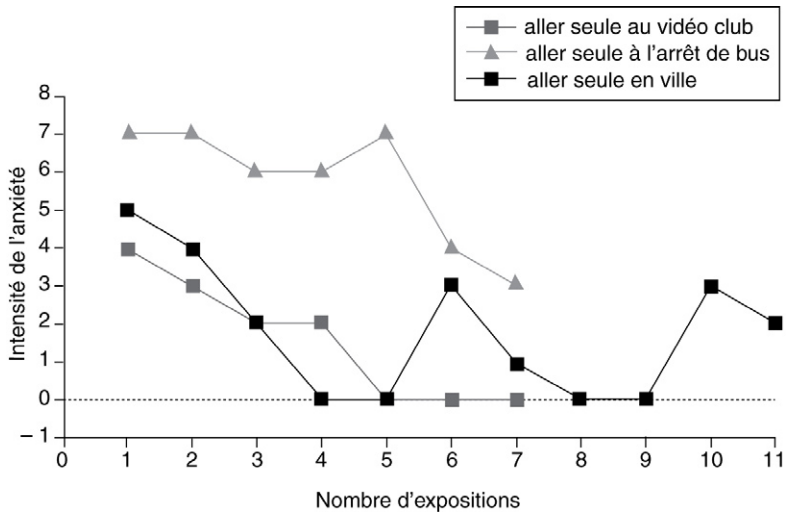


FIGURE 3.4. Évolution de l'anxiété en fonction du nombre d'expositions à des situations d'interaction sociale. L'intensité de l'anxiété est cotée de 0 (pas de malaise) à 8 (très grand malaise).

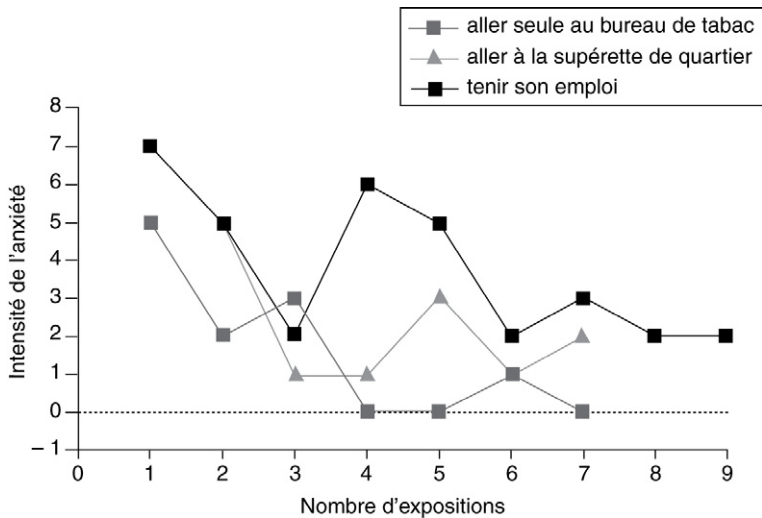


FIGURE 3.5. Évolution de l'anxiété en fonction du nombre d'expositions à des situations de déplacement. L'intensité de l'anxiété est cotée de 0 (pas de malaise) à 8 (très grand malaise).

Lors de la 4^e séance, Mademoiselle B. souligne qu'elle consomme de l'alprazolam lorsqu'elle doit sortir de chez elle, et qu'elle ne peut s'en passer pour l'instant. Sur les conseils de sa psychiatre, la patiente en a toujours pris en cas de situation angoissante. Il est difficile de lui faire critiquer cette pensée : « L'alprazolam m'est indispensable pour m'exposer ».

Il est donc demandé à Mademoiselle B. de lister les arguments confirmant et infirmant cette pensée (tableau 3.6).

Les commentaires de Mademoiselle B. concernant cette fiche lui font prendre conscience que les « arguments pour » représentent un risque potentiel en lien avec une pure subjectivité (ils majorent son anxiété anticipatoire), alors que les « arguments contre » correspondent à des éléments objectifs en rapport avec son vécu. Il lui est alors demandé de faire plus confiance à son expérience personnelle. Grâce à ce travail cognitif, la patiente diminue de plus en plus sa consommation d'alprazolam, et réalise la plupart des tâches anxiogènes sans l'aide de ce médicament.

Les figures 3.4 et 3.5 représentent l'évolution de l'anxiété au cours des expositions de déplacement et des expositions d'interaction sociale, respectivement.

Pour ce qui concerne la situation « aller seule en ville », Mademoiselle B. s'est exposée à vélo durant les quatre premières fois, puis elle s'est déplacée à pied le reste du temps.

Pour ce qui concerne la situation « aller à la supérette de quartier », Mademoiselle B. était accompagnée les quatre premières fois, puis elle s'est exposée seule par la suite. Lors de la première exposition, elle a constaté que son angoisse a diminué de 7 à 4 au bout de trois-quarts d'heure. Le principe de l'habituation lui est ainsi rappelé à chaque fois qu'elle observe un tel résultat. C'est la raison pour laquelle elle s'arrange pour que ses courses durent au moins trois-quarts d'heure, même si elle n'a qu'une plaquette de beurre à acheter. Jusqu'à présent, elle évite toujours de faire la queue aux caisses.

TABLEAU 3.6. Fiche de modification de la pensée : « L'alprazolam m'est indispensable pour m'exposer »

Croyance avant : 90 %	
Arguments pour	Arguments contre
– Je risque d'être angoissée. – Je peux perdre le contrôle de moi-même. – Je l'ai toujours pris. – On m'a toujours dit de faire comme ça.	– Parfois je l'oublie, et ça se passe bien. – Il m'arrive de le prendre et d'être quand même angoissée. – Je me suis déjà exposée exprès sans alprazolam, et j'ai eu plus peur <i>avant</i> que <i>pendant</i>. – Parfois je prends seulement un demi-comprimé le matin, et je fais des courses toute la matinée. Il ne doit plus être efficace à la longue.
Croyance après : 40 %	

Proposition de suivi : après cette séance de bilan, il est demandé à Mademoiselle B. de poursuivre ses efforts en vue de l'obtention d'une certaine autonomie. Elle reconnaît que c'est parfois difficile, mais elle s'avoue de plus en plus valorisée à ses propres yeux. Un suivi de six séances lui est proposé, à raison d'une consultation mensuelle. Un nouveau bilan sera fait à la fin de cette période.

Suivi de la thérapie : séance 17

Mademoiselle B. est de plus en plus satisfaite d'elle-même face aux différentes situations qu'elle affronte avec succès. Elle constate qu'effectivement l'anxiété diminue à partir d'une demi-heure d'exposition, pour parfois complètement disparaître. Elle remarque qu'elle a moins « peur de la peur », et que les croyances qu'elle « se trimballait dans la tête » depuis le début de sa maladie se modifient de plus en plus. Le fait de se fixer des objectifs et de les atteindre la rassure beaucoup, et lui fait prendre conscience qu'elle est « comme tout le monde ».

Pour ce qui concerne son travail, la patiente souligne que son emploi lui convient tout à fait. Elle veut poursuivre. Elle se fait parfois violence pour s'y rendre, mais une fois sur place tout se passe bien. Elle envisage même de nouveaux projets au sein du centre de documentation.

Mademoiselle B. n'a toujours pas essayé de prendre le bus toute seule. Mais elle l'a pris à plusieurs reprises avec son compagnon ou une amie. Il lui est proposé de faire un travail spécifique sur cette situation en réalisant une désensibilisation systématique en imagination. Puis, en concertation avec la patiente, est évoquée une séance d'exposition *in vivo* au cours de laquelle le thérapeute l'accompagnerait dans les transports en commun. Bien qu'elle appréhende cette idée, elle y est favorable car elle se souvient de la séance de relaxation active dans les jardins de l'hôpital réalisée avec succès lors de la 7^e séance. La mise en place de cette progression est proposée pour la prochaine consultation.

Résultats

Questionnaires

L'évolution des phobies présentées par Mademoiselle B. est évaluée par le questionnaire des peurs de Marks et Mathews, l'échelle de phobie sociale de Liebowitz et le questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless. L'intensité de la dépression est évaluée par l'inventaire de Beck (21 items). Ces différents questionnaires sont remplis aux deuxième (pré-thérapie) et seizième (fin de thérapie) séances. L'ensemble des résultats est reporté dans le [tableau 3.7](#).

TABEAU 3.7. Scores obtenus aux questionnaires remplis avant et après la thérapie. Le % d'amélioration correspond au gain $[(\text{score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$

Questionnaires	Évaluation pré-thérapie	Évaluation post-thérapie	% d'amélioration
<i>Questionnaire des peurs</i>			
– Agoraphobie	32	25	22
– Sang-blessure	10	9	10
– Sociale	26	18	30
– Anxiété-dépression	24	18	25
– Gêne occasionnée par le trouble	8	4	50
<i>Échelle de phobie sociale de Liebowitz</i>			
– Anxiété	66	50	24
– Évitement	57	37	35
<i>Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless</i>			
– Inquiétudes sociales et comportementales	18	13	28
– Inquiétudes physiques	16	9	44
<i>Inventaire de Beck</i>	23	14	39

Questionnaire des peurs

Les trois échelles de phobies indiquent :

- l'existence d'une agoraphobie, qui s'améliore de 22 % avec la thérapie ;
- l'existence d'une phobie sociale, qui s'améliore de 30 % ;
- pas de trouble manifeste concernant la phobie du sang et des blessures.

Le score d'anxiété-dépression montre également une évolution favorable de 25 %, corroborée par la rémission du syndrome dépressif observée avec l'inventaire de Beck.

Le score concernant la gêne liée au trouble phobique est de 4 (nettement gênant) en fin de thérapie. Ce score, qui a diminué de 50 %, signifie que la patiente est toujours consciente de ses symptômes mais qu'elle se sent mieux actuellement.

Échelle de phobie sociale de Liebowitz

Elle met en exergue en pré-thérapie un score pour l'anxiété de 66 et pour l'évitement de 57. Ces valeurs correspondent à un trouble « entre modéré et marqué ». L'effet favorable de la thérapie est objectivé par une amélioration de l'anxiété de 24 %, et de l'évitement de 35 %.

Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless

Il confirme l'agoraphobie évaluée par le questionnaire des peurs. Il indique une évolution favorable, aussi bien sur l'échelle des inquiétudes sociales et comportementales (amélioration de 28 %) que sur celle des inquiétudes physiques (amélioration de 44 %).

Inventaire de Beck

Le score de 23 observé en pré-thérapie indique une dépression modérée. Ce score, qui diminue à 14 à la seizième séance, correspond à une rémission du syndrome dépressif. L'amélioration en fin de thérapie est ainsi de 39 %.

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de l'état clinique au cours de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés sont effectuées à partir du test comportemental d'évitement. Quatre tâches-cibles ont été retenues, en accord avec la patiente. Il s'agit de : « prendre le bus ou le tramway toute seule », « faire ses courses seule dans un magasin », « parler à des inconnus », « pouvoir passer un entretien d'embauche ».

La figure 3.6 illustre le nombre de situations évitées par semaine pour ce qui concerne ces quatre tâches. On observe que la patiente est parvenue à en affronter trois. La situation « prendre le bus ou le tramway toute seule » est encore difficile à envisager, bien que Mademoiselle B. réussisse à s'y exposer sans anxiété excessive lorsqu'elle est accompagnée.

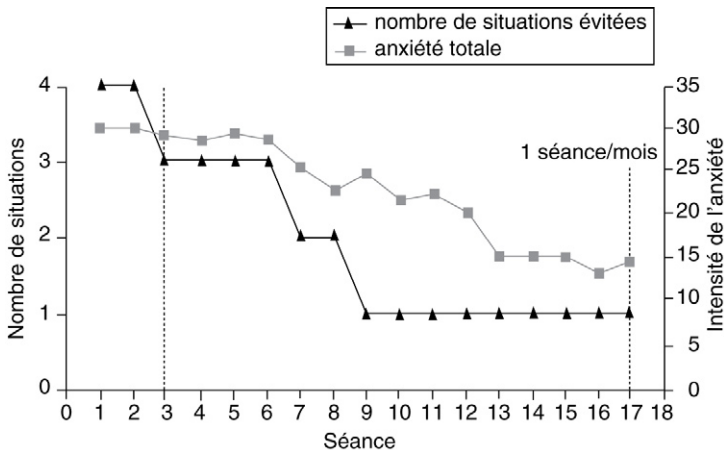


FIGURE 3.6. Évolution du nombre de situations évitées par semaine et de l'anxiété associée à celles-ci. Ces données sont issues du test comportemental d'évitement. Le nombre de tâches à effectuer est de quatre. L'intensité de l'anxiété correspond à la somme des cotations effectuées dans chaque situation (de 0 à 32).

La figure 3.6 montre également l'évolution de l'anxiété associée aux situations régulièrement évitées. Une diminution d'intensité de 56 % est observée entre la ligne de base et la séance 16 (fin de thérapie).

La diminution de l'anxiété concomitante à la diminution des évitements est confirmée par les tableaux 3.8 et 3.9, qui reprennent la liste hiérarchique des situations phobogènes mises en exergue par la patiente.

TABEAU 3.8. Évolution de l'anxiété face aux situations de la liste hiérarchique concernant le thème : « Pouvoir se déplacer seule »

Situations	Anxiété pré-thérapie	Anxiété post-thérapie	% d'amélioration
Long déplacement en bus ou en tramway, Seule/accompagnée	100/97	100/30	0/69
Déplacement à Grenoble dans des endroits non familiers, avec ou sans vélo, Seule/accompagnée	95/80	80/20	16/75
Aller dans un grand centre commercial Seule/accompagnée	91/80	91/50	0/38
Petit déplacement en bus Seule/accompagnée	90/75	90/10	0/87
Aller dans un petit magasin Seule/accompagnée	88/60	20/0	77/100
Marcher dans des endroits familiers sans son vélo, seule	60	10	83
Marcher dans des endroits familiers avec vélo, seule	50	5	90
Marcher dans des endroits familiers avec ou sans vélo, accompagnée	30	0	100
En fonction de la distance par rapport à son immeuble (du plus loin au plus près)			
Aller à sa banque ou chez son dentiste seule	50	5	90
Aller chez sa psychiatre seule	50	5	90
Aller à son cours de dessin seule	45	5	89
Aller jusqu'à l'arrêt de bus seule	40	5	88
Aller jusqu'au bureau de tabac ou à la pharmacie seule	35	0	100
Aller jusqu'à sa boîte aux lettres au bas de son immeuble	0	0	

TABEAU 3.9. Évolution de l'anxiété face aux situations de la liste hiérarchique concernant le thème : « Être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens »

Situations	Anxiété pré-thérapie	Anxiété post-thérapie	% d'amélioration
Demander un renseignement à un inconnu	100	70	30
Parler à un inconnu	100	65	35
Parler ou agir en public	100	95	5
Manger et boire avec des amis et des inconnus en grand groupe	98	90	8
Passer un entretien d'embauche	95	50	47
Aller au restaurant entre amis	90	45	50
Faire la queue dans une file d'attente	80	75	6
Aller au cinéma	78	30	61
Manger et boire avec des amis en petit comité à l'extérieur	75	30	60
Manger et boire avec des amis en petit comité chez elle	50	20	60
Parler à des gens qui détiennent une autorité (mais familiers)	40	20	50
Parler à quelqu'un de connu, mais peu familier	30	0	100
Parler à quelqu'un de familier	0	0	

En règle générale, l'évolution clinique est favorable pour ce qui concerne l'ensemble des situations anxiogènes. Seules les tâches : « prendre le bus ou le tramway toute seule » et « faire ses courses seule dans un grand magasin » n'ont pas pu être réalisées par la patiente. De la même façon, Mademoiselle B. évite le plus souvent possible de se retrouver dans une file d'attente (magasin, guichet administratif, etc.), de parler en public, d'être dans des grands groupes (par exemple une soirée avec beaucoup de monde).

SYNTHÈSE¹

Mademoiselle B. présente au début de la prise en charge une phobie sociale associée à une agoraphobie, dont la survenue est probablement consécutive à une dépression réactionnelle au décès brutal de son frère³. L'attitude surprotectrice de son entourage familial et amical contribue certainement au maintien des troubles pendant plus de trois ans. À la suite d'une hospitalisation dans le cadre d'une réactivation dépressive, elle fait l'objet d'une prise en charge cognitivo-comportementale sur les conseils de sa psychiatre.

La thérapie débute par une information concernant la phobie sociale et l'importance de l'évitement dans le maintien de cette dernière. La prise en charge comportementale, basée sur la relaxation et l'exposition, permet de renforcer la confiance de la patiente, et de modifier progressivement son schéma de dévalorisation. La motivation de Mademoiselle B., associée à un puissant désir d'indépendance, la conduit à participer activement à la thérapie ; elle s'applique ainsi à réaliser avec sérieux les différentes tâches à domicile proposées. La restructuration cognitive permet également d'approfondir le travail comportemental entrepris, notamment dans le cadre de l'émergence et de la modification d'un schéma de dépendance et d'immaturation profondément ancré.

L'évolution favorable des symptômes est objectivée par les différentes mesures effectuées (questionnaires, liste hiérarchique et test comportemental d'évitement). Cependant, il est clair que ces résultats ne pourront être véritablement acquis qu'après une période de suivi de plusieurs mois. Un programme de maintenance est donc proposé à Mademoiselle B. dans cette optique.

1. Et dans ce cas de figure, c'est souvent la dépression qui majore plus qu'elle ne déclenche la phobie sociale.

CHAPITRE 4

Agoraphobie avec attaques de panique

Présentation du cas clinique

Introduction

Mademoiselle S. est âgée de 26 ans. Elle est adressée par le service de psychiatrie de liaison pour une agoraphobie avec des manifestations d'attaque de panique, symptomatologie survenant lors de diverses situations auxquelles elle n'a pas la possibilité d'« échapper » (embouteillage sur autoroute, repas de travail, voyage en train, etc.).

C'est une jeune femme élégante, au style vestimentaire plutôt strict, parlant facilement mais restant toutefois assez méfiante. Elle est actuellement psychologue dans un centre de compétence. Elle se plaint de ne plus pouvoir assurer son travail normalement. Dernièrement, elle a été amenée à refuser un voyage à Paris dans le cadre de sa formation par peur de développer une attaque de panique dans le train. La patiente donne également de nombreux prétextes afin d'éviter des déjeuners de travail ou des réunions se tenant dans des amphithéâtres sans fenêtre. Elle se rend compte que ce comportement risque de devenir rapidement un handicap pour ce qui concerne la suite de sa carrière, mais qu'il empiète également sur sa vie personnelle.

Au moment des premières consultations, Mademoiselle S. vit chez ses parents avec son compagnon. Elle redoute le moment où il lui faudra quitter le domicile familial. Son père, qui est technicien dans une papeterie, est âgé de 53 ans. C'est un homme calme et très respecté par la patiente. Sa mère est âgée de 51 ans. Elle est agent à France Télécom. Elle est anxieuse et dépressive depuis de nombreuses années. Elle a toujours surprotégé sa fille. Mademoiselle S. a dormi jusqu'à l'âge de 7 ans avec ses parents à cause de terreurs nocturnes. Depuis, elle supporte difficilement les séparations.

La patiente est très admirative de ses parents, et les idéalise volontiers. Elle se sent coupable de leur faire du souci à cause de ses problèmes psychologiques. Elle ne voudrait surtout pas que des gens les jugent comme de mauvais parents, responsables des troubles de leur fille. Mademoiselle S. a une petite sœur de 15 ans, avec qui elle s'entend bien.

Anamnèse

La première attaque de panique survient selon les dires de la patiente à l'adolescence. Vers l'âge de 16 ans, elle consomme du haschich à l'occasion d'une soirée avec des copains de vacances. Juste après la prise de toxique, elle imagine son père qui la regarde, et elle développe un sentiment très fort de culpabilité. La pensée qui lui vient immédiatement à l'esprit est : « j'ai trahi mon père ». Des sensations à type d'angoisse intense, de palpitations, de nausées, d'étouffement, associées à une impression de déréalisation apparaissent, et dureront trois jours. Elle a peur d'être rejetée par sa famille. Ce tableau finit par disparaître progressivement.

Mademoiselle S. est victime d'autres attaques de panique (avec le même cortège de symptômes) à l'occasion de son entrée au lycée. Elle interprète ces crises d'angoisse comme une peur de l'inconnu.

Les troubles se sont accentués ces dernières années, à la suite de divers événements douloureux tels qu'une rupture amoureuse il y a trois ans, et le décès d'un ami il y a deux ans.

Actuellement, la patiente fait des attaques de panique trois à quatre fois par semaine depuis qu'elle a annulé son voyage professionnel à Paris. Depuis, elle a peu confiance en elle, et éprouve un besoin très intense d'être rassurée. Elle se demande si elle est encore capable d'affronter seule la plupart des épreuves de la vie. Pourtant, elle se rend compte qu'il lui faudra maîtriser bon nombre de situations si elle veut se marier, avoir des enfants, et réussir professionnellement.

Les troubles apparaissent généralement dans des situations au cours desquelles il est difficile ou gênant pour Mademoiselle S. de s'échapper (par exemple, dîner chez les parents de l'ami décédé, embouteillage sur l'autoroute, réunion professionnelle dans un amphithéâtre ou au restaurant). Elle évite par ailleurs les sorties au cinéma ou en discothèque, ce que son compagnon actuel supporte de plus en plus mal. Elle ne veut plus s'éloigner seule du domicile de ses parents en voiture. La seule idée de devoir partir déclenche des réactions anxieuses.

Son entourage est très prévenant et présent. Ses parents veulent la rassurer en lui disant que c'est probablement lié au stress de son nouveau travail. Son compagnon lui téléphone régulièrement, et l'accompagne lorsque cela est possible. Ils sont venus ensemble à l'hôpital pour les deux premières consultations. Mademoiselle S. évoque à ce propos

des difficultés concernant le fait de rencontrer les malades de cet établissement psychiatrique. Leur simple vue la renvoie à sa propre maladie et à sa peur de devenir folle.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I* : agoraphobie avec attaques de panique : F40.01 [300.21] ;
- *Axe II, III, IV* : absence.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, l'agoraphobie se définit comme 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 ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. L'agoraphobie de Mademoiselle S. concerne notamment le fait d'être au restaurant, dans un train, ou dans un embouteillage sur l'autoroute. Toutes ces situations sont actuellement évitées.

Toujours selon le DSM-IV, les attaques de panique correspondent à une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, durant laquelle au moins quatre symptômes définis surviennent de façon brutale en moins de dix minutes. Parmi ces symptômes, Mademoiselle S. présente une transpiration, une impression d'étouffement, une gêne abdominale, une accélération du rythme cardiaque, ainsi qu'une peur de perdre le contrôle et de devenir folle. Ces manifestations d'angoisse entraînent une crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, ce qui la conduit à éviter toutes les situations redoutées.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

L'analyse fonctionnelle est effectuée à l'aide de la grille SECCA de Cottraux. Le problème-cible est une agoraphobie avec attaques de panique (fig. 4.1).

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- *Père* : de tempérament calme, il est idéalisé par Mademoiselle S. Il a été victime de crises d'angoisse en 1985, à la suite d'une réorientation professionnelle (il a été suivi par son médecin généraliste à cette occasion).
- *Mère* : dépressive depuis l'âge de 20 ans. Anxieuse actuellement.
- *Grand-mère maternelle et tante maternelle* : dépressives chroniques, ayant bénéficié de divers séjours hospitaliers en psychiatrie.

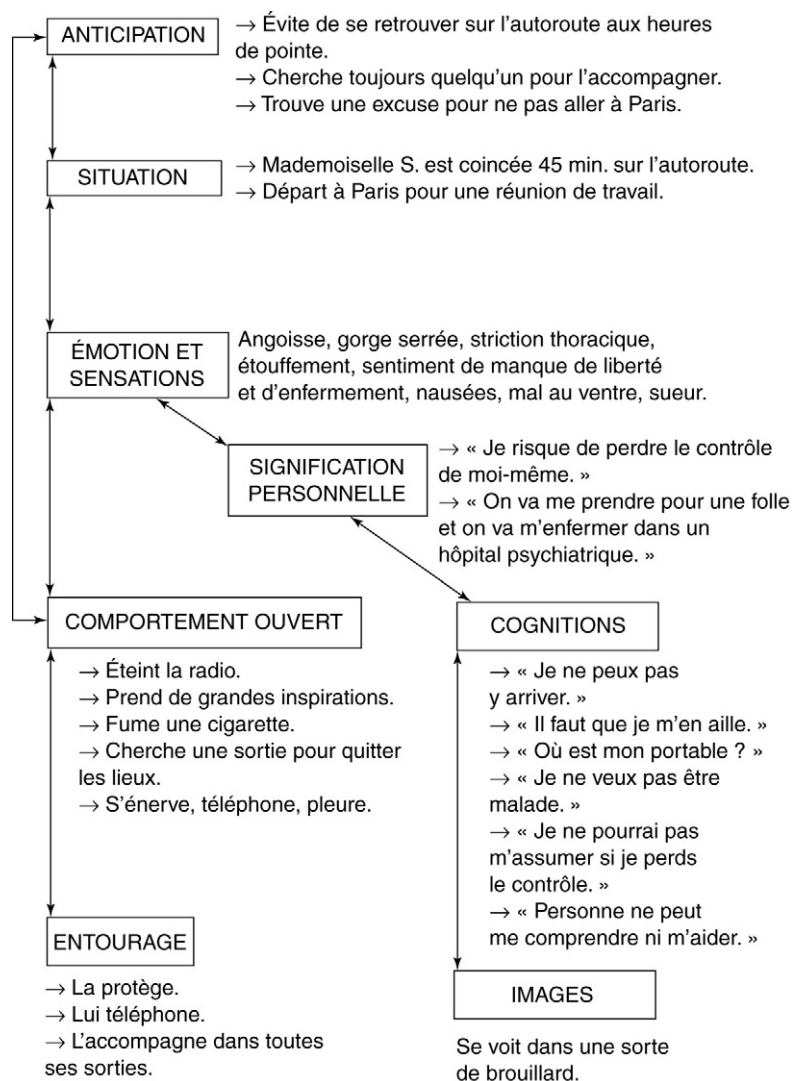


FIGURE 4.1. Analyse fonctionnelle d'une situation d'agoraphobie avec attaques de panique.

• *Personnalité de la patiente* : dépendante vis-à-vis de ses parents. Elle a par exemple du mal à quitter le domicile familial pour aller vivre avec son compagnon.

Facteurs historiques de maintien possibles

• La patiente bénéficie d'une certaine surprotection de la part de ses parents (elle a dormi avec eux jusqu'à l'âge de 7 ans) ainsi que de son

compagnon actuel (il lui téléphone régulièrement dans la journée pour prendre de ses nouvelles). D'autre part, cet ami semble manifester de nombreux rituels concernant la nourriture, le rangement, la propreté et la planification de son temps ; ce type de comportement est très évocateur de trouble obsessionnel compulsif (TOC).

- Évitement de toute situation la confrontant à ses angoisses.
- Mademoiselle S. vit actuellement chez ses parents avec son compagnon.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Consommation de haschich à l'âge de 16 ans, entraînant un très fort sentiment de culpabilité vis-à-vis de son père et déclenchant la première attaque de panique.

Événements précipitant les troubles

Refus de faire un voyage professionnel à Paris en train. Depuis lors, généralisation des attaques de panique à toute situation de laquelle il lui est difficile ou gênant de s'échapper.

Autres problèmes

Absence.

Traitements antérieurs

Acupuncture.

Traitement actuel

- Alprazolam.
- Valériane + aubépine (phytothérapie).

Évaluation de la thérapie

Questionnaires

En début et fin de thérapie, plusieurs questionnaires sont remplis (mesures à intervalles espacés) :

- *Questionnaire des peurs* (Marks et Mathews, 1979. Traduction de Cottraux et coll., 1985) : ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les problèmes phobiques les plus fréquents. Il évalue également l'anxiété et la dépression associées aux phobies ;
- *Questionnaire des cognitions agoraphobiques* (Chambless, 1984. Traduction de Cottraux, 1998) : il s'agit là de mettre en évidence les pensées irrationnelles sur les possibles conséquences de l'anxiété ou de la panique. Les items sont séparés en deux sous-scores : le score des

inquiétudes sociales et comportementales, et le score des inquiétudes physiques ;

- *Questionnaire des sensations corporelles* (Chambless et coll., 1984. Traduction de Lachance) : ce questionnaire évalue la peur des sensations physiques associées à l'anxiété. Il met en évidence un composant de « la peur de la peur » (prédiction de l'évitement phobique) ;
- *Inventaire de dépression de Beck* (21 items : Beck, 1979. Traduction de Bourque et Beaudette, 1982) : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires (item 9).

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, des mesures à intervalles rapprochés sont effectuées à partir de l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux, 1993). Cette échelle permet d'évaluer ces trois grands types d'anxiété. Elle est proposée à chaque séance, en tenant compte de la semaine écoulée.

Les paramètres retenus pour suivre l'évolution de la thérapie sont les suivants :

- situations phobogènes : « rester coincée dans un embouteillage » et « assister à une réunion ou à un déjeuner de travail ». L'anxiété liée à ces situations est cotée sur une échelle de 0 (pas de malaise) à 8 (j'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours) ;
- nombre d'attaques de panique ou de montées d'angoisse ayant entraîné un évitement ;
- anxiété généralisée, évoluant de 0 (pas de problème) à 8 (handicap sévère) ;
- l'évolution de l'état clinique est également suivie en mesure rapprochée par le nombre de comprimés d'alprazolam pris par jour.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Mademoiselle S. aimerait ne plus avoir à redouter les situations pourtant banales liées à son activité professionnelle (réunions, déplacements, etc.), et à sa vie personnelle (vivre avec son compagnon dans leur propre appartement, se déplacer seule en voiture sans craindre les embouteillages ou l'éloignement, sortir au cinéma, en soirée, au restaurant, etc.).

Après avoir expliqué à la patiente ce que sont les attaques de paniques, un contrat thérapeutique lui est proposé, contrat défini 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 exposé, et reçoit son approbation.

Il est proposé à Mademoiselle S. une prise en charge comprenant une quinzaine de séances, les premières consultations étant principalement axées 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 permet d'expérimenter le contrôle respiratoire avant d'envisager des expositions en imagination et *in vivo*. Enfin, une période de suivi permet d'observer le maintien des résultats sur le moyen terme.

Objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques suivants sont fixés, en collaboration avec la patiente :

- objectif professionnel : se déplacer seule en voiture dans la région grenobloise sans craindre les embouteillages, assister à une réunion dans une pièce fermée, aller à un déjeuner de travail ;
- objectif personnel : louer un appartement avec son compagnon, pouvoir faire des sorties ludiques ;
- objectif médicamenteux : ne plus prendre de traitement pharmacologique.

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques comportementales :
 - contrôle des réactions physiologiques (régulation et contrôle respiratoire, apprentissage et pratique régulière de la relaxation),
 - expositions graduées en imagination et *in vivo* ;
- techniques cognitives :
 - informations sur les attaques de panique (explication de la physiologie à l'aide de schémas, apprentissage du rôle de l'hyperventilation),
 - restructuration cognitive (auto-observation, mise en évidence, remise en question des pensées automatiques et des postulats de base) ;
- prescription de tâches à domicile.

Déroulement de la thérapie

Protocole utilisé

Le protocole expérimental est un protocole de cas individuel avec mesures répétées, où le sujet est son propre témoin. Il est de type A-B quasi expérimental, c'est-à-dire qu'il comporte trois phases : la phase A concerne la ligne de base avant tout traitement, la phase B concerne la mise en place de la procédure thérapeutique et son effet sur les variables observées, et enfin la phase de suivi permet d'évaluer le maintien des changements comportementaux obtenus.

La thérapie consiste en une séance hebdomadaire d'une heure. Puis, elle se poursuit au rythme d'une séance par mois pendant la phase de suivi.

Planning des séances

- Bilan de la semaine écoulée avec une revue des tâches à domicile, ainsi qu'un relevé des mesures à intervalles rapprochés.
- Agenda de séance.
- Choix d'un problème-cible et travail cognitif ou comportemental.
- Prescription de tâches à domicile.
- Résumé de la séance, puis *feed-back*, réalisés par la patiente.

Déroulement des séances

Séances 1 à 3 : ligne de base

Ces trois premières séances permettent d'effectuer l'anamnèse et de poser le diagnostic. Lors de la 2^e séance, la conceptualisation du cas clinique est réalisée par une analyse fonctionnelle. Une information concernant les thérapies comportementales et cognitives, ainsi que leur efficacité sur les attaques de panique, est réalisée en insistant sur le bon pronostic de ce type de trouble. Il est également expliqué à Mademoiselle S. que le succès de la thérapie passe par des expositions graduées aux situations redoutées. Les principes d'habituation et de sensibilisation sont abordés à cette occasion.

Les différentes échelles d'évaluation sont remplies au cours de la 2^e séance. L'échelle « phobies, attaques de panique et anxiété généralisée » est cotée lors de chaque consultation pour permettre d'établir la ligne de base.

À la suite de ces trois premières séances, la patiente se dit satisfaite de cette façon de travailler. Elle est confiante et motivée. Elle attend beaucoup de cette thérapie. Cependant, elle est très anxieuse au simple fait d'évoquer ses attaques de panique et d'envisager une quelconque exposition. Ainsi, Mademoiselle S. a du mal à manger au cours des jours qui suivent les premières séances ; elle souligne « avoir constamment une boule d'angoisse sur l'estomac », parfois associée à des nausées et des vomissements. Elle renouvelle son besoin d'être rassurée à plusieurs reprises. Elle a peur d'être hospitalisée, et d'être alors prise pour une folle.

Séances 3 à 16 : la phase thérapeutique proprement dite

Contrôle respiratoire et relaxation

Compte tenu des réactions anxieuses de la patiente, un travail concernant les réponses physiologiques à l'angoisse est réalisé dès la 3^e séance. Un schéma des conséquences biologiques de l'attaque de panique permet d'expliquer l'enchaînement des sensations observé lors d'une situation

phobique. Le rôle de l'hyperventilation est particulièrement mis en exergue, et tout de suite expérimenté en demandant à la patiente d'effectuer de profondes inspirations pendant plusieurs minutes. La fiche de Salkovskis, décrivant les symptômes éprouvés lors des attaques de panique, est remplie juste après cet exercice. Cette ventilation forcée permet à la patiente de prendre conscience de la similitude de ses sensations immédiates avec les troubles ressentis pendant ses attaques de panique.

La technique de régulation respiratoire – le sujet diminue son rythme respiratoire – et celle de Valsalva – le sujet provoque une hyperpression abdominale pendant quelques secondes – sont apprises à la patiente, et conseillées en cas d'angoisse.

La fin de la 3^e séance est destinée à l'apprentissage de la relaxation selon la technique de Jacobson. Puis, il est demandé à Mademoiselle S. de s'entraîner chez elle au contrôle respiratoire, et d'apporter un magnétophone à la consultation suivante pour enregistrer une séance de relaxation.

Au début de chaque entretien ultérieur, la patiente montre comment elle procède pour contrôler sa respiration. Ce temps est l'occasion de répondre aux questions concernant ce sujet, et de réexpliquer si besoin le schéma de survenue des attaques de panique.

Une séance de relaxation est enregistrée sur magnétophone, en insistant sur les sensations de lourdeur du corps et de relâchement musculaire. La cassette audio est ensuite remise à la patiente dans le but de poursuivre l'entraînement chez elle comme tâche à domicile.

Ce travail de relaxation et de contrôle respiratoire permet à Mademoiselle S. de diminuer l'intensité de son anxiété généralisée. Elle est vivement félicitée pour son assiduité et cette première victoire. Elle se sent alors plus en confiance à partir de ce moment ; en effet, elle reconnaît qu'au tout début de la prise en charge, elle avait du mal à se sentir à l'aise car elle craignait d'être jugée sur son comportement.

Constitution d'une liste hiérarchique des situations redoutées

À la 4^e séance, il est demandé à Mademoiselle S. de noter toutes les situations évitées, et de les organiser autour des deux thèmes choisis en début de thérapie ; l'objectif est alors de hiérarchiser ces situations en fonction de l'intensité de l'anxiété qu'elles développent (tableaux 4.1 et 4.2).

Situation des embouteillages sur l'autoroute

Lors de la séance 5, la patiente rapporte qu'elle s'est retrouvée coincée pendant quarante minutes dans un embouteillage à la suite de sa dernière consultation à l'hôpital. L'analyse fonctionnelle de la situation est reproduite ci-après :

- *Situation* : Mademoiselle S. est « coincée » dans un embouteillage sur l'autoroute pendant quarante minutes. Il fait nuit ;

TABLEAU 4.1. Liste hiérarchique concernant le thème : « Pouvoir partir seule »

Situations	% d'anxiété	Évitement
Partir en vacances sans son compagnon	100	Oui
Partir en voyage de travail plusieurs jours	100	Oui
Partir en voyage de travail toute une journée	95	Oui
Partir seule en visite d'entreprise dans le cadre du travail	85	Ne sait pas
Quitter le domicile parental	75	Oui
Conduire la nuit	70	Oui
Partir au travail seule	30	Non

• *Pensées* : je suis coincée, et il fait nuit. Où est mon téléphone ? Qui appeler ? Où est ma bouteille d'eau ?

Il faut que je m'en sorte seule.

• *Sensations* : gorge serrée, chaleur, peur de ne pas y arriver, d'être seule et de devenir folle. Angoisse cotée à 7 sur 8.

• *Comportement* : pratique le contrôle respiratoire. Se détend. Angoisse : 4 sur 8.

• *Entourage* : son compagnon l'appelle au téléphone pour lui signaler la présence d'un embouteillage. Elle lui répond qu'elle se relaxe, et qu'elle le rappellera si ça ne va pas. Angoisse : 3 sur 8.

TABLEAU 4.2. Liste hiérarchique concernant le thème : « Situations d'où il est difficile de s'échapper »

Situations	% d'anxiété	Évitement
Être seule dans un embouteillage en voiture	100	Oui
Aller au cinéma seule	100	Oui
Aller au restaurant dans le cadre du travail	90	Oui
Passer une soirée en discothèque	90	Oui
Assister à une réunion de travail dans une pièce close	85	Oui
Aller au cinéma avec son compagnon	80	Oui
Faire des courses seule dans une grande surface	80	Non
Aller au restaurant avec des amis	50	Oui
Prendre l'ascenseur	45	Non
Faire un repas chez des amis	35	Non
Faire un repas de famille avec beaucoup de monde	20	Non

- *Conséquences* : elle arrive chez elle, encore angoissée, mais elle se dit : « Je m'en suis sortie ; la respiration m'a *peut-être* aidée. »

Plusieurs remarques sont formulées au vu de cette situation. Tout d'abord, la patiente est félicitée d'avoir su gérer la montée d'angoisse. Puis, l'accent est mis sur la place prépondérante qu'elle accorde à ses pensées automatiques. Il lui est montré que l'élaboration de pensées alternatives du genre « il faut que je me débrouille seule », associée à la pratique du contrôle respiratoire, lui ont permis de contrôler ses émotions. Enfin, si les conséquences qu'elle tire de la situation sont plutôt positives (« je m'en suis sortie »), elle doute encore de ses propres capacités (« la respiration m'a *peut-être* aidée »).

Selon Mademoiselle S., la peur la plus importante (car inhibitrice) était liée au fait de ne pas pouvoir y arriver. La technique de la flèche descendante est appliquée sur cette pensée :

- « J'ai peur de ne pas pouvoir y arriver. »
- « Que va-t-il se passer au pire si vous n'y arrivez pas ? »
- « Je me sens fragile. »
- « Et au pire ? »
- « Je risque d'être toujours malade, et je vais devenir une malade mentale inintéressante. »
- « Et au pire ? »
- « Les gens se détourneront de moi. »
- « Et au pire ? »
- « Je resterai seule, et je ne pourrai pas le supporter. »
- « Et au pire ? »
- « Je me laisserai mourir à petit feu. »

Le postulat qui est ici mis en évidence est le suivant : « si je n'y arrive pas, on me prendra pour une malade mentale et je resterai seule ; dans ces conditions, je me laisserai mourir de désespoir ». La patiente croit en ce postulat à 99 %. Une discussion socratique est ensuite engagée à propos de cette pensée. Mademoiselle S. reconnaît qu'il est plutôt excessif de croire que l'on devient malade mental si l'on est incapable de gérer son stress.

D'autre part, Mademoiselle S. éprouve encore beaucoup de difficultés à avoir confiance en elle-même et dans les techniques de contrôle de la respiration qui lui ont été apprises. Il est convenu, en collaboration avec la patiente, de faire une séance d'exposition en imagination au cours de laquelle une attaque de panique sera déclenchée et où elle devra se débrouiller seule.

La séance 6 est donc construite autour d'une exposition en imagination avec déclenchement des sensations de l'attaque de panique. Le questionnaire d'évaluation des phobies, panique et anxiété diffuse est rempli dans sa partie concernant les sensations éprouvées pendant les attaques de panique. L'exposition se déroule en deux phases.

Première phase :

- 2 minutes : relaxation ;
- 5 minutes : exposition en imagination à une scène d'embouteillage d'où il lui est difficile de sortir (anxiété cotée à 7 sur 8) ;
- 5 minutes : hyperventilation (9 des symptômes de l'attaque de panique sur 13 sont présents) ;
- 5 minutes : contrôle respiratoire guidé par le thérapeute (3 des symptômes sur 13 restent présents) ;
- 5 minutes : discussion. La patiente reconnaît qu'elle est arrivée à faire diminuer rapidement l'intensité de la symptomatologie grâce au contrôle respiratoire. Elle demande à effectuer un autre essai.

Deuxième phase :

- 2 minutes : relaxation ;
- 5 minutes : exposition en imagination à une scène d'embouteillage sous un tunnel, la nuit (anxiété cotée à 7 sur 8) ;
- 5 minutes : hyperventilation (8 symptômes sur 13 sont présents) ;
- 5 minutes : contrôle respiratoire sans intervention du thérapeute (1 seul symptôme sur 13 reste présent) ;
- 5 minutes : discussion.

Mademoiselle S. reconnaît qu'elle était très inquiète à l'idée de participer à cette séance (anticipation anxieuse), mais le fait d'avoir réussi à maîtriser la situation la conforte dans ses aptitudes à faire face toute seule. Elle évalue sa capacité de maîtrise à 6 sur 8. Elle pense avoir démystifié les attaques de panique grâce à cette expérience.

Par la suite, la patiente se retrouve à nouveau sur la rocade grenobloise, connue pour ses habituels ralentissements. Un soir, sa voiture s'immobilise, et elle sent alors l'angoisse l'envahir. Elle contrôle immédiatement sa respiration, et substitue ses pensées automatiques (« je vais être bloquée », « que va-t-il m'arriver ? ») par des pensées alternatives plus positives (« je prends le temps de respirer », « ce n'est qu'un ralentissement »). L'intensité de son anxiété diminue rapidement de 6 à 2 sur 8.

La patiente est félicitée d'avoir su gérer la situation avec autant de succès.

Situation des repas en groupe (professionnel ou amical)

Lors de la séance 8, Mademoiselle S. rapporte qu'elle a refusé un repas de travail pour ne pas se retrouver coincée à table et angoisser face à l'ensemble des convives. Toutefois, elle est allée rejoindre ses collègues au moment du café.

Elle doit de nouveau participer à un déjeuner professionnel au cours de la semaine suivante. Elle aimerait bien y aller pour s'exposer *in vivo* ; aussi, elle demande à bénéficier d'une préparation en imagination.

Le déroulement de la séance est le suivant :

- 5 minutes : relaxation (anxiété cotée à 2 sur 8) ;

- 5 minutes : exposition en imagination à une scène de repas de travail d'où elle ne peut absolument pas partir (anxiété cotée à 5-6 sur 8) ;
- 5 minutes : contrôle respiratoire par respiration lente et superficielle (anxiété cotée à 2 sur 8) ;
- 10 minutes : discussion.

La patiente se rend compte que la simple évocation de la scène la fait angoisser. Elle trouve cela ridicule, mais elle ne peut s'en empêcher. Toutefois, elle commence à admettre qu'elle est aussi digne de confiance que n'importe qui, puisqu'elle a toujours réussi à affronter ses problèmes avec succès. Lors de la séance suivante (séance 9), Mademoiselle S. rapporte qu'elle a participé au déjeuner professionnel, et que ses collègues ont beaucoup apprécié sa présence. Depuis, elle va régulièrement manger à la cafétéria avec quelques amies, sans aucune appréhension.

Elle souligne également qu'elle a suivi une formation durant une journée complète, avec des exposés en amphithéâtre et un repas en commun à midi. Son anxiété était de 4 sur 8 au début de la journée, mais a disparu totalement dès la première heure, pour ne plus réapparaître jusqu'à la fin du stage. Elle est vivement renforcée dans le travail positif qu'elle met en place. Le phénomène d'habituation est de nouveau expliqué à cette occasion.

La situation des repas en groupe est définie comme une tâche à domicile. En effet, si l'occasion se présente, il est demandé à la patiente de ne pas refuser l'invitation.

Dans ce cadre, elle va au restaurant avec des amis (en compagnie desquels elle a déjà fait une attaque de panique au cours d'un repas). Tout se déroule pour le mieux. Elle attribue cela au fait qu'elle n'a pas eu de pensée négative avant la rencontre.

Mademoiselle S. participe également à un repas organisé par l'association de football de son compagnon. Une trentaine de personnes qu'elle ne connaît pas sont présentes. Très vite, elle parvient à gérer ses pensées automatiques, et à les remplacer par des pensées alternatives plus positives.

Un samedi soir, elle se rend à un dîner dansant se déroulant dans une discothèque. Elle y retrouve une quarantaine de personnes, plus ou moins connues. Elle gère ses anticipations anxieuses en planifiant sa soirée. La patiente se fixe alors une durée de temps minimale pour rester à la fête. Cette durée est établie en fonction des explications qu'elle a reçues pour ce qui concerne le phénomène d'habituation. Elle n'est victime d'aucune pensée négative, et passe une agréable soirée jusqu'à deux heures du matin.

Autres expositions in vivo

- *Baisse de l'alprazolam* : dès le premier mois de la thérapie, et en accord avec le psychiatre prescripteur, l'alprazolam est diminué progressivement jusqu'à l'arrêt pour permettre des expositions plus efficaces. Au début du traitement, Mademoiselle S. ne voulait pas être dépendante d'un médicament. Puis, cette crainte s'est transformée en peur d'arrêter

la benzodiazépine. Il est alors demandé à la patiente de remplir une fiche 3 colonnes de Beck et d'élaborer des pensées alternatives concernant le thème de l'arrêt du traitement. Elle se rend vite compte que l'oubli ou la suppression du comprimé du soir n'entraîne rien de fâcheux. Cette prise de conscience la renforce dans sa volonté d'arrêter définitivement le traitement pharmacologique.

- *Déménagement* : lors de la séance 7, Mademoiselle S. annonce qu'elle a emménagé avec son compagnon dans un appartement situé au centre d'un village, à la campagne. Le plus difficile a été de préparer les valises pour partir de chez ses parents, mais ces derniers les ont aidés à déménager.

Le fait de se retrouver seule le soir chez elle l'angoisse encore beaucoup. En effet, son compagnon participe à un entraînement de football deux fois par semaine en nocturne. Il arrive régulièrement à la patiente d'inviter une amie à dîner afin de ne pas attendre toute seule.

- *Déplacement toute seule au sein du département* : en milieu de thérapie, Mademoiselle S. rapporte qu'elle est allée faire son premier bilan en entreprise, bilan qui l'a conduite à l'autre bout du département dans un hôpital psychiatrique. Elle avait alors deux types d'appréhension. L'une concernait le voyage en voiture et le fait de conduire toute seule dans une région qu'elle ne connaissait pas bien. L'autre faisait écho à ses peurs de la maladie mentale. En fait, elle dit ne pas avoir ressenti d'angoisse, mais plutôt un trac lié au rendez-vous professionnel. Tout s'est bien passé. Elle reconnaît les effets positifs de la thérapie sur sa confiance en elle-même depuis ces dernières semaines.

- *Réunion en amphithéâtre* : au cours d'une réunion de travail en amphithéâtre, la patiente se rend compte que la porte de sortie n'est pas facile d'accès (cette dernière se situe derrière l'estrade). L'angoisse commence à l'envahir. Elle cherche une distraction en lisant un livre, mais elle se sent de plus en plus mal à l'aise. Elle repense alors au contrôle de la respiration. Après plusieurs cycles respiratoires, elle se sent mieux. Elle découvre alors une autre sortie juste derrière elle. Elle est alors rassurée, et peut suivre la réunion en toute quiétude.

Lors de la séance 12, elle évoque un séminaire en amphithéâtre au cours duquel elle était animatrice. Elle a pu gérer son angoisse en planifiant sa journée et en envisageant des moyens de s'en sortir en cas de défaillance (par exemple, elle a demandé à une collègue de la suppléer si elle devait s'absenter). Le séminaire s'est très bien déroulé pour elle et pour les autres participants.

Restructuration cognitive

- *Isoler et modifier les pensées automatiques* : au fur et à mesure des expositions, Mademoiselle S. est félicitée pour les stratégies qu'elle développe. Toutefois, elle continue de douter de ses véritables capacités

d'adaptation face à d'éventuelles situations anxiogènes non planifiées. Elle se demande toujours si elle parvient à réellement contrôler son angoisse du fait de la thérapie, ou si ses attaques de panique, qui n'étaient qu'épisodiques jusqu'alors, ne sont pas tout simplement en train de s'estomper momentanément.

Il lui est donc demandé de noter ses pensées automatiques sur une fiche 3 colonnes de Beck. La pensée négative la plus fréquente concerne des idées de dévalorisation et de doute, notamment : « est-ce que je vais y arriver ? » (sous-entendu : « je n'en suis pas capable »). Une fiche de modification de cette pensée lui est proposée (tableau 4.3).

Les commentaires de Mademoiselle S. concernant cette fiche lui font prendre conscience que les « arguments contre » correspondent à des faits tirés de sa propre expérience. Il lui est alors demandé de faire plus confiance à son expérience personnelle. Elle conclut en modifiant sa pensée négative initiale de la façon suivante : « J'y arriverai si je tiens compte de ce que j'ai déjà réalisé ».

D'autre part, dans l'optique de mieux gérer son stress au travail, elle décide de planifier ses journées en tenant un agenda plus précis que celui qu'elle remplissait jusqu'alors.

Il lui est également demandé de modifier ses pensées automatiques en pensées alternatives plus réalistes à partir de son expérience personnelle. Les pensées alternatives qu'elle met en place dans chaque situation d'exposition la renforcent beaucoup. Ses réussites la confortent dans ce mode de fonctionnement.

• *Isoler et modifier les postulats* : lors de la 12^e séance, Mademoiselle S. rapporte que l'ambiance au travail est tendue du fait de la démission inattendue de l'une de ses collègues. En effet, chacun se rejette la responsabilité de cette décision. La patiente n'ose pas prendre parti dans ce conflit, et regrette de ne pas assez s'affirmer. Cependant, elle ne veut pas déplaire aux uns ni aux autres. Dans ces conditions, elle préfère se taire.

TABEAU 4.3. Fiche de modification de la pensée : « Est-ce que je vais y arriver ? »

Croyance avant : 95 %	
Arguments pour	Arguments contre
– Je ne suis pas contente de moi. – Je suis fatiguée. – Je n'ai pas de solution miracle. – Je me sens toujours fragile. – L'angoisse est toujours là au début, même après plusieurs expositions. – J'ai toujours besoin des autres.	– J'ai fait de nombreuses expositions, et ça s'est toujours bien passé. – J'occupe un nouveau poste à mon travail, et il est normal que je me sente stressée. – La plupart de mes collègues, ainsi que mes patrons, sont satisfaits de mon travail.
Croyance après : 40 %	

Par questionnement socratique, le postulat « je dois être aimée par tous et en toutes circonstances » est mis en évidence. La croyance en ce postulat est de 99 %. Une fiche de modification est alors remplie, conjointement avec la patiente (tableau 4.4).

La lecture de cette fiche permet à Mademoiselle S. de prendre conscience que ce postulat l'amène généralement à bénéficier d'un soutien important de la part de son entourage, mais qu'elle perd son autonomie dans un tel contexte.

Cette réflexion lui évoque la relation qu'elle entretient avec ses parents. En effet, elle se sent coupable envers eux de ne pas assez les aimer. Elle a peur de ne pas avoir le temps de leur dire combien elle les apprécie, ni de les remercier pour leur soutien. Selon la patiente, « être aimée par tous, c'est aussi faire plaisir à tout le monde, et donc montrer que l'on n'est pas un ingrat ». Cette discussion éveille en elle bon nombre d'émotions, qui se traduisent par des pleurs.

L'hypothèse selon laquelle la peur de la solitude qu'elle éprouve régulièrement est liée au postulat : « je dois être aimée par tous et en toutes circonstances » est évoquée. En fin de séance, la patiente reformule cette pensée par : « je peux être aimée des autres tout en affirmant ce que je pense ; mon entourage peut m'apprécier pour ce que je suis, et non pour ce dont j'ai besoin ». Elle décide de considérer ses parents d'une manière différente, et de leur dire combien elle les aime.

TABLEAU 4.4. Fiche de modification du postulat : « Je dois être aimée par tous et en toutes circonstances »

Croyance avant : 99 %			
	Conséquences positives	Conséquences négatives	Interprétations réalistes
À court terme	– Il est agréable d'être aimée.	– Si je ne suis pas aimée, je ne me sens pas bien. – J'ai peur qu'on dise du mal de moi.	– Cela me rend dépendante du bon vouloir des autres.
À moyen terme	– J'aime que l'on pense du bien de moi.	– Je me sens redevable de ceux qui m'aiment. – Je n'ose pas dire ce que je pense ; je mens à moi-même et aux autres.	– Je peux être moi-même et être cependant toujours appréciée par les autres.
À long terme	– J'ai beaucoup d'amis. – Je n'ai pas d'ennemis.	– J'ai peur de la solitude. – Je ne peux agir sans rechercher l'approbation d'autrui. – Je perds mon autonomie. – Je ne sais pas me débrouiller toute seule.	– Ce que je pense ne regarde que moi dans la majorité des cas.
Croyance après : 70 %			

Au cours de la séance suivante, elle évoque une discussion qu'elle a eue avec ses parents. Elle a ainsi pu leur parler de son évolution actuelle en termes positifs, plutôt que de ressasser ses interrogations négatives dans le but qu'ils la plaignent. Elle a par ailleurs selon ses dires « effleuré le fait qu'elle les aime ».

Séance 16 : bilan

La 16^e séance est l'occasion de réaliser un bilan de la thérapie. Les questionnaires remplis lors de la 2^e rencontre sont à nouveau proposés.

Mademoiselle S. reconnaît les progrès effectués au cours de ces derniers mois, même si, selon ses dires, « c'était difficile d'avoir confiance au début ». Elle comprend que l'évitement renforçait son anxiété et ses anticipations négatives. Les expositions réussies l'ont aidée à retrouver une certaine confiance en elle-même. Toutefois, il a été nécessaire de refaire à plusieurs reprises le bilan des situations affrontées avec succès, et de les comparer à la ligne de base. En effet, la patiente « oublie » rapidement son état clinique du début de la thérapie. Une synthèse concernant les objectifs initiaux est donc réalisée.

En ce qui concerne son travail, Mademoiselle S. surmonte de mieux en mieux les situations anxiogènes qui étaient jusqu'alors incompatibles avec le fait d'assumer pleinement sa fonction. Elle fait de plus en plus de voyages seule en voiture pour aller réaliser des bilans d'entreprise. Lorsqu'elle part, elle planifie sa journée d'un point de vue professionnel, sans évoquer une quelconque pensée négative du style : « je ne vais pas y arriver », « je risque de me perdre » ou « je vais me retrouver dans une situation dont je ne pourrai pas me sortir ». Les réunions en amphithéâtre et les déjeuners de travail majorent encore son anxiété, mais cette dernière disparaît relativement vite.

De plus, elle apprécie maintenant d'avoir son appartement, ce qui lui permet de prendre du recul par rapport à ses parents. Ses relations avec son compagnon n'en sont que plus profitables. Elle se sent d'ailleurs plus détendue avec lui, et il leur arrive à présent d'avoir de nombreux fous rires complices.

Enfin, l'arrêt du traitement pharmacologique benzodiazépinique s'est déroulé sans aucune recrudescence d'angoisse particulière, en six séances. La patiente est très satisfaite d'avoir pu gérer ce sevrage progressif sans anticipation anxieuse excessive.

Pour résumer, les différents objectifs thérapeutiques établis au cours des premières séances ont été atteints, même si Mademoiselle S. reconnaît qu'elle a encore besoin de consolider ses acquis. Un suivi de six mois, au rythme d'une séance mensuelle, est proposé. Un nouveau bilan sera effectué au terme de cette période.

En fin de séance, il est demandé à la patiente de poursuivre ses efforts en vue de retrouver une certaine autonomie.

Phase de suivi : séance 17

Mademoiselle S. est toujours satisfaite de ses acquis. Elle a pu affronter plusieurs situations autrefois anxiogènes, et ce sans difficulté particulière.

Ainsi, elle est par exemple allée « enterrer la vie de jeune fille » de l'une de ses amies avec une dizaine de copines. Elles sont allées faire un repas ensemble, puis la soirée s'est terminée en discothèque vers 6 heures du matin. La patiente a selon ses dires « juste éprouvé une petite appréhension en milieu de nuit, mais aucune peur de faire une attaque de panique ne s'est fait ressentir ».

Une autre fois, elle s'est retrouvée coincée quarante minutes dans un embouteillage. Elle a alors remarqué que son comportement était à présent bien différent dans une telle situation. Habituellement, son premier réflexe aurait été de sortir au prochain échangeur, mais Mademoiselle S. a voulu « se tester ». Elle n'a pas éteint la radio, ce qui lui a permis d'écouter les informations relatives à la circulation (annonce de 6 km de ralentissement). Ses cognitions n'étaient pas négatives. Elle s'est tout de suite dit : « Fais attention à tes pensées ! », puis : « Ce n'est qu'un simple ralentissement, respire ! Contemple les montagnes ! ». Aucune recrudescence anxieuse ne s'est produite.

En ce qui concerne son autonomie, la patiente se rend compte qu'elle est de moins en moins dépendante de son compagnon (le fait d'aller en boîte de nuit sans lui en est un exemple). Cela a des effets inattendus sur leur relation. En effet, si elle essaie d'être moins agressive et plus compréhensive, elle se rend compte qu'elle est plus ferme dans ses positions, et qu'elle n'a désormais plus peur de s'opposer à lui. « Je suis plus autonome, mais j'ai encore un peu peur de le perdre », souligne-t-elle. Toutefois, ce type de discussion leur a permis de parler franchement de leur avenir, et d'évoquer pour la première fois des projets de mariage.

Résultats

Questionnaires (mesures à intervalles espacés)

L'évolution des attaques de panique et de l'agoraphobie présentées par Mademoiselle S. est évaluée par le Questionnaire des peurs de Marks et Mathews, le Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless, ainsi que par le Questionnaire des sensations corporelles. L'inventaire de Beck (21 items) permet de mettre en évidence une éventuelle dépression sous-jacente. Ces différents questionnaires sont remplis au cours des deuxième (pré-thérapie) et seizième (fin de thérapie) séances. L'ensemble des résultats est reporté sur le [tableau 4.5](#).

Questionnaire des peurs

Les trois échelles des phobies indiquent :

- l'existence d'une agoraphobie, avec un score de 28 en début de thérapie. Une amélioration de 36 % est obtenue en fin de thérapie ;
- l'absence de phobie sociale ;
- pas de trouble manifeste pour ce qui concerne la phobie du sang et des blessures.

Le score d'anxiété-dépression montre une évolution favorable de 52 % ; ce résultat est corroboré par la rémission de la symptomatologie dépressive observée avec l'inventaire de Beck, ainsi que par l'émoussement de l'anxiété généralisée évaluée par le biais de mesures rapprochées.

La gêne liée aux troubles phobiques diminue de 62 %, mais la sémio-logie reste encore relativement gênante en fin de thérapie (score = 3).

Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless

Il confirme l'agoraphobie, évaluée par ailleurs grâce au questionnaire des peurs, qui met en évidence une inquiétude physique marquée. Il indique une évolution favorable, aussi bien sur l'échelle des inquiétudes sociales et comportementales (47 %) que sur celle des inquiétudes physiques (33 %).

Le score de 14 sur l'échelle des inquiétudes physiques montre une rémission incomplète de ce type de trouble à la fin de la thérapie. Cette dernière remarque est d'ailleurs confirmée par le questionnaire suivant, et par la clinique.

TABLEAU 4.5. Scores obtenus aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le % d'amélioration correspond au gain $(((\text{score avant} - \text{score après})/\text{score avant}) \times 100)$

Questionnaires	Évaluation pré-thérapie	Évaluation post-thérapie	% d'amélioration
<i>Questionnaire des peurs</i>			
– Agoraphobie	28	18	36
– Sang-blessure	10	10	0
– Sociale	14	12	14
– Anxiété-dépression	21	10	52
– Gêne occasionnée par le trouble	8	3	62
<i>Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless</i>			
– Inquiétudes sociales et comportementales	19	10	47
– Inquiétudes physiques	21	14	33
<i>Questionnaires des sensations corporelles</i>	65	40	38
<i>Inventaire de Beck</i>	17	8	53

Questionnaire des sensations corporelles de Chambless

Il montre combien les sensations corporelles vécues par la patiente sont angoissantes pour elle. Le score de 65 en début de thérapie s'améliore de 38 % à la fin de la prise en charge, tout en restant dans les limites supérieures de la normale (score de 40 à la 16^e séance).

Inventaire de Beck

Le score de 17 observé en pré-thérapie indique une dépression légère. Ce score diminue à 8 à la seizième séance, ce qui correspond à une rémission complète de la symptomatologie dépressive. L'amélioration en fin de thérapie est donc de 53 %.

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, des mesures à intervalles rapprochés sont effectuées à partir de l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée de Cottraux. Ce questionnaire est rempli à chaque séance, et tient compte des événements survenus au cours de la semaine écoulée. Les données observées sont les suivantes :

- nombre d'attaques de panique ou de recrudescences anxieuses entraînant un évitement au cours de la semaine, et nombre de comprimés d'alprazolam pris par jour (fig. 4.2) ;
- anxiété inhérente à une situation particulière susceptible d'entraîner une attaque de panique : « rester coincée dans un embouteillage, seule dans la voiture », et « assister à une réunion ou participer à un déjeuner de travail au restaurant » (fig. 4.3) ;
- anxiété généralisée (fig. 4.2).

Pour ce qui concerne la consommation de benzodiazépine, celle-ci a pu être arrêtée dès la 6^e séance sans anxiété excessive. Par ailleurs, la figure 4.2 montre que la fréquence de survenue des attaques de panique diminue régulièrement, ces dernières ne réapparaissant quasiment plus après la 9^e séance. Ce résultat est stable pendant plus de deux mois.

Pour ce qui concerne les circonstances entraînant une attaque de panique et choisies comme situations-test, une amélioration de 62 % est observée en fin de thérapie. On notera toutefois que l'anxiété face à ces épreuves reste évaluée à : « je me sens mal à l'aise, mais je n'évite pas la situation » (score de 3 sur l'échelle phobies, panique et anxiété diffuse).

En revanche, l'anxiété diffuse est considérée comme un « léger problème » (score de 2) ; ce paramètre s'améliore de 75 % au cours de la thérapie.

Cette diminution d'intensité de l'anxiété, qui est concomitante à la diminution de fréquence des évitements, est confirmée par le tableau 4.6 qui reprend la liste hiérarchique des situations phobiques redoutées par la patiente.

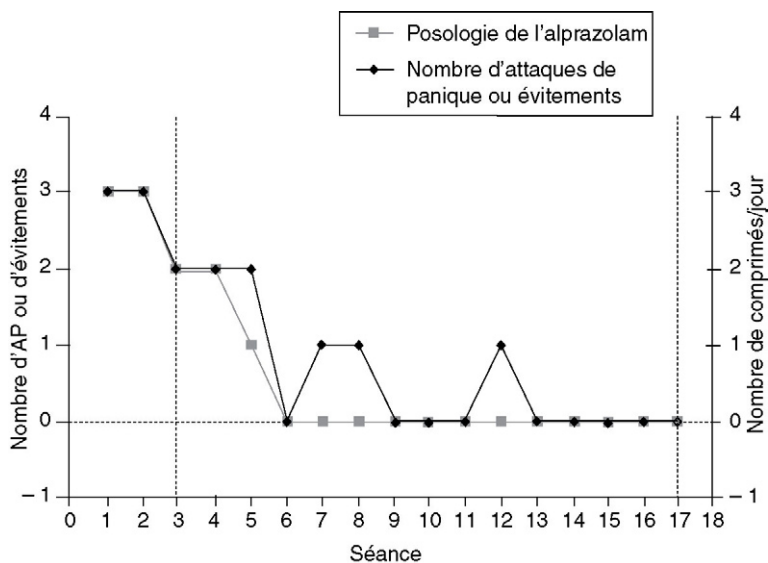


FIGURE 4.2. Évolution hebdomadaire du nombre d'attaques de panique ou d'évitements massifs et évolution du nombre de comprimés d'alprazolam pris quotidiennement.

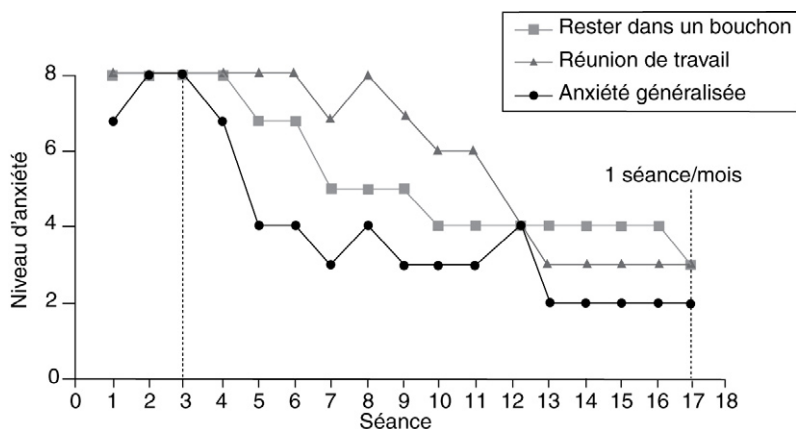


FIGURE 4.3. Évolution de l'anxiété liée à des situations entraînant une attaque de panique, et évolution de l'anxiété généralisée. L'intensité de l'anxiété est cotée sur une échelle de 0 (pas de malaise) à 8 (handicap sévère, ou bien « j'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours »).

TABLEAU 4.6. Évolution de l'anxiété liée aux situations redoutées par la patiente

Situations	Anxiété pré-thérapie	Anxiété post-thérapie	% d'amélioration
Liste hiérarchique concernant le thème : « pouvoir partir seule »			
Partir en vacances sans son compagnon	100	Non évalué	
Partir en voyage de travail plusieurs jours	100	Non évalué	
Partir en voyage de travail toute une journée	95	30	68
Partir seule en visite d'entreprise dans le cadre du travail	85	10	88
Quitter le domicile parental	75	30	60
Conduire la nuit	70	50	28
Partir au travail seule	30	5	83
Liste hiérarchique concernant le thème : « situations d'où il est difficile de s'échapper »			
Être seule dans un embouteillage en voiture	100	60	40
Aller au cinéma seule	100	Non évalué	
Aller au restaurant dans le cadre du travail	90	60	33
Passer une soirée en discothèque	90	70	22
Assister à une réunion de travail dans une pièce close	85	40	53
Aller au cinéma avec son compagnon	80	Non évalué	
Faire des courses toute seule dans une grande surface	80	60	25
Aller au restaurant avec des amis	50	20	60
Prendre l'ascenseur	45	20	55
Faire un repas chez des amis	35	0	100
Faire un repas chez des amis	35	0	100
Faire un repas de famille avec beaucoup de monde	20	0	100

En règle générale, la réalisation de l'ensemble des tâches évolue favorablement pour Mademoiselle S. Excepté les situations « non évaluées » (situations auxquelles la patiente ne s'expose pas au cours de la thérapie), toutes les autres ont été affrontées au moins une fois. Le nombre d'évitements diminue très nettement : de huit en pré-thérapie, il passe à zéro en post-thérapie (les situations « non évaluées » ne sont pas prises en compte).

SYNTHÈSE

Mademoiselle S. présente, au début de la prise en charge, des attaques de panique associées à une agoraphobie. Ces attaques de panique ont débuté au cours de l'adolescence, à la suite d'une consommation de haschisch, et sont réapparues sporadiquement par la suite. L'attitude surprotectrice de l'entourage familial contribue certainement au maintien des troubles. Une recrudescence des attaques de panique avec évitement massif de situations professionnelles fait prendre conscience à la patiente de la nécessité de se faire soigner. Une prise en charge cognitivo-comportementale est entreprise, suite aux conseils du psychiatre traitant, et à la demande de Mademoiselle S. La thérapie débute par une information concernant les attaques de panique et l'importance de l'évitement dans le maintien de l'agoraphobie. La prise en charge comportementale, basée sur la relaxation et l'exposition, permet de renforcer la confiance de la patiente et de modifier progressivement son schéma de dévalorisation. Cependant, la forte dépendance vis-à-vis des proches, associée à la peur d'être jugée par le thérapeute (Mademoiselle S. est psychologue), constituent des difficultés supplémentaires pour la patiente dans la réalisation des tâches d'exposition, du moins en début de thérapie. La restructuration cognitive permet dans ce contexte d'approfondir le travail comportemental en remettant progressivement en question les schémas de dépendance et de doute.

L'évolution favorable de la symptomatologie est objectivée par les diverses évaluations réalisées (questionnaires, liste hiérarchique et mesures répétées). Cependant, les derniers entretiens montrent que ces résultats ne pourront être véritablement acquis qu'après une période de suivi de plusieurs mois, au cours de laquelle les schémas mis à jour devront encore être remis en question. Un suivi et un programme de maintenance sont donc proposés à Mademoiselle S. dans ce sens.

CHAPITRE 5

Dépression

Présentation du cas clinique

Introduction et antécédents familiaux

Madame D. est âgée de 55 ans. Ancienne institutrice, elle est actuellement à la retraite et vit avec son mari, également retraité. À la suite d'événements de vie marquants survenus au cours de ces dernières années, elle se sent fatiguée et triste. Ayant selon ses dires perdu tout élan vital, elle doute sans cesse d'elle-même (« Tout ce que je fais me paraît insurmontable. De toute façon, que je le fasse ou pas, ça revient au même ! » souligne-t-elle). Elle se dit déçue par son entourage, car elle regrette que personne ne soit capable de la comprendre. Elle ne voit pas comment se sortir de cette situation. Elle est adressée en thérapie cognitivo-comportementale pour dépression par le psychiatre de l'hôpital qui l'a vue en consultation.

Madame D. est la cadette de deux enfants. Son frère, âgé de 58 ans, est médecin. Il a développé une ostéochondrite au cours de son enfance. Cette maladie a eu des répercussions directes sur la patiente, puisqu'elle fut à cette occasion placée pendant six mois chez sa tante, alors qu'elle était âgée de 5 ans. Ses parents ont eu très peur de perdre son frère, et sont devenus très attentionnés envers lui.

Sa mère est âgée de 88 ans et vit en maison de retraite. Elle était également institutrice. Selon la patiente, sa mère était une femme très active, sans amour à offrir et très dure avec sa fille. Elle la battait souvent (« jusqu'à en avoir des bleus sur le corps »), ou parfois elle l'enfermait dans le grenier en guise de punition. Elle lui répétait sans cesse : « Tu ne vaux pas la corde pour te pendre ! ». Avec du recul, Madame D. pense qu'elle a été une enfant battue tellement ces épisodes étaient violents.

La patiente souligne qu'au cours de toute son enfance, elle n'a cessé d'appréhender la vie avec insouciance et désinvolture. Ce comportement énervait encore plus sa mère ; ainsi, quand cette dernière la battait, Madame D. chantait pour ne pas y penser.

Son père est décédé d'un cancer pulmonaire en 1972.

La patiente a deux enfants. Sa fille, âgée de 31 ans, est mariée et vit à la Martinique depuis trois ans. Cette dernière suit actuellement une psychothérapie de soutien « pour des problèmes de confiance en elle ». Le départ de sa fille à la Martinique a été difficile à accepter pour Madame D., car elle était très proche de celle-ci, et son petit-fils lui manque. La patiente a également un fils de 28 ans qui est marié et qui a lui aussi un enfant. Il vit dans la région Rhône-Alpes. « Il est équilibré et tout lui réussit », souligne sa mère.

Anamnèse

Une enfance de « clown triste »

Madame D. se définit comme une personne plutôt optimiste, gaie et enjouée. Cependant, au fond d'elle existe une partie plus sombre. Elle reconnaît que l'expression « clown triste » lui convient bien. Selon ses dires, cette attitude est liée aux événements difficiles qui se sont accumulés au cours de sa vie. Il a fallu qu'elle mette en œuvre une manière de faire face, et « faire le pitre » en était une.

Très jeune, c'est une enfant vive, intelligente, voire précocée. En effet, elle apprend à lire à l'âge de 4 ans, et à 6 ans elle consulte régulièrement un précis de grammaire. Pourtant, cette période est difficile pour elle. Tout d'abord, il y a la maladie de son frère – qui la positionne au second plan –, puis le décès de sa grand-mère maternelle – qui habitait chez les parents de la patiente –, et enfin le séjour de six mois chez sa tante avec qui elle s'entend bien toutefois. Lorsqu'elle revient de chez sa tante, sa mère est hospitalisée pour un mois à cause d'une péritonite. Elle la croit morte, et tombe malade à son tour. Elle est alors amenée à l'hôpital pour voir sa mère, qu'elle reconnaît difficilement tellement cette dernière a maigri.

C'est dans ce contexte qu'elle entre au cours préparatoire, où elle s'ennuie et végète. Elle finit par se désinvestir totalement du travail scolaire.

Madame D. évoque cette période avec beaucoup d'émotions, surtout lorsqu'elle aborde la relation avec sa mère. « Toute ma vie j'ai essayé d'acheter son affection, et je n'y suis pas arrivée », souligne-t-elle. Elle pense que sa mère aurait dû voir un thérapeute à cette époque, à cause du stress qu'elle a enduré (enfant malade, décès de sa propre mère, intervention chirurgicale, etc.). Malheureusement, son mari ne la soutient pas beaucoup au cours de toutes ces épreuves. C'est un homme bon et très amoureux de sa femme, mais il est faible et inexistant sur le plan de l'autorité.

À l'âge de 5 ans, Madame D. est victime d'attouchements sexuels de la part d'un inconnu dans une foire, puis à 7 ans de la part d'un ami de ses parents. Elle n'ose pas en parler, car elle se dit qu'on ne la croira pas. Elle se remémore ces événements juste avant de prendre sa retraite,

lorsqu'elle se rend compte qu'une de ses élèves subit les mêmes sévices de la part de son grand-père. La patiente éprouve alors d'énormes difficultés à en parler à sa mère et à son mari, puis se retrouve plus ou moins seule face à l'administration pour aider cette petite fille.

Événements de vie marquants

De nombreux événements marquent la vie de Madame D. au cours de ces cinq dernières années. Tout d'abord, sa prise de retraite en 1998 est un tournant décisif. La même année, sa fille se marie et part vivre à la Martinique. L'année suivante, c'est au tour de son fils de se marier.

Tous les événements ne sont pas forcément très heureux. En 1999, sa mère est hospitalisée pour embolie pulmonaire. Par la suite, celle-ci ne peut plus se débrouiller seule, et Madame D. s'occupe beaucoup d'elle durant plusieurs mois. Avec son frère, ils la placent en maison de retraite, ce que la mère a du mal à accepter au début. Puis, la patiente se charge de vendre la maison familiale.

Madame D. mentionne par ailleurs des difficultés inhérentes à son mari. En 1997, il fait une chute de moto et se retrouve hospitalisé. Rapidement, il développe une algodystrophie au niveau d'un genou. L'année suivante, il est licencié de son travail. Après une période de chômage, il prend sa retraite en 1998, en même temps que sa femme. C'est un homme très actif, qui n'est jamais à la maison. Il a constamment des grands projets en cours, sans que Madame D. ne puisse faire part de son point de vue. « Il a toujours fait ce qu'il voulait. Le week-end, il était souvent absent pour faire du sport ou des randonnées en montagne. Moi, je ne disais rien... »

Facteurs déclenchants

Fin 1999, Madame D. rend visite à sa fille à la Martinique, alors que son époux fait un *raid* en Afrique. Participant à quelques séances communes de psychothérapie, les deux femmes se rendent compte qu'elles éprouvent le même sentiment d'abandon vis-à-vis des hommes. Dès son retour sur le continent, la patiente veut parler à son mari de la réflexion partagée avec sa fille. Mais celui-ci repart en mission au Gabon sans qu'ils puissent en discuter. Elle vit cette nouvelle séparation comme un abandon. Cela provoque chez elle un intense sentiment de tristesse, avec pleurs et rancœur. Devant ce malaise persistant, le frère de Madame D. lui prescrit de la fluoxétine en attendant le retour du mari.

Elle patiente donc six semaines en imaginant comment lui dire tout ce qu'elle a sur le cœur, et se prépare à leurs retrouvailles. Malheureusement, son mari lui annonce dès son retour qu'il a eu des rapports intimes avec une Africaine, et qu'il craint d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible (le taux de prévalence du sida est important au Gabon) à cause d'une rupture de préservatif. Elle se rend compte

une fois de plus qu'elle doit se taire, alors qu'elle avait tant de choses à lui dire... Ses désirs passent à nouveau au second plan ; le scénario qu'elle avait imaginé tombe à l'eau.

Depuis lors, elle lui en veut « plus pour sa bêtise que pour son infidélité ». Elle devient selon ses propres dires « aigrie » et pleure sans cesse, même pour des petites contrariétés. Elle se dispute régulièrement avec son mari. De nombreuses idées noires lui encomrent l'esprit (« personne ne me comprend, je ne vau rien »). La patiente doute constamment d'elle-même et de ses capacités à assumer une telle situation.

En définitive, elle se rend compte que ce qui devait être dit l'a été, mais avec violence. De ce fait, Madame D. a l'impression de ne pas avoir été écoutée. Elle aimerait changer de vie, mais « à quoi bon faire des efforts puisque rien ne marche comme je le voudrais... ».

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I* : trouble dépressif majeur, épisode isolé, de sévérité moyenne : F32.1 [296.21] ;
- *Axe II, III, IV* : absence.

Madame D. présente de nombreux symptômes caractéristiques d'une dépression selon les critères diagnostiques du DSM-IV. Parmi ces symptômes, on retrouve :

- une humeur dépressive présente toute la journée et presque tous les jours avec de nombreux pleurs ;
- une diminution du plaisir ou de l'intérêt porté aux choses et aux activités ;
- une insomnie ;
- une fatigue intense ;
- un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessive ;
- des difficultés de concentration.

Elle ne présente pas d'idées suicidaires, mais ses symptômes entraînent une altération de son activité sociale, à type de retrait. Cet état évolue depuis plus de six mois au moment de la première consultation.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

L'analyse du problème actuel est effectuée à l'aide de la grille SECCA de Cottraux. Le problème-cible est une dépression isolée. La patiente consulte sur les conseils d'une amie qui lui a parlé des thérapies cognitivo-comportementales. Elle est alors orientée par le psychiatre de l'hôpital (fig. 5.1).

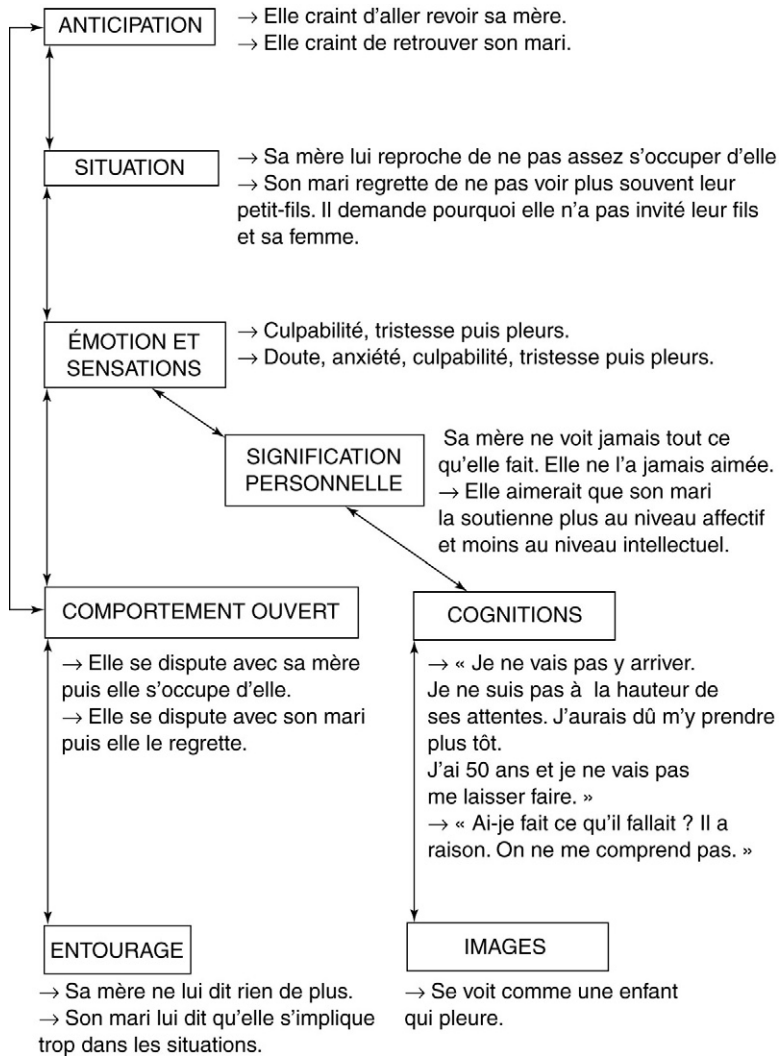


FIGURE 5.1. Analyse fonctionnelle d'une dépression isolée.

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Sa mère de 88 ans est une enseignante retraitée. Elle est de nature austère, peu encline à un quelconque élan d'affection envers sa fille. La patiente a subi une éducation très rude au cours de son enfance.

- Son père est décédé en 1972 d'un cancer pulmonaire. Il était de nature effacée et soumise, n'osant pas s'opposer à sa femme.
- Madame D. se définit comme un « clown triste ». De nature gaie et conviviale, elle garde toujours au fond d'elle une certaine meurtrissure qu'elle n'a jamais vraiment exprimée.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Peu de soutien moral et affectif de la part de son mari qui est très actif, toujours parti faire du sport ou lancé dans de grands projets.
- Sa fille, qui est aussi sa confidente, vit à la Martinique.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

De nombreux événements ont marqué la patiente au cours de ces quatre dernières années.

Événements précipitant les troubles

Relation extra-conjugale avouée de son mari.

Autres problèmes

Aucun.

Traitements antérieurs

Fluoxétine dans les mois qui précèdent la première consultation à l'hôpital.

Traitement actuel

Venlafaxine : 150 mg par jour.

Évaluation de la thérapie

Questionnaires

En début et fin de thérapie, trois questionnaires sont remplis :

- *Inventaire de dépression de Beck (21 items : Beck, 1979 ; traduction de Bourque et Beaudette, 1982)* : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires (item 9) ;
- *Questionnaire des pensées automatiques (Hollon et Kendall, 1980 ; traduction de Cottraux et coll., 1985)* : ce questionnaire vise à évaluer le contenu négatif du monologue intérieur des patients dépressifs. L'identification de ces pensées permet par la suite de les modifier par la restructuration cognitive (Bouvard et Cottraux, 1998) ;

- *Échelle de désespoir ou échelle H (Beck et coll., 1974 ; traduction de Cottraux et coll., 1985) : cette échelle évalue les pensées pessimistes du sujet. Elle est aussi utilisée pour déceler les éventuelles intentions suicidaires.*

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés sont effectuées :

- nombre de pleurs par semaine : la patiente pleure souvent, pratiquement tous les jours. Selon elle, ces pleurs reflètent son état de tristesse et de mal-être intérieur. La moindre contrariété la fait pleurer ;
- intensité moyenne des pleurs de la semaine : elle est associée à l'importance de la tristesse intérieure. Cette tristesse est évaluée sur une échelle allant de 0 (pas de tristesse) à 5 (tristesse très importante) ;
- nombre de situations occasionnant du plaisir, et leur intensité moyenne au cours de la semaine : la patiente n'éprouve plus d'envie ni de plaisir à faire quoi que ce soit. Tout semble insurmontable. Le plaisir est défini avec la patiente comme la sensation agréable liée à la satisfaction de réaliser ou d'avoir mené à bien une quelconque activité. Le niveau de plaisir est coté sur une échelle allant de 0 (pas de plaisir) à 5 (plaisir intense).

Le niveau de maîtrise d'une activité n'est pas considéré comme une variable pertinente. En effet, la patiente n'éprouve pas de difficulté particulière à bien faire les choses quand elle a décidé de les réaliser.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Ce qui préoccupe actuellement la patiente est de ne pas comprendre pourquoi et comment elle en est arrivée à cet état dépressif. En effet, elle souligne ne manquer de rien. Elle est à la retraite en bonne santé physique, et elle fait régulièrement des voyages. Ses enfants sont heureux. Et pourtant, elle a « le mal de vivre ». Elle souhaite « y voir plus clair ». Le contrat thérapeutique élaboré avec Madame D. porte donc sur l'amendement de sa symptomatologie dépressive. Une thérapie de vingt séances lui est proposée.

Cette thérapie se déroule en trois phases. La première, dite phase d'évaluation, consiste, au cours des trois premières séances, en une prise en compte des plaintes de la patiente associée à une auto-observation réalisée par celle-ci et centrée sur ses comportements. La deuxième phase, dite de thérapie, utilise la restructuration cognitive comme principale méthode d'intervention. Enfin, la troisième phase, dite de suivi, permet d'observer le maintien des résultats acquis sur plusieurs mois.

Objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques suivants sont élaborés, en collaboration avec la patiente :

- mettre un terme aux pleurs et aux états de tristesse inexplicée ;
- modifier les idées négatives en pensées plus réalistes ;
- se sentir « mieux dans sa peau » et appréhender de manière plus adaptée les relations avec les autres (notamment son mari et sa mère).

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques cognitives : mise à jour et modification des pensées automatiques, puis des postulats ; utilisation des moments de fortes émotions ; questionnement socratique et technique de la flèche descendante ;
- comportementales : relaxation ; élaboration d'une fiche « maîtrise-plaisir » sur laquelle la patiente inscrit les situations plaisantes et les situations qu'elle a bien gérées ;
- prescription de tâches à domicile.

Déroulement de la thérapie

Protocole utilisé

Il est de type A-B :

- la phase A correspond à la ligne de base (trois séances), et permet d'observer le comportement de la patiente avant le traitement ;
- la phase B est la phase de traitement proprement dit (treize séances) ;
- enfin, ce protocole comprend une phase de suivi permettant d'évaluer le maintien des résultats (quatre séances).

La thérapie consiste en une séance hebdomadaire d'une heure. Puis elle se poursuit au rythme d'une séance par mois pendant la phase de suivi.

Planning des séances

- Bilan de la semaine écoulée avec une revue des tâches à domicile.
- Agenda de séance.
- Choix d'un problème-cible et travail cognitif ou comportemental.
- Prescription de tâches à domicile.
- Résumé de la séance, puis *feed-back* réalisés par la patiente.

Déroulement des séances

Séances 1 à 3 : ligne de base

Anamnèse et évaluation

Ces trois premières séances permettent d'effectuer l'anamnèse et de confirmer le diagnostic de dépression. Les différents questionnaires sont remplis

au cours de cette période, et les mesures à intervalles rapprochés sont réalisées afin de constituer la ligne de base. Le recueil de ces dernières variables est proposé en tant que tâche à domicile dès la deuxième séance.

Lors de la première séance, l'histoire personnelle est retracée, et la demande de la patiente précisée. Le principe et le déroulement structuré des thérapies cognitivo-comportementales sont exposés à cette occasion.

Lors de la deuxième séance, l'analyse fonctionnelle est réalisée selon le schéma présenté précédemment.

Le contrat thérapeutique est établi à la troisième séance.

Auto-observation

À partir de la deuxième séance, la patiente élabore une fiche « maîtrise-plaisir », sur laquelle elle inscrit d'une part les activités qui lui procurent un certain plaisir et la maîtrise qu'elle en a, d'autre part le nombre de pleurs survenus ainsi que leur intensité au cours de la semaine.

Par le biais de cette fiche, elle se rend compte qu'elle éprouve encore de la joie de manière quotidienne, et qu'elle est toujours capable de percevoir du plaisir lorsqu'elle fait certaines choses. Elle prend également conscience qu'elle maîtrise ses diverses activités : la difficulté provient plus de la mise en route que du déroulement ultérieur.

Techniques utilisées

Madame D. a énormément besoin de parler et de comprendre ce qui lui arrive durant ces premières séances. Elle est encouragée par la réalisation de synthèses lors des moments de fortes émotions, ainsi que par la mise en œuvre de nombreuses reformulations.

Le modèle cognitif du traitement de l'information appliqué à la dépression est exposé, de même que celui de l'impuissance apprise. L'explication porte sur le fait que cette impuissance apprise intervient dans la genèse des schémas dépressogènes, et que le traitement biaisé de l'information en permettrait le maintien. Cette présentation des troubles interpelle la patiente, qui reconnaît là son mode de fonctionnement ; cet échange permet l'établissement d'une alliance thérapeutique de bonne qualité.

Feed-back des trois premières séances

Au terme de ces trois premières séances, la patiente souligne apprécier cette manière structurée de travailler. Cela lui rappelle son ancienne profession d'institutrice. Elle dit en plaisantant qu'elle considère les tâches à domicile comme ses devoirs d'école. Elle apparaît très motivée.

Résumé des tâches à domicile

- Comptabiliser le nombre de pleurs, et évaluer leur intensité.
- Remplir la fiche « maîtrise-plaisir ».

Séances 4 à 16 : thérapie proprement dite

Restructuration cognitive

Identification des pensées automatiques : de la 4^e à la 6^e séance, il est demandé à la patiente de remplir une fiche 3 colonnes de Beck afin de mettre en évidence ses pensées automatiques de doute, de dévalorisation et de culpabilité. Le [tableau 5.1](#) reprend ces données.

TABLEAU 5.1. Extrait des fiches 3 colonnes de Beck

Situations	Émotions	Pensées automatiques
– Je suis réveillée par des « pics d'angoisse ». – Je sais que j'ai beaucoup de choses à faire dans la journée.	– Anxiété (5/8)	– Je ne vais pas y arriver, il faut que je me dépêche. (Croyance : 4/8)
– Discussion avec son mari qui se termine par des pleurs.	– Triste, découragée (5/8)	– Je ne peux plus continuer à vivre comme cela. (Croyance : 7/8)
– Demande à son mari de lui expliquer quels sont les efforts qu'il fait actuellement.	– Sentiment d'injustice, triste (6/8)	– Je suis responsable de tout. – Je me fais des idées pour rien. (Croyance : 6/8)

Selon la patiente, ce travail sur ses pensées automatiques lui permet de se sentir moins énervée et moins anxieuse car :

- elle prend du recul par rapport à ses idées noires ;
- elle parvient à mettre des mots précis sur des impressions jusqu'alors vagues ;
- elle observe le lien qui existe entre les émotions et les pensées.

– *Modification des pensées automatiques* : à partir de la 7^e séance, Madame D. tente de modifier ses pensées automatiques en pensées plus réalistes. Pour cela, elle est invitée à remplacer ses pensées négatives par des pensées alternatives.

Les premières pensées modifiées portent sur les progrès réalisés en thérapie, ainsi que sur la confiance accordée au mari ([tableau 5.2](#)).

Ce travail, initialisé en séance, est ensuite fréquemment utilisé par la patiente en tant que tâche à domicile. Elle apprécie la simplicité de la technique et le fait de se forcer à avoir un autre point de vue. Cette méthode lui apprend à prendre de la distance, et à replacer les événements dans leur contexte.

TABLEAU 5.2. Fiche de modification des pensées automatiques en pensées alternatives

Situations-Émotions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
– Je pense que je fais des progrès, mais c'est grâce aux médicaments. – Que vais-je devenir si je les arrête ? <i>Anxiété (6/8).</i>	– Ce sont les médicaments qui m'aident, et non mon propre travail psychothérapique.	– Le travail réalisé en thérapie ne sera pas perdu. – J'ai besoin d'aide pour le moment ; après, ça ira mieux.
– Elle est seule à la maison un soir. – Son mari est dans leur maison de campagne. <i>Sensation d'oppression.</i>	– Et s'il invitait une autre femme ? – Il n'y a pas de raison pour qu'il ne recommence pas ! – Je ne peux plus lui faire confiance.	– Si je ne choisis pas la confiance aujourd'hui, notre vie de couple va vite devenir infernale. – Je suis seule ce soir, et c'est normal que je me sente un peu perdue. – J'ai bien dormi par la suite.

– *Le besoin d'être rassurée* : à partir de la 9^e séance, la fiche de modification de pensées est utilisée pour mettre en évidence schémas cognitifs et postulats. En effet, il est alors demandé à la patiente, à chaque fois qu'une pensée automatique est inscrite, d'indiquer la « conception d'elle-même » que cela lui évoque. Les principaux thèmes inhérents aux pensées automatiques correspondent essentiellement à un besoin d'être rassurée et soutenue.

Madame D. fait remarquer à ce propos qu'elle aimerait que son mari soit « plus étyant ». Elle fait référence ici à Cyrulnik (1997), pour qui « un enfant qui a été battu ou qui a beaucoup souffert a énormément besoin de trouver quelqu'un qui le soutient et qui le rassure ». Il lui est alors demandé de décrire une situation concrète permettant d'argumenter ses propos. Elle rapporte alors l'exemple d'une banale dispute avec son mari, qui a pris selon elle des proportions inattendues. Un travail cognitif suivant la technique de la flèche descendante l'amène d'une part à se rendre compte qu'elle ne supporte pas d'être remise en question, et d'autre part à formuler le postulat suivant : « si je suis remise en question, alors je perds mes moyens et je pleure ».

Madame D. se demande pourquoi elle éprouve une très forte appréhension lorsqu'elle est remise en question par un tiers. Selon ses dires, « c'est un peu comme si j'avais toujours l'impression de mal faire ». Par questionnement socratique, elle prend conscience que toutes les situations de doute concernant ses propres capacités la ramènent à son enfance. Dans ses souvenirs, beaucoup d'échanges relationnels avec sa mère se terminaient par une allégation de coups. Par ailleurs, cette

dernière répétait régulièrement à la patiente que celle-ci n'était bonne à rien.

– *La relation à la mère* : ce thème revient régulièrement tout au long de la thérapie. Depuis que sa mère est en maison de retraite, Madame D. culpabilise de l'y avoir mise. Pour elle, c'est un devoir filial que d'accompagner et de soutenir ses parents, quoi qu'il arrive. Le travail sur les pensées automatiques lui permet de prendre de la distance par rapport à cette culpabilité (tableau 5.3).

TABLEAU 5.3. Fiche de modification des pensées automatiques relatives à la mère

Situations-Émotions	Pensées automatiques	Pensées alternatives
– Je rends visite à ma mère en maison de retraite. <i>Tristesse, culpabilité.</i>	– J'aurais dû faire autrement, et ne pas la mettre dans cet endroit.	– Elle est malade. – Il faut la surveiller. – Elle ne se plaint pas.
– Maman me dit que ses yeux sont de nouveau malades (hémorragie conjonctivale). <i>Angoisse, puis colère.</i>	– Pourquoi le dit-elle maintenant ? – Une fois de plus ça tombe le week-end, et on ne pourra joindre personne. – J'aimerais que tout aille bien pour elle.	– Nous nous en sommes toujours sorties jusqu'à présent. – Si elle y voit encore, c'est que les saignements ne sont pas si dramatiques que ça.

D'autre part, la patiente a l'impression qu'au fur et à mesure des séances, elle parvient à rationaliser la rancœur qu'elle éprouvait jusqu'alors envers sa mère. Elle se surprend à ne plus ressentir de peur quand elle va la voir. Elle remarque que leurs discussions sont plus posées, et moins « épidermiques ». Elle souligne que le fait d'avoir pu exprimer toutes les pensées négatives relatives à son enfance lui permet à présent de voir sa mère sous un autre angle, et d'envisager leur relation avec plus de recul.

À la 16^e séance, Madame D. explique qu'elle a pu prendre de la distance vis-à-vis du passif avec sa mère. Elle souhaite maintenant pouvoir l'accompagner au mieux sans stress superflu – autrement dit, savoir être à l'écoute sans trop s'impliquer.

Tâches comportementales

• *Rire pour consolider le couple* : au cours de la 9^e séance, la patiente parle beaucoup des défauts de son mari, et souligne qu'elle ne les supporte plus. La question de leur rencontre et de leur attirance mutuelle est alors abordée. En fait, elle a été séduite parce qu'ils riaient beaucoup

ensemble. Il lui est donc proposé de rappeler à son époux ce souvenir, et de s'attacher à provoquer des moments de rire complice.

Lors des séances suivantes, Madame D. est invitée à comptabiliser ces instants de complicité au cours desquels le couple rit. Chacun se prend au jeu, et un certain plaisir à se faire rire mutuellement est retrouvé. Cela permet à la patiente et son mari de retrouver la connivence des premiers instants de leur rencontre.

Ainsi, lorsque Monsieur D. se retrouve dans une situation de stress intense et qu'il exprime une demande inadaptée à sa femme, cette dernière lui répond en usant d'humour au lieu de manifester franchement sa désapprobation. Cette démarche le fait rire, et la tension s'apaise. La patiente souligne qu'auparavant elle aurait pensé : « Il m'embête avec ses histoires, c'est bien fait pour lui ! ». Le ton serait monté, et cela aurait été l'occasion d'une nouvelle dispute. Elle met en exergue le fait que ces séances de rire complice lui font énormément de bien. Son mari le sait et il s'en réjouit lui-même, ce qui la renforce positivement.

- *Long now et relaxation* : lors de la 11^e séance, Madame D. fait part de son désir de se reprendre en main. Elle a lu dans la presse spécialisée qu'en cas de stress, il convient de pratiquer le *long now* : c'est en fait une technique de retour au calme pendant laquelle il convient de répondre à son envie du moment. Elle met en œuvre cette procédure de manière régulière, et est fortement encouragée à poursuivre une telle démarche. Cela a l'avantage de la déculpabiliser et de lui procurer des instants de relaxation et de détente. Au cours d'un voyage à la Martinique, la patiente et son mari font des *long now* ensemble, ce qui leur permet de se rapprocher encore un peu plus.

Toutefois, elle souhaite apprendre une méthode de relaxation plus structurée. Au cours de la 13^e séance, la technique de relaxation rapide – selon les principes exposés par Cungi (1998) – lui est enseignée, et proposée en tant que tâche à domicile. Elle trouve cette manière de faire très pratique, et bien adaptée à son mode de vie. Madame D. s'approprie rapidement cette méthode, et se sent selon ses dires de plus en plus en confiance.

Lors de la 15^e séance, elle fait part d'un souvenir douloureux concernant une violente dispute qu'elle a eue avec une amie, dispute pourtant ancienne mais qui s'est soldée par une perte de contact définitive. Une désensibilisation systématique en imagination lui est proposée, en lien avec cet événement.

Au vu des résultats favorables rapidement obtenus à la suite de cette séance, la patiente demande si elle peut appliquer cette technique à d'autres souvenirs. Une liste de souvenirs douloureux est alors établie. Il s'agit par exemple du retour du Gabon de son mari, du décès de son père, du départ de sa fille à la Martinique, des attouchements sexuels survenus au cours de son enfance.

Pendant les deux mois suivants, Madame D. s'adonne presque chaque jour à une séance de relaxation associée à une désensibilisation concernant les éléments de sa liste. Elle observe que ces souvenirs douloureux s'estompent peu à peu, et qu'ils n'ont quasiment plus aucune emprise sur elle. Les souvenirs les plus douloureux et les plus difficiles à effacer sont en rapport avec l'abandon de personnes en qui elle avait toute confiance. Elle comprend qu'elle a vécu ces moments comme de véritables trahisons. Cela lui rappelle l'infidélité de son mari, qui n'éveille par ailleurs plus aucune émotion à la suite de ce travail cognitif.

Bilan partiel

À la 16^e séance, un premier bilan est réalisé. Il permet de comparer l'état clinique actuel aux objectifs initiaux, et de remplir à nouveau les questionnaires d'évaluation :

- concernant les pleurs et les états de tristesse, Madame D. reconnaît ne plus éprouver de « crises de cafard » de façon inexplicable ;
- concernant les pensées négatives, celles-ci ne l'envahissent plus. Elle est capable de produire des pensées plus réalistes ou de trouver d'autres alternatives à ses idées noires. Parfois, lorsque la patiente se réveille au cours de la nuit, elle se dit : « Je suis bien ! ». Cela faisait des mois qu'elle n'avait plus eu ce type de réflexion. D'autre part, l'infidélité de son mari lors du séjour au Gabon ne l'angoisse plus quand elle y repense ;
- concernant les relations avec son mari, ces dernières sont pour Madame D. beaucoup plus tendres. Les séances de rire complice les ont beaucoup rapprochés. Dans le même ordre d'idées, les relations avec sa mère sont moins tendues et plus orientées vers une sorte de respect mutuel.

Il est alors proposé à la patiente de la rencontrer une fois par mois à partir de cette séance. Elle doute encore de ses capacités à faire face à de nouveaux événements difficiles éventuels. Elle redoute par exemple le moment où elle devra arrêter son traitement antidépresseur, qui est toujours de 150 mg de venlafaxine par jour.

Madame D. est désireuse de connaître tout ce qui peut lui permettre d'être autonome. Il lui est rappelé à cette occasion qu'elle a déjà utilisé de nombreuses techniques avec succès. Ce bilan de milieu de thérapie la rassure, car c'est l'occasion de revenir sur toutes les méthodes usitées au cours de ces dernières semaines : reconnaître ses pensées automatiques à l'aide de fiches 3 ou 5 colonnes de Beck, modifier ses pensées automatiques, aborder des techniques de résolution de problème, pratiquer la relaxation rapide. De ce fait, elle se rend compte que le suivi qui lui est proposé lui permettra de consolider les résultats obtenus et de parfaire l'apprentissage de ces techniques. « Je vois que vous n'allez pas me

lâcher comme ça après la thérapie ; je vais apprendre à bien utiliser mes outils ! », souligne-t-elle.

Il ressort des *feed-back* des séances que Madame D. est enchantée de ce premier bilan de thérapie, et prend conscience de l'intensité croissante de l'énergie qu'elle retrouve. Toutefois, il lui est demandé de se ménager et d'économiser ses forces. En effet, elle est très sollicitée pour tout ce qui concerne sorties, voyages et invitations. Elle reconnaît que sa fragilité réside dans le fait de vouloir trop vite en faire lorsque tout va bien.

Phase de suivi

Schéma d'abandon : sa fille reste à la Martinique

La 17^e séance a lieu à la suite d'un mois de vacances à la Martinique. Là-bas, la fille de Madame D. lui annonce qu'elle ne souhaite pas rentrer en Métropole dans l'immédiat. Sur le moment, la patiente éprouve une importante tristesse et un fort sentiment d'abandon. Elle décide alors de lui écrire une lettre dans laquelle elle insiste sur la beauté des paysages martiniquais. À son retour dans l'hexagone, elle l'envoie à sa fille, qui lui téléphone dès réception. Les deux femmes échangent de nombreux mots de tendresse. À la suite de cet épisode, Madame D. se rend compte qu'elle accepte de mieux en mieux la décision de sa fille. « Elle fait sa vie là-bas maintenant ; l'important, c'est qu'elle soit heureuse. »

Les commentaires de cette lettre montrent que la patiente a su modifier ses pensées négatives d'abandon en pensées alternatives plus réalistes et positives. Il lui est proposé de remplir une fiche de modification de la pensée suivante : « j'ai du mal à accepter que ma fille et sa famille vivent à la Martinique » (tableau 5.4).

TABLEAU 5.4. Fiche de modification de la pensée : « J'ai du mal à accepter que ma fille et sa famille vivent à la Martinique »

Croyance avant : 90 %		
Avantages	Désavantages	Interprétations réalistes
– Aucun.	– Je languis, je suis mal, je dors mal.	– Elle est bien là-bas. – C'est le plus important.
	– Détérioration de mes relations avec ma fille.	– Elle est heureuse. Je peux lui rendre visite quand je veux.
	– Mon mari et moi vieillissons, nous ne pourrons plus franchir les océans. – Si nous avons des problèmes, nous serons seuls.	– Avec les moyens de communication actuels, il n'y a plus de distances. – Rien n'est définitif.
Croyance après : 60 %		

La discussion socratique engagée à partir de cette fiche lui fait prendre conscience que le plus important est de respecter le choix de sa fille. Elle n’a rien à craindre dans l’immédiat, puisqu’elle a encore la possibilité de faire les voyages, sans souci financier ou de santé.

Les tâches qu’elle envisage de s’astreindre à faire à partir de cette réflexion sont les suivantes :

- elle téléphonera moins souvent à sa fille ;
- si elle se sent mal, elle le dira en toute simplicité et ne le gardera pas pour elle ;
- elle organisera avec son mari des activités intéressantes ;
- elle s’occupera d’elle.

Craintes concernant l’arrêt des médicaments

Avant la 18^e séance, le psychiatre de Madame D. lui annonce qu’elle peut commencer à diminuer son traitement, et passer à 100 mg de venlafaxine par jour. Elle a toujours peur de rechuter en cas d’arrêt de la médication. Il lui est donc proposé de remplir une fiche de modification de pensée concernant cette crainte (tableau 5.5).

TABLEAU 5.5. Fiche de modification de la pensée : « J’ai peur d’arrêter mes médicaments antidépresseurs »

Croyance avant : 90 %		
Arguments pour	Arguments contre	Interprétations réalistes
– Il me semble que je vais mieux quand je prends des médicaments.	– Je me sens mal quand je pense à cette peur.	
	– Je risque d’être dépendante des médicaments, et je finirai par en souffrir.	– Le psychiatre m’a expliqué comment le traitement allait être diminué. Il sait ce qu’il fait. J’ai confiance.
– Si l’arrêt se passe mal, il faudra recommencer le traitement. – Ce serait connaître l’échec et souffrir à nouveau.	– Il m’arrive d’oublier un comprimé et je ne ressens pas de mal-être.	– Il n’est pas question d’anéantir le travail réalisé avec l’équipe de l’hôpital. J’ai confiance en eux. Il n’y a pas de raison que l’arrêt du traitement se passe mal. – De toute façon, j’ai mes outils pour faire face !
Croyance après : 50 %		

Les commentaires de la patiente à propos de cette fiche rejoignent les interprétations réalistes formulées ci-dessus. Tout d'abord, elle fait remarquer qu'elle suit scrupuleusement la prescription, et qu'elle a confiance en l'avis de son psychiatre. Elle reconnaît aussi qu'elle a régulièrement oublié le comprimé de midi tout au long de sa prise en charge, et que jusqu'à présent tout s'est bien passé.

La dernière remarque – « j'ai mes outils » – indique combien Madame D. attache d'importance à ses propres capacités de gestion des problèmes. Elle reconnaît que cette exclamation l'amène à aborder son schéma cognitif de dévalorisation. Les renforcements positifs qu'elle reçoit, aussi bien de la part de son entourage que de celle des thérapeutes, vont dans le sens d'un assouplissement de ce schéma. Un remplissage de la fiche de modification du postulat « je dois toujours être rassurée » lui est alors demandé comme tâche à domicile (tableau 5.6). La 19^e séance est consacrée aux commentaires de cette fiche.

TABLEAU 5.6. Fiche de modification du postulat : « Je dois toujours être rassurée »

Croyance avant : 75 %			
	Conséquences positives	Conséquences négatives	Interprétations réalistes
À court terme	– Il est agréable d'être rassurée.	– Si je ne suis pas rassurée, je suis inquiète. – J'ai peur d'agir sans l'approbation de mon partenaire.	– Cela me rend dépendante. – Est-ce ce que je veux ?
À moyen terme		– Dans mes décisions, j'aime être conforme à ce que l'on attend de moi.	– Je suis comme les autres : j'agis en pensant bien faire. – Je veux être moi-même sans m'inquiéter du jugement des autres.
À long terme		– Je perds mon autonomie. – Je ne peux agir sans l'avis d'autrui. – Je ne sais pas décider.	– Mes décisions ne regardent que moi dans la majorité des cas. – Demander l'approbation des autres est un automatisme.
Croyance après : 35 %			

À la lecture de cette fiche, la patiente est félicitée au vu de sa réflexion sincère et précise. Elle envisage, pour essayer d'être autonome et maître de ses décisions, de commencer par plus s'occuper d'elle et prendre de la distance vis-à-vis des nombreux grands projets de son mari. Elle compte beaucoup sur « ses outils » quand elle ne se sent pas bien. Enfin, lorsqu'elle envisage tout ce qu'elle a réalisé au cours de sa vie, elle apparaît assez satisfaite d'elle-même.

Depuis qu'elle ne prend plus que 100 mg de venlafaxine par jour, Madame D. se sent bien et ne redoute plus une éventuelle rechute en lien avec la diminution du traitement.

Un mois plus tard, elle fait part d'une nouvelle baisse de posologie (50 mg par jour), et souligne que tout se passe pour le mieux. Sa peur de rechuter à l'arrêt du traitement a totalement disparu. Elle se sent prête à commencer une nouvelle vie, et avoue qu'une nette évolution s'est fait sentir au cours de ces dernières semaines.

Bilan final

La 20^e séance est l'occasion de réaliser un bilan final de la thérapie. Les questionnaires de Beck, des pensées automatiques, ainsi que l'échelle H sont remplis à cette occasion.

Pour ce qui concerne l'état thymique de Madame D., les pleurs et la tristesse liés à la dépression initiale ont disparu. Cet amendement symptomatologique la réconforte, d'autant qu'elle ne prend plus maintenant que 50 mg de venlafaxine par jour.

Les pensées automatiques concernant l'estime d'elle-même ont nettement changé, tandis que s'est modifiée sa philosophie de la vie. Elle souligne volontiers que « de nombreuses choses qui m'agaçaient n'ont plus maintenant aucun impact sur moi ». Elle se dit plus tolérante vis-à-vis des autres. Auparavant, elle les voulait comme elle. C'était une des raisons pour lesquelles elle ne supportait pas son mari dans ses grands projets. À présent, elle se sent moins responsable de ses proches, qu'il s'agisse de choix de vie ou de difficultés personnelles. L'accompagnement de sa mère lui permet de se rapprocher d'elle sans culpabiliser pour autant. D'autre part, elle accepte de mieux en mieux le choix de sa fille, qui vit là où elle est la plus heureuse.

Il est demandé à la patiente de poursuivre les efforts qui ont été fournis tout au long de la thérapie, et notamment d'utiliser « ses outils » lorsque cela est nécessaire. Dans le but de maintenir les résultats déjà acquis, il est convenu de poursuivre la prise en charge à raison d'un entretien mensuel pendant encore six mois.

Résultats

Questionnaires

L'évolution de la dépression présentée par Madame D. est évaluée par l'inventaire de Beck (21 items) et le questionnaire des pensées automatiques, qui sont remplis au cours des deuxième (pré-thérapie), seizième et vingtième (post-thérapie) séances. L'ensemble des résultats est reporté dans le [tableau 5.7](#).

TABEAU 5.7. Scores obtenus aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le % d'amélioration correspond au gain $[(\text{score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$

Questionnaires	Évaluation pré-thérapie	Évaluation à la 16 ^e séance	Évaluation post-thérapie	% d'amélioration
Inventaire de dépression de Beck	20	4	0	100
Questionnaire des pensées automatiques	73	50	38	48
Échelle H	8	4	4	50

Inventaire de Beck

Le score de 20 en pré-thérapie indique une dépression modérée. Ce score chute à 4 avant la phase de suivi, et devient nul à la 20^e séance. L'amélioration en fin de thérapie est donc de 100 % pour ce questionnaire.

Questionnaire des pensées automatiques

Le score initial est de 73 (moyenne des dépressifs : 95,7 ($\sigma=23,35$), selon Bouvard et Cottraux (1998)). Les pensées négatives les plus fréquemment rencontrées portent sur l'estime que la patiente a d'elle-même, et correspondent à des cognitions liées à l'incompétence et la dévalorisation. En milieu de thérapie, ce score diminue à 50, et chute à 38 lors du bilan final. Une amélioration de 48 % est donc mise en évidence.

Échelle H

Elle est remplie en début de thérapie pour mieux cerner le pessimisme et les éventuelles idées suicidaires, bien que Madame D. ait coché la réponse b du neuvième item de l'inventaire de Beck (« J'ai parfois l'idée de me suicider,

mais je n'irai pas jusqu'à passer à l'acte »). La note initiale de 8 reflète le pessimisme du moment. Les évaluations effectuées à la 16^e et la 20^e séances permettent de constater que le score est revenu à la normale et se maintient. Une amélioration de 50 % est donc notée au cours de la thérapie.

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés sont effectuées. La figure 5.2 reprend le nombre de pleurs par semaine, ainsi que l'intensité moyenne de la tristesse ressentie dans ces moments. Ces deux variables diminuent régulièrement au fur et à mesure de la prise en charge. Les pics observés à la 17^e séance correspondent aux difficultés d'acceptation ressenties par la patiente concernant le choix de sa fille de rester à la Martinique. La diminution des scores à des valeurs nulles au cours des trois mois suivants semble indiquer que le travail en restructuration cognitive est profitable.

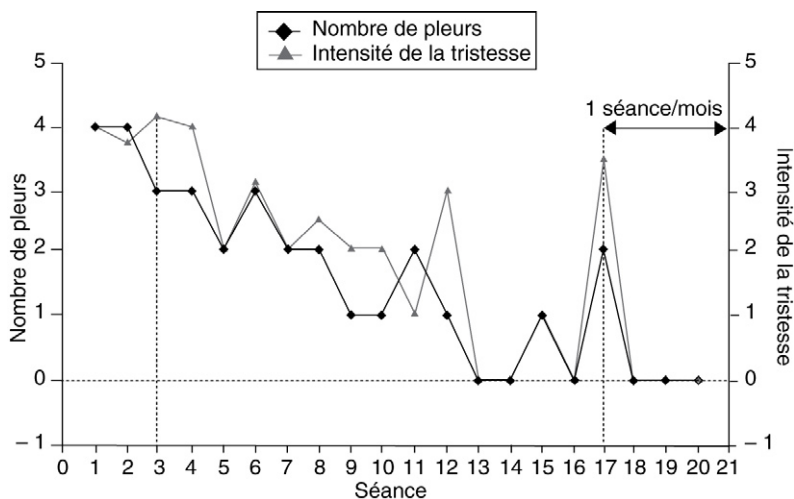


FIGURE 5.2. Évolution du nombre de pleurs par semaine, ainsi que de l'intensité moyenne de la tristesse ressentie dans ces moments. L'échelle d'intensité de la tristesse évolue de 0 à 5. Jusqu'à la 17^e séance, les scores sont évalués de manière hebdomadaire, puis mensuellement.

La figure 5.3 reprend l'évolution du nombre de situations plaisantes et de leur intensité. Il apparaît que ces deux mesures évoluent positivement, mais peu par rapport à la ligne de base (cf. les trois premières séances). Toutefois, on peut noter qu'elles restent stables tout au long de la thérapie.

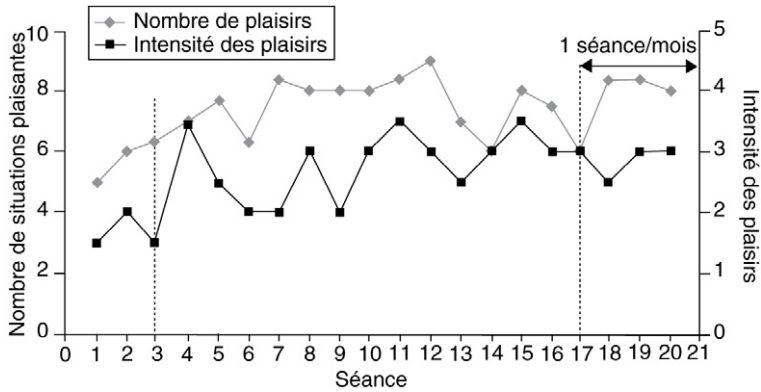


FIGURE 5.3. Évolution du nombre de situations plaisantes et de leur intensité. L'échelle de plaisir évolue de 0 (pas de plaisir) à 5 (plaisir intense). Jusqu'à la 17^e séance, les scores sont évalués de manière hebdomadaire, puis mensuellement.

SYNTHÈSE

Madame D. présente une dépression modérée, probablement due à une succession d'événements de vie qui l'ont marquée depuis plusieurs années, dépression dont l'événement déclencheur est une infidélité de son mari. Elle souhaite bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale, sur les conseils de son psychiatre.

La thérapie débute par une restructuration cognitive. Ce type d'approche permet d'isoler rapidement puis de modifier ses pensées automatiques, essentiellement constituées par une importante auto-dévalorisation. Par la suite, la discussion socratique de ses principaux schémas d'abandon et d'incompétence personnelle permet de les assouplir. L'élaboration d'une fiche « maîtrise-plaisir » constitue l'une des pierres angulaires de la thérapie. Elle permet à la patiente de mieux se rendre compte qu'elle est en définitive capable d'affronter et de maîtriser la plupart des situations anxiogènes, et qu'elle rencontre de nombreuses circonstances plaisantes dans son quotidien. Ce travail cognitif « assouplit » progressivement son schéma d'impuissance apprise (« agir ou pas revient au même »).

L'évolution favorable des symptômes est probablement liée d'une part à la forte motivation de la patiente, et d'autre part aux nombreux encouragements que lui témoigne son entourage, qui observe et soutient l'évolution positive de son état clinique. Ces approbations peuvent être un autre facteur contribuant à modifier le schéma d'impuissance apprise qui l'anime au début de la thérapie. Le style directif et collaboratif de la thérapie cognitivo-comportementale convient très bien à la patiente. Elle se dit satisfaite du travail entrepris. Un prolongement du suivi durant six mois est proposé pour s'assurer du maintien des résultats.

CHAPITRE 6

Vaginisme associé à une claustrophobie chez une patiente borderline

Présentation du cas clinique

Anamnèse

Céline S. est une jeune femme âgée de 27 ans. Elle est adressée en consultation par son médecin généraliste pour :

- troubles anxieux et dépressifs ;
- troubles phobiques ;
- difficultés sexuelles ;
- troubles de l'affirmation de soi.

Céline se décrit comme une enfant calme, réservée, plutôt timide ; elle se qualifie aisément de « petite fille sage ». Elle souligne avoir eu très tôt des responsabilités (« Je ne suis pas sûre d'avoir réellement eu une enfance », ajoute-t-elle.).

Bonne élève, elle poursuit ses études sans difficulté particulière jusqu'en licence de langues étrangères appliquées (LEA). Elle a de la peine à obtenir sa maîtrise : elle essuie un échec la première année et, la seconde année, Céline souhaite quitter le domicile maternel pour s'installer avec Marc, son ami. Elle y renonce finalement, invoquant la crainte de ne pas pouvoir tout assumer (études, intendance de la vie à deux, etc.).

La surcharge de travail, associée à des difficultés relationnelles avec son beau-père (qui la pousse d'après elle à quitter l'appartement en lui rendant la vie impossible) font qu'elle « craque nerveusement » (selon ses dires) en mars 1998 (une humeur triste, des pleurs et des angoisses sont décrits). Malgré cela, elle réussit brillamment ses examens de maîtrise, mais ne rédige pas la totalité des mémoires demandés. Aujourd'hui, il lui en reste encore deux à valider. Céline travaille actuellement comme professeur de français et de langue étrangère dans une école de commerce.

Pour ce qui concerne l'histoire familiale, la patiente est issue d'une famille de trois enfants. Elle a deux frères aînés : Michel, âgé de 29 ans, qui vit actuellement en Allemagne avec son amie Steffi, et Pascal, âgé de 33 ans, qui vit en Isère avec sa femme Nathalie, et qui est papa d'un petit garçon d'un an. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait 7 ans.

Selon Mademoiselle S., sa mère, qui a connu son mari très jeune, aurait fait, après son divorce, à l'âge de 34 ans, « une véritable crise d'adolescence, associée à une poussée d'acné et une percée des dents de sagesse ». Cette dernière se met alors à sortir beaucoup (« Elle s'est vraiment éclatée durant cette période ! »), n'hésitant pas à laisser ses trois enfants (alors âgés de 7, 9 et 13 ans) seuls dans l'appartement des week-ends entiers pour aller faire de la randonnée en haute montagne avec des amis. « Le frigo était vide ; il fallait qu'on pense à lui demander de l'argent pour faire quelques courses, sinon elle oubliait de nous en donner (...) Heureusement que les voisins avaient des enfants de notre âge, et qu'il leur arrivait de s'occuper de nous ! Souvent, elle rentrait à minuit le dimanche soir et ne prenait pas la peine de nous prévenir. » Céline raconte qu'elle attendait alors au fond de son lit, paniquée, le retour de sa mère : « J'avais tellement peur qu'il lui arrive quelque chose, qu'elle disparaisse en montagne, qu'elle meure... ».

De son côté, sa mère est très fière d'avoir des enfants responsables qui savent se débrouiller tout seuls (ses amis lui font d'ailleurs de nombreux compliments sur ses enfants si bien élevés qui l'aident tant à la maison).

Sa mère est aujourd'hui âgée de 54 ans ; elle vit en Isère et partage son appartement avec son second mari. Céline la décrit comme immature, « voulant toujours être branchée » selon ses dires (s'habillant à la mode, écoutant les musiques du moment, etc.). Cette dernière se repose également beaucoup sur ses enfants pour ce qui concerne les relations à sa propre mère : elle l'invite à passer quelques jours chez elle, mais, ayant pris entre-temps des engagements ailleurs, sollicite Céline ou Pascal à la dernière minute afin qu'ils la reçoivent chez eux. La mère de la patiente semble adopter fréquemment une position de petite fille (y compris avec son nouveau conjoint), et mettre alors Céline en position d'adulte (inversion des rôles).

Mademoiselle S. décrit son père comme un homme rigide, « actuellement remarié à une femme encore plus rigide que lui ». Ils vivent à Annecy et ont deux enfants. Elle en parlera très peu au cours de la thérapie.

Céline rencontre Marc alors qu'elle a 19 ans ; elle est étudiante, et vit chez sa mère. Lui, âgé de 20 ans, habite dans son propre appartement, au sein d'une commune du sud de l'Isère. Il est moniteur de parapente ; il travaille dans un village de vacances l'été et en station de ski l'hiver. La première année de leur relation, elle le rejoint tous les week-ends. Elle aime la ville et les sorties, lui n'aime que la campagne et la montagne.

« Nous étions tombés dans la routine. Que je vienne ou non, il organisait ses activités. J'étais devenue comme un meuble dans la maison. »

En automne, Marc chasse le chamois ; en été, il fait de l'escalade avec ses amis ainsi que du parapente, tandis que Céline assure les navettes en voiture et raccompagne tout le groupe après l'effort. « Je ne m'éclatais pas du tout ; j'ai craqué : je lui ai dit que je ne viendrai plus le week-end ! » Un dialogue s'instaure alors, et il est convenu qu'ils feront dorénavant la route chacun leur tour, un week-end sur deux.

Marc commence donc à venir à Grenoble : « On a eu de super moments à cette époque-là : on allait au cinéma, au restaurant, etc. ». Mais, très vite, Céline perçoit Marc comme quelqu'un de profondément égoïste : « Il ne s'intéressait pas du tout à mes amis ; c'est tout juste s'il s'intéressait à moi. Par exemple, lorsqu'on se téléphonait dans la semaine, il me racontait ce qu'il avait fait, mais ne me demandait jamais ce que j'avais fait... ».

Céline connaît alors une baisse du désir sexuel, associé à des douleurs à la pénétration (ils sont ensemble depuis un an et demi). « Ça ne l'a pas interpellé, le fait que je ne réagisse pas », souligne-t-elle.

Leur relation se maintient, avec des hauts et des bas. En janvier 1999, ils s'installent ensemble dans leur premier appartement. Le choix de la localisation géographique (proche banlieue de Grenoble) a été fait par Céline, Marc n'approuvant que partiellement (« C'est provisoire... »)

Fin juillet, Céline, se sentant très seule (elle bénéficie des vacances scolaires, tandis que son concubin est constamment absent), quitte Marc et déprime : « J'ai alors pris conscience de l'importance qu'avait pour moi cette relation ». Une discussion s'amorce : Marc ne supporte pas de vivre en appartement. Il se plaint des bruits de la rue, des voisins et de la distance trop importante de son lieu de travail. Ils se mettent en quête d'une nouvelle résidence et trouvent une petite maison à la montagne, à mi-chemin de leurs lieux de travail respectifs. Céline s'inquiète pour l'hiver à venir et dit qu'elle se sent incapable de conduire sur neige.

Sexuellement, Céline le satisfait souvent avec des caresses. Il y a cependant quelques rapports satisfaisants pour elle, lors de retrouvailles ou de réconciliations. Au moment de la première consultation, leur dernier rapport sexuel complet remonte à deux mois : la pénétration a été douloureuse, mais ça s'est bien passé ensuite. Depuis, Céline décrit une contracture du vagin empêchant la pénétration et rendant tout rapport sexuel impossible.

Histoire de la maladie

Céline fait remonter le début de ses troubles à l'âge de 16 ans : c'est à cette époque qu'elle est victime d'une dépression majeure, et que les premières phobies apparaissent : monter dans un ascenseur, partir loin de chez elle, etc.

Au cours d'un voyage scolaire en Espagne, elle a un malaise en visitant le musée Dali. Elle se souvient d'un besoin impératif de quitter la foule, et décrit ce qui semble être une attaque de panique. Une psychothérapie est entamée, mais bien vite arrêtée (au bout de deux mois) pour cause de difficulté financière (sa mère refuse de continuer à payer).

À l'âge de 19 ans, la patiente travaille tout l'été dans le but de suivre une psychothérapie. Elle consulte alors une psychologue qui travaille en analyse transactionnelle. La thérapie va durer trois ans et sera interrompue « d'un commun accord avec la thérapeute, car tout allait bien et puis... nos relations sont devenues trop amicales » (Céline est réticente à donner plus de renseignements à ce sujet, et nous nous interrogeons sur une éventuelle composante homosexuelle dans ce cadre).

En mars 1998 (Mademoiselle S. a alors 25 ans), le surmenage dû au cursus universitaire associé à un important stress familial (relations difficiles avec le beau-père qui souhaite voir Céline habiter ailleurs que chez lui) sont à l'origine d'une dépression. Une consultation chez le médecin généraliste se solde par la prescription d'un anxiolytique (alprazolam : 0,50 mg par jour).

En juillet 1999, Céline souffre des absences répétées de Marc. Elle le quitte et prend conscience de l'importance qu'a pour elle cette relation. Une recrudescence de la symptomatologie dépressive est alors notée. Une nouvelle consultation médicale donne lieu à la prescription suivante :

- fluoxétine : 20 mg par jour (antidépresseur) ;
- alprazolam : 1,50 mg par jour (anxiolytique) ;
- zopiclone : 7,5 mg par jour (hypnotique) ;
- phytothérapie : 6 comprimés par jour (à visée anxiolytique).

La patiente souligne se sentir beaucoup mieux grâce à ce traitement.

En octobre 1999, sa mère lui demande de la débarrasser de cartons contenant des affaires lui appartenant lorsqu'elle était enfant (cahiers d'école, jouets, dessins et cadeaux de fête des mères, etc.). Céline se sent alors profondément blessée, quasiment rejetée. Elle a l'impression d'avoir été reniée. Elle se souvient qu'en janvier 1999, sa mère a payé le déménagement de son piano afin qu'elle le reprenne...

Mademoiselle S. a le sentiment que sa mère est manipulée par son mari actuel, que ce dernier veut effacer tout ce qui touche à l'existence de sa femme avant leur rencontre. Le médecin généraliste de la patiente propose la médication suivante :

- fluoxétine 20 mg : 1 comprimé par jour (Céline ne l'a pas arrêté depuis juillet) ;
- alprazolam 0,25 mg : 1 demi-comprimé le soir si angoisse ;
- phytothérapie : ponctuellement, si besoin.

Par ailleurs, il l'adresse en thérapie cognitivo-comportementale, toute éventuelle étiologie organique du vaginisme ayant été éliminée par un examen gynécologique complet.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué.

- *Axe I* :
 - trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle : F33.2 [296.32] ;
 - phobie spécifique de type situationnel (claustrophobie) : F40.2 [300.29] ;
 - trouble panique avec agoraphobie : F40.01 [300.21] ;
 - baisse du désir sexuel : F52.0 [302.71] ;
 - trouble sexuel avec douleur : vaginisme, de type acquis (secondaire), dû à des facteurs psychologiques : F52.5 [306.51].
- *Axe II* : personnalité borderline : F60.31 [301.83].
- *Axe III* : absence.
- *Axe IV* :
 - remariage du père et de la mère ;
 - difficultés conjugales ;
 - déménagement récent.
- *Axe V (évaluation globale du fonctionnement)* : 60 (symptômes d'intensité moyenne ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social ou professionnel).

Céline présente une personnalité borderline. Sous un angle psychanalytique, nous dirions que la relation d'objet est de type anaclitique : une dépression est survenue chaque fois que la patiente a connu une angoisse de perte d'objet ; sa relation à Marc illustre cet aspect et traduit le besoin de dépendance à l'objet, la nécessité de sa proximité. Nous ne sommes pas loin d'une relation d'objet de type contraphobique.

La régression d'une personnalité de type borderline peut se traduire par des comportements phobiques (c'est le cas, par exemple, de « l'homme aux loups » décrit par Freud).

Sous l'angle de la thérapie comportementale et cognitive, nous relevons que le thème général commun aux phobies et aux troubles sexuels semble être la nécessité, pour Céline, de garder le contrôle, faute de quoi elle se trouve dans la plus totale insécurité.

Nous retrouvons chez elle les caractéristiques des sujets borderline, à savoir : instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image qu'elle a d'elle-même, impulsivité, sentiment de vide ou d'ennui, efforts démesurés pour éviter l'abandon réel ou imaginaire, fragilité aux émotions négatives, sentiment de frustration exacerbé.

Nous pouvons donc mettre en évidence les éléments suivants :

- croyance fondamentale (schéma inconditionnel) : « je n'ai pas toujours le contrôle de moi-même » ;
- attitude de base (schéma conditionnel) : « si je ne me contrôle pas, tout peut arriver, y compris les pires catastrophes » ;

- auto-injonction (contrôle) : « je dois garder le contrôle, en toutes circonstances » ;
- affect : dépression, anxiété.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

Les troubles prioritaires retenus par Céline pour la thérapie sont le vaginisme (fig. 6.1) et la claustrophobie (fig. 6.2).

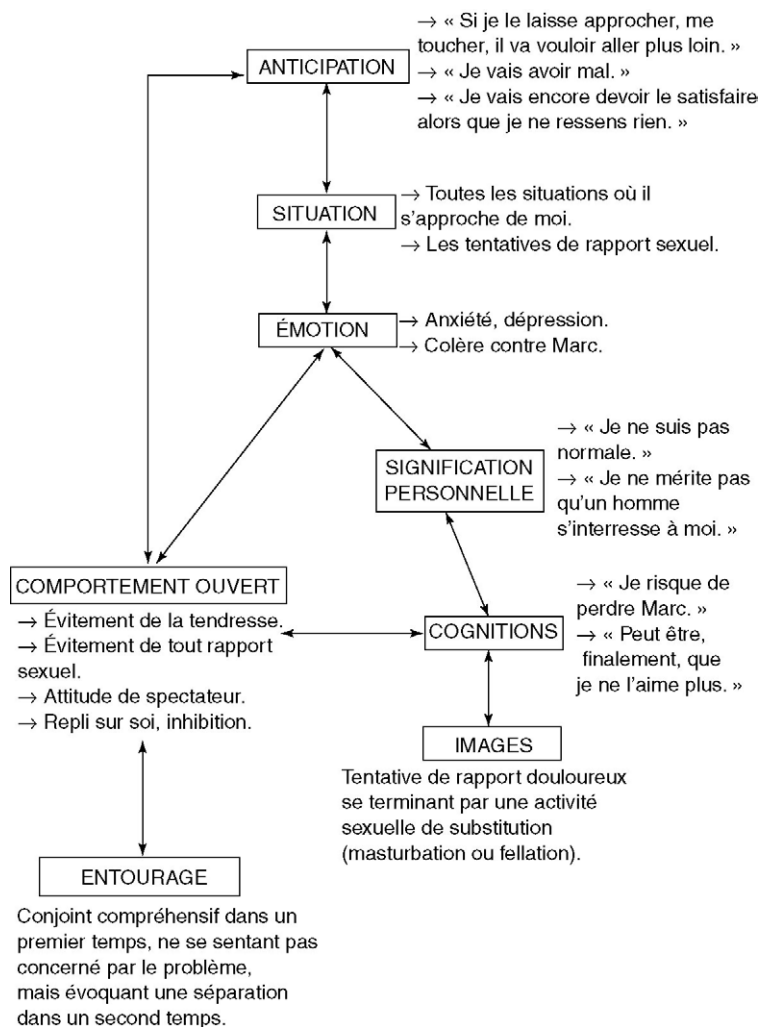


FIGURE 6.1. Analyse fonctionnelle du vaginisme.

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Personnalité immature de la mère.
- Personnalité rigide du père.

De plus, la personnalité de la patiente est de type borderline.

Facteurs historiques de maintien possibles

- L'image du couple au travers du couple parental et des familles recomposées.
- La profession du conjoint (Céline dispose de tous ses week-ends, Marc travaille à ces moments-là. Ils n'ont aucun jour de congé en commun).
- La profession de Céline (professeur novice, préparant ses cours chaque soir pour le lendemain).
- L'attitude de Marc, qui ne se sent pas concerné par les difficultés sexuelles de la patiente : « Le problème vient de toi. Il faut que tu ailles voir un spécialiste ».
- L'attitude de Céline qui se met (et met son propre désir) entre parenthèses : « Moi, ça ne m'intéresse pas, mais je le satisfais manuellement... ou d'une autre façon ».

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Dix-huit mois après leur rencontre, Céline a l'impression d'être « comme un meuble dans la maison ». Marc ne vient jamais la rejoindre à Grenoble, ne souhaite pas connaître ses amis. Céline a le sentiment qu'il ne s'intéresse pas vraiment à elle. Elle le juge très égoïste.

Elle souligne qu'au moment des rapports sexuels, « ça ne l'interpelle pas que je ne réagisse pas ! ». L'intensité du désir diminue, les rapports deviennent de plus en plus douloureux.

La prise de conscience de l'existence de centres d'intérêt très différents (ville/campagne, sorties/rester à la maison, etc.) amène le couple à des interrogations concernant la viabilité de leur relation.

Événements précipitant les troubles

- Le surmenage de Céline (études universitaires).
- Le choix non partagé du lieu de vie.
- Les absences répétées de Marc en juillet 1999.
- Le fait que Céline se mette à refuser tout rapport sexuel et refuse de donner du plaisir à Marc sans en recevoir.

Autres problèmes

- Troubles anxieux et dépressifs.
- Phobies spécifiques.
- Troubles de l'affirmation de soi.

Traitements antérieurs

- À l'âge de 16 ans : psychothérapie de courte durée.
- À l'âge de 19 ans : psychothérapie en analyse transactionnelle.
- En juillet 1999 : prescription d'un traitement médicamenteux (fluoxétine, alprazolam, zopiclone, phytothérapie).

Synchronie

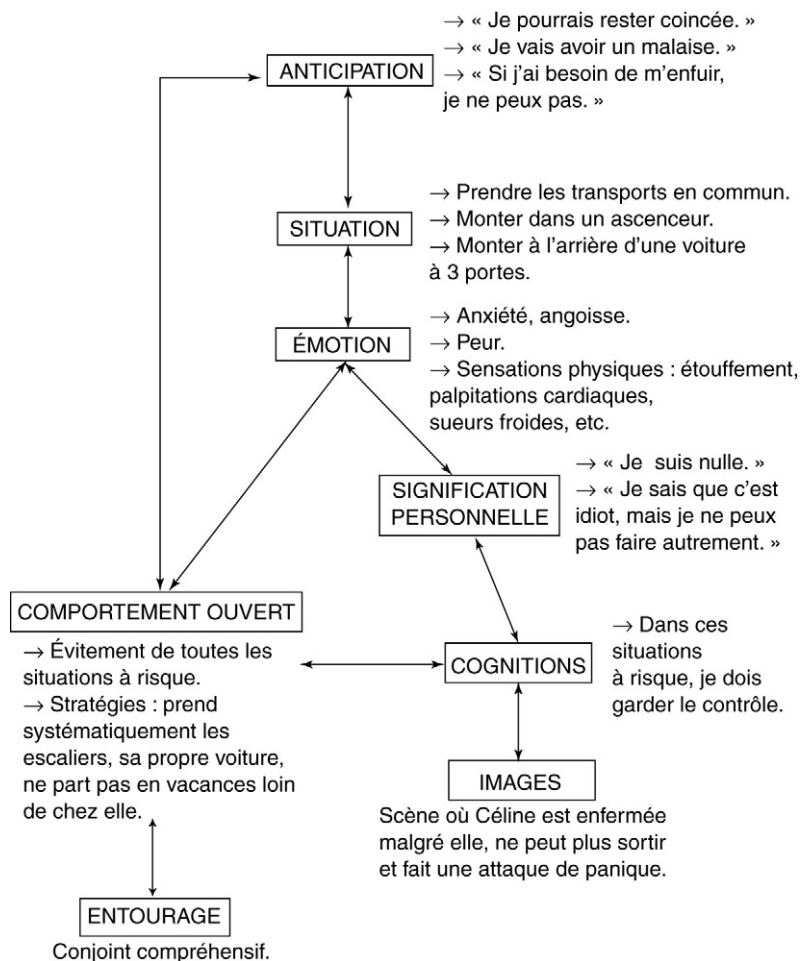


FIGURE 6.2. Analyse fonctionnelle de la claustrophobie.

Diachronie

Données structurales possibles

Elles sont tout d'abord génétiques :

- personnalité immature de la mère ;
- personnalité rigide du père.

De plus, la personnalité de la patiente est de type borderline.

Facteurs historiques de maintien possibles

- L'attitude de la mère (« C'est la politique de l'autruche : on ne parle pas de ce qui ne va pas, ni de ses émotions négatives »).
- Les difficultés relationnelles avec le beau-père.
- Le manque de sorties, du fait que Marc aime rester à la maison et que leurs vacances ne tombent pas au même moment.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- À l'âge de 16 ans, au cours d'un voyage scolaire en Espagne, la patiente a un malaise en visitant le musée Dali. Elle se souvient d'un besoin impératif de quitter la foule, et décrit ce qui semble être une attaque de panique. Cela se reproduit à diverses reprises, dans d'autres musées.
- En 1991 (Céline a alors 19 ans), elle monte dans le tramway, le premier jour de son emménagement à Grenoble. Un accident a lieu (collision avec une voiture), ce qui entraîne une coupure des circuits électriques : les portes sont bloquées en fermeture, les lumières éteintes, une alarme stridente se déclenche. « Je suis restée bloquée, enfermée, dix à quinze minutes. » Céline est alors victime d'une attaque de panique : respiration suffocante, sensation d'évanouissement, etc. Elle signale qu'avant cet épisode, elle avait déjà peur de l'ascenseur, mais qu'elle pouvait le prendre en cas de besoin. Depuis, elle ne peut plus l'envisager.

Événements précipitant les troubles

- Le surmenage de Céline (études universitaires et travail professionnel).
- Les difficultés conjugales.
- Les relations de plus en plus tendues avec son beau-père, alors qu'ils vivent sous le même toit.

Autres problèmes

- Troubles anxieux et dépressifs.
- Difficultés sexuelles.
- Troubles de l'affirmation de soi.

Traitements antérieurs

- À l'âge de 16 ans : psychothérapie de courte durée.
- À l'âge de 19 ans : psychothérapie en analyse transactionnelle.
- En juillet 1999 : prescription d'un traitement médicamenteux (fluoxétine, alprazolam, zopiclone, phytothérapie).

Évaluation de la thérapie

Mesures à intervalles espacés

Pour ce qui concerne le vaginisme :

- Test du bonheur conjugal d'Azrin ;
- Inventaire de dépression de Beck (21 items).

Pour ce qui concerne la claustrophobie :

- Questionnaire des peurs de Marks et Mathews ;
- Inventaire de dépression de Beck (21 items).

Pour ce qui concerne l'évaluation de la personnalité de la patiente, on utilise l'inventaire de personnalité Minimult.

Mesures à intervalles rapprochés

Pour ce qui concerne le vaginisme :

- cotation de l'angoisse liée aux rapprochements corporels le soir, dix minutes avant le coucher ;
- prise hebdomadaire d'alprazolam et de phytothérapie.

Pour ce qui concerne la claustrophobie : à chaque séance, une échelle subjective d'évaluation de l'anxiété face à la situation-problème est utilisée.

Un protocole de ligne de base unique est utilisé. Il comporte deux phases :

- phase A : séances 1 à 4, consacrées à l'évaluation (sans intervention thérapeutique) ;
- phase B : séances 5 à 29, destinées à la prise en charge thérapeutique proprement dite.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Deux objectifs principaux sont retenus :

- avoir des rapports sexuels satisfaisants ;
- pouvoir utiliser les transports en commun et les ascenseurs.

Déroulement de la thérapie

Vingt-huit séances sont réalisées de mi-octobre 1999 à début mai 2000, à raison d'un entretien hebdomadaire de quarante-cinq minutes (parfois deux pendant les vacances scolaires).

Chaque entretien est structuré de la façon suivante :

- accueil ;
- *feed-back* concernant la séance précédente (« Est-ce que ça a été utile pour vous ? ») ;
- agenda de séance, comprenant ce qui s'est passé dans la semaine et ce que l'on va traiter aujourd'hui ;
- revue des tâches assignées ;
- thérapie proprement dite ;
- prescription de tâches à domicile ;
- résumé de la séance ;
- *feed-back* général, permettant d'évoquer ce qui a plu et déplu à la patiente dans la relation thérapeutique (« Est-ce que j'ai dit quelque chose qui a été désagréable pour vous au cours de cette séance ? »).

Techniques thérapeutiques utilisées

Thérapie comportementale du vaginisme (séances 5 à 17)

Phase d'information

On informe la patiente sur l'anatomie (féminine et masculine) et sur les grandes phases de la sexualité masculine et féminine (schéma concernant les phases de désir, d'excitation, de plateau orgasmique et de résolution).

Prise de conscience et observation du vagin par la patiente

On préconise à la patiente, après lui avoir présenté des schémas, une observation directe à domicile devant un miroir avec réalisation d'une auto-palpation vaginale et d'une pénétration à l'aide de l'un de ses doigts, puis de deux (exercice à réaliser chaque jour pendant un quart d'heure).

Rapprochement corporel du couple

Est abordée ici la problématique de l'éveil des sens (*Sensate Focus I et II*, d'après Masters et Johnson, 1971), au cours de laquelle sont pratiquées des caresses non génitales, puis génitales. Les principes en sont les suivants :

- donner du plaisir pour en recevoir ;
- chacun verbalise ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas ;
- abstinence sexuelle en début de traitement ;

- transformer la patiente spectatrice en partenaire actrice ;
- inciter la patiente à lire des romans ou des bandes dessinées érotiques, à regarder des films érotiques.

Désensibilisation systématique en imagination

Une hiérarchisation des situations, de la moins angoissante à la plus angoissante, est réalisée. La patiente apprend une technique de relaxation (de type Schultz, par exemple), puis une exposition progressive aux scènes anxiogènes est réalisée en imagination, tout en se relaxant.

Exposition in vivo

L'exposition est effectuée ici avec le concours du partenaire, sous forme de tâches à réaliser à domicile.

Thérapie de la claustrophobie (séances 18 à 29)

On débute par une information sur les phobies, puis on met en place le contrôle d'éventuelles attaques de panique à l'aide des techniques suivantes :

- explication du modèle cognitif du trouble panique ;
- régulation et contrôle respiratoires ;
- pratique de l'hyperventilation volontaire (qui provoque une symptomatologie similaire à celle d'une attaque de panique), suivie d'un contrôle rapide par l'application du ralentissement respiratoire ;
- explication et mise en œuvre de la technique de Valsalva ;
- explication physiologique des attaques de panique à l'aide de schémas.

Enfin, on réalise une exposition graduée en imagination puis *in vivo*.

Déroulement des séances

Séances 1 à 4

Les premières séances sont dévolues aux divers points suivants :

- précision des informations anamnestiques : antécédents et histoire de la maladie ;
- élaboration du diagnostic ;
- réalisation de l'analyse fonctionnelle (conceptualisation du cas clinique) ;
- passation des échelles d'évaluation et réalisation des mesures à intervalles rapprochés permettant de constituer la ligne de base ;
- information sur les thérapies comportementales et cognitives ;
- instauration du contrat thérapeutique, avec définition des objectifs et planification du déroulement des séances.

Céline se montre très intéressée au cours de ces premières séances, et semble motivée pour la thérapie. Elle approuve l'hypothèse concernant la mise en évidence d'un thème commun à ses difficultés, à savoir la nécessité de garder le contrôle en toute situation.

La patiente prend par ailleurs conscience du fait qu'il lui faut hiérarchiser ses problèmes, et que ces derniers ne pourront être traités en même temps au cours de la prise en charge. Elle choisit donc de donner priorité au vaginisme (du fait de sa relation de couple qui se dégrade) et à la claustrophobie (qu'elle juge très invalidante, au point par exemple de n'avoir pu se rendre à un entretien d'embauche car la cage d'escalier était fermée).

Séance 5

Des informations sont livrées à la patiente au cours de cette séance, informations concernant l'anatomie de l'homme et de la femme, leur sexualité, en insistant sur l'importance de la phase de désir et d'excitation (avec la nécessité, pour la femme notamment, d'une bonne qualité de la communication précédant le rapport sexuel).

Elle approuve, expliquant que Marc regarde beaucoup la télévision, s'intéresse peu à elle durant la soirée et se montre très entreprenant sitôt qu'ils sont couchés. Et qu'elle ne supporte plus ses avances...

Mademoiselle S. prend conscience que le symptôme « vaginisme » s'inscrit dans le cadre d'un conflit de couple plus global, avec :

- difficultés de communication ;
- questionnement sur l'identité de chacun au sein du couple : « Quel type de relation nous unit ? » ;
- interrogation sur l'espace de liberté nécessaire à chaque partenaire.

Divers documents sont remis à la patiente, tels que *La Communication dans le couple*, *Le Silence des hommes* et *le Besoin de parler des femmes*, et la lecture de *Les Hommes viennent de Mars, les Femmes viennent de Vénus* (Gray, 1997) lui est conseillée. Nous lui proposons de les faire lire également à Marc dans le but qu'une amorce de discussion puisse s'ébaucher.

La présence de ce dernier au cours des séances ultérieures de thérapie sexuelle est suggérée, mais nous nous heurtons à un refus. Nous réexpliquons que les difficultés sexuelles concernent les deux partenaires, et n'existent que dans le contexte précis de cette relation. Le refus reste massif : « Il s'agit de mon lieu de parole, de mon espace personnel. J'aurais l'impression d'être envahie, même ici ». Nous remettons alors à Céline les coordonnées d'un autre thérapeute, que Marc pourrait consulter.

Cette séance est également l'occasion de revenir sur certaines croyances erronées, de type : l'homme et la femme doivent avoir un orgasme au même moment. Dans cette optique, une fiche de modification des pensées automatiques est remplie par la patiente (tableau 6.1).

TABLEAU 6.1. Fiche de modification des pensées automatiques

Situation	Émotions	Pensée automatique	Cognitions	Qu'est-ce qui me fait penser cela ?	Pensées alternatives
– Il s'approche de moi.	– Peur. – Angoisse.	– Il va encore vouloir aller plus loin.	– Je vais avoir mal. – Ça va encore être un échec.	– On n'a pas réussi à avoir un rapport sexuel depuis plusieurs mois.	– Il veut peut-être seulement des câlins. – On pourrait s'accorder un moment de tendresse agréable. – Cette situation va s'améliorer avec la thérapie.

Tâches à domicile

- Observation, par la patiente, de ses organes sexuels dans un miroir.
- Arrêt de toute tentative de rapport sexuel.
- Meilleure répartition du temps de loisirs à deux.
- Lectures conseillées.
- Les deux derniers points ont pour but de préparer un travail plus global sur la communication et l'expression des émotions.

Séance 6

La séance débute par une revue des tâches à domicile :

- Mademoiselle S. a observé ses organes sexuels dans un miroir et, dit-elle, « je n'ai pas tellement aimé regarder ça » ;
- elle a expliqué à Marc que, dans le cadre de sa thérapie, elle a décidé de s'occuper de ses problèmes sexuels. « Il a paru soulagé. J'ai ajouté que je n'étais pas la seule concernée, et qu'il serait bien qu'il voie quelqu'un, lui aussi. Il a fait une drôle de tête. J'ai laissé les coordonnées du médecin près du téléphone, et je me suis aperçue ce matin qu'elles n'y étaient plus. » Elle semble par ailleurs ravie d'avoir eu à dire à ce dernier que les rapports sexuels étaient interdits jusqu'à nouvel ordre ;
- ils ont pris la décision de s'inscrire ensemble dans une salle de sport ;
- Céline a lu les articles remis lors de la séance précédente, mais pas Marc.

TABLEAU 6.2. Fiche 3 colonnes de Beck

Situation	Émotions	Pensées automatiques
– Regarder ses organes génitaux dans une glace.	– Dégout. – Honte.	– C’est moche. – Est-ce que toutes les femmes sont comme ça ? – Comment Marc peut-il avoir envie de moi ? – Comment puis-je avoir envie d’offrir à Marc ce que je trouve si moche ?

Nous revenons sur le fait que la patiente n’ait pas aimé se regarder dans la glace, et nous lui demandons de décrire les émotions qu’elle a ressenties à ce moment-là, ainsi que les pensées associées (tableau 6.2).

Nous commentons à nouveau avec la patiente divers schémas anatomiques de l’appareil génital féminin (oui, toutes les femmes sont toutes constituées de la même manière, etc.). Par questionnement socratique, puis par la technique de la flèche descendante, il est demandé à Céline de préciser ses pensées.

Technique de la flèche descendante :

Mes organes génitaux sont moches



Je suis moche



Marc va me quitter



Je ne pourrai jamais garder aucun homme

Le postulat qui est retiré de ce dialogue est le suivant : « je ne pourrai jamais garder aucun homme ». Ce postulat est alors discuté à l’aide de la fiche présentée ci-après (tableau 6.3).

TABLEAU 6.3. Fiche de modification du postulat : « Je ne pourrai jamais garder aucun homme »

Croyance en ce postulat avant : 90 %	
Arguments pour	Arguments contre
– J’ai des difficultés sexuelles. – Je ne suis pas belle ; il y a plein de filles plus jolies que moi.	– Ces difficultés nous concernent tous les deux, Marc et moi. – Nous sommes ensemble depuis 8 ans et demi. – Il me trouve belle ; il a toujours envie de moi. – C’est moi qui ai quitté mon précédent petit ami.
Croyance en ce postulat après : 20 %	

Tâches à domicile

- Auto-toucher vaginal.
- Massages et caresses non génitales avec son partenaire (*Sensate Focus I*).
- Visionnage de films vidéos érotiques (*Emmanuelle, Histoire d'O*).
- Lecture de divers textes érotiques, ainsi que de l'ouvrage *Le bien-être par le massage sensuel* (Mumford, 1995).

L'objectif thérapeutique est ici de travailler à la fois sur le désir et sur le problème spécifique de vaginisme. Chez cette patiente, les deux difficultés sont intimement liées : elle a une vie fantasmatique très pauvre, une immense peur de se laisser aller et d'avoir du plaisir (hypercontrôle de ses sensations), et une image dévalorisée de son corps.

Séance 7

La revue des tâches à domicile montre que Céline n'a éprouvé aucune difficulté à explorer par le toucher ses organes génitaux : « C'était même plutôt agréable... bien plus en tout cas que de les regarder ! ». Elle et Marc ont pu se masser à tour de rôle, et y prendre tous deux beaucoup de plaisir. « Ça nous a rapprochés. On s'est retrouvé dans une période câline, un peu comme au début de notre relation. On a pu en parler... » Elle dit n'avoir pas eu le temps de se procurer vidéos et textes érotiques.

La patiente souligne s'être sentie beaucoup plus détendue à la suite de l'entretien précédent. À travers ce qu'elle exprime, il est facile de mettre en évidence l'aspect positif de la prise en charge :

- instauration d'une sorte de permissivité, d'autorisation de notre part, que Mademoiselle S. considère comme un « laisser passer » pour la sexualité ;
- interdiction de tout rapport sexuel, ce qui lui permet de se détendre sans la présence de cognitions négatives du style : « Marc va vouloir aller plus loin ».

Elle nous apprend que Marc est bien allé consulter le Docteur P., que nous lui avons conseillé. Ce médecin lui a fourni des informations concernant la sexualité féminine et masculine, et a également proscrit toute tentative de rapport sexuel jusqu'à nouvel ordre !

Céline souhaite par ailleurs effectuer une séance de relaxation, car elle donne aujourd'hui son premier cours de grammaire et, selon ses dires, elle a le trac. Nous répondons à sa demande par une séance de *training* autogène (technique de Schultz). Le fait que la patiente demande spontanément à se relaxer permet de mettre en exergue une relation thérapeutique de bonne qualité marquée par la confiance, ce qui est plutôt satisfaisant.

Mademoiselle S. se dit très détendue en partant. Les mêmes tâches à domicile que la semaine précédente sont demandées.

Séance 8

Lors de la revue des tâches, Céline souligne que Marc est allé louer la cassette du film *Emmanuelle* : « On l'a regardée ensemble et... j'ai bien réagi. On s'est beaucoup caressé pendant le film, mais on n'a pas été jusqu'au bout. On a pensé que c'était trop tôt ». Nous demandons des précisions concernant ce « j'ai bien réagi », et Céline nous explique alors qu'elle a éprouvé une vive excitation en regardant cette vidéo.

Par ailleurs, la patiente a également acheté un livre à caractère érotique : « Je me suis laissée tromper par la couverture. Je pensais que ce serait plus érotique que ça, mais c'est quand même une histoire d'amour, et il y a des scènes assez chaudes. Là aussi, je réagis bien ! ». Parallèlement, les séances de massage mutuel sont poursuivies.

Cette séance est l'occasion d'expliquer à la patiente la technique de désensibilisation systématique, et de réaliser une hiérarchisation des situations anxiogènes dans l'optique d'une exposition progressive en imagination. Les situations sont alors classées par ordre croissant d'anxiété, de 0 (pas d'angoisse) à 100 (angoisse maximale) :

- 100 : pénétration vaginale, homme en position supérieure ;
- 90 : pénétration vaginale, femme en position supérieure ;
- 80 : approcher la verge en la tenant proche de la vulve, sans pénétration ;
- 70 : un doigt ou deux du partenaire dans le vagin ;
- 60 : stimulation clitoridienne par son partenaire ;
- 50 : accepter des caresses sur les seins par son partenaire ;
- 40 : caresser son partenaire au niveau des zones sexuelles ;
- 30 : regarder son sexe dans une glace ;
- 20 : regarder son corps nu dans une glace ;
- 10 : introduire un ou deux doigts dans son vagin ;
- 0 : toucher son sexe sans le regarder.

Tâches à domicile

- Continuer vidéos et livres érotiques.
- Poursuite des massages mutuels.

Séances 9 et 10

Ces séances sont dévolues à l'apprentissage de techniques de relaxation (*training* autogène de Schultz), avec visualisation d'une image apaisante. Une cassette audio de relaxation est remise à la patiente.

Pour la prochaine séance, Céline devra répéter les tâches habituelles, et se relaxer de manière quotidienne à l'aide de la cassette.

Séances 11 à 16

Ces séances sont l'occasion de mettre en œuvre une désensibilisation systématique en imagination : une à deux scènes sont abordées à chaque fois,

en commençant par la scène la moins angoissante, jusqu'à ce que Céline dise ne plus ressentir d'anxiété en réponse à la situation proposée.

L'objectif est d'arriver à ce que la situation considérée comme étant la plus angoissante (pénétration vaginale, homme en position supérieure) n'ait plus le potentiel anxiogène évoqué lors de la constitution de la liste hiérarchique.

La prescription de tâches à domicile comporte la réalisation d'une désensibilisation *in vivo* (Céline doit affronter dans la réalité les scènes travaillées en imagination).

Deux rapports sexuels complets (le premier en position supérieure de la femme, le second en position supérieure de l'homme) ont eu lieu le week-end qui suit la 16^e séance, avec du plaisir éprouvé par les deux partenaires. La patiente souligne à ce propos : « On l'a fait deux fois ce week-end, et c'était vraiment très agréable. J'ai eu un peu mal la première fois, mais juste au début, et après c'était vraiment bien ! ».

Séance 17

Les échelles d'évaluation sont remplies au cours de cette séance.

Conclusion de la sexothérapie : Mademoiselle S. se dit très satisfaite des résultats. Elle a le sentiment d'avoir retrouvé une certaine complicité avec Marc, et d'avoir pu accéder à une qualité de communication optimale avec ce dernier. Des difficultés persistent cependant au niveau de leurs emplois du temps respectifs et des moments qu'ils arrivent (ou plutôt qu'ils n'arrivent pas) à s'accorder l'un à l'autre (point qui laisse Céline encore insatisfaite).

La patiente estime qu'il est à présent temps d'aborder le travail psychothérapique concernant les phobies dont elle souffre.

Séance 18

Une information concernant les phobies est dispensée. La peur est tout d'abord associée à une situation par le biais du conditionnement classique ; prenons l'exemple d'un individu qui à la suite d'un accident de tramway reste bloqué pendant un certain temps dans le wagon ; il peut dans un tel contexte développer une phobie des transports en commun. La peur entretient alors un comportement d'évitement, lui-même renforcé par le fait qu'il réduit la peur ; dans notre exemple, le sujet évitera de monter dans le tramway et dans tout autre moyen de transport en commun. C'est ainsi que des expositions brèves, espacées et répétées, à des stimuli anxiogènes, augmentent et renforcent la phobie (phénomène d'entretien), tandis qu'une exposition continue et prolongée la diminue (phénomène d'extinction).

Une mise en exergue des situations posant problème (c'est-à-dire conduisant à un évitement) est réalisée avec la patiente, et une hiérarchisation

de ces situations phobiques est effectuée (l'intensité de l'anxiété associée étant cotée de 0 à 100) :

- 100 : monter dans un petit ascenseur pour plusieurs étages ;
- 90 : monter dans un grand ascenseur pour plusieurs étages ;
- 80 : monter dans un petit ascenseur pour un étage ;
- 70 : prendre le train ou l'avion ;
- 60 : être à l'arrière d'une voiture à trois portes ;
- 50 : monter dans un grand ascenseur pour un étage ;
- 40 : prendre le tramway ;
- 30 : prendre le bus ;
- 20 : se diriger vers un ascenseur, appuyer sur le bouton et attendre que les portes s'ouvrent ;
- 10 : se diriger vers un ascenseur, appuyer sur le bouton et partir ;
- 0 : penser à un ascenseur.

L'imagerie associée à l'ascenseur comporte les éléments suivants :

- espace petit, confiné ;
- se retrouver enfermée et ne pas pouvoir en descendre au moment où on le souhaite (idem pour les transports en commun).

Séance 19

Céline dit avoir été très anxieuse, depuis la séance précédente, à l'idée d'avoir à nouveau une attaque de panique. Elle a ressenti les réactions physiologiques suivantes rien qu'en pensant à cette éventualité : accélération cardiaque, sensation d'étouffement, sueurs, peur d'avoir une réaction imprévisible.

Des explications concernant la physiopathologie des attaques de panique sont dispensées à l'aide de schémas ; les techniques de contrôle des attaques de panique sont exposées à la patiente (régulation et contrôle respiratoire, méthode de Valsalva).

Une hyperventilation est effectuée, rapidement suivie d'un contrôle respiratoire. Mademoiselle S. est surprise de la reproductibilité de son trouble, et soulagée de savoir qu'elle peut, le cas échéant, le maîtriser.

Tâches à domicile :

Exercices de contrôle respiratoire en situation non anxiogène.

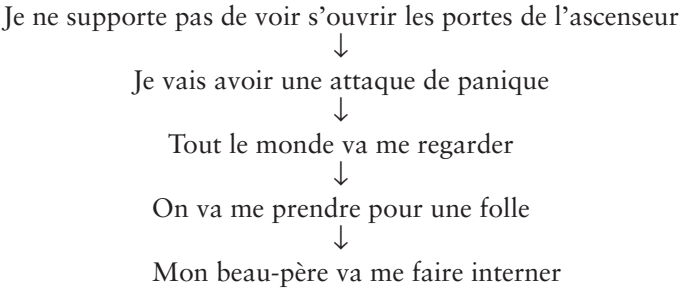
Séance 20

Cette séance est l'occasion de débiter l'exposition graduée en imagination (désensibilisation systématique). Après avoir effectué cinq minutes de relaxation, les stimuli hiérarchisés précédemment sont présentés à la patiente, en commençant par le moins anxiogène. Deux scènes sont proposées au cours de chaque séance.

Une anxiété majeure est ressentie par Céline lors de la présentation de l'item coté 20 : « se diriger vers un ascenseur, appuyer sur le bouton et attendre que les portes s'ouvrent » (l'intensité de l'angoisse est

estimée à 7 sur une échelle allant de 0 à 8), alors que l’item précédent – « se diriger vers un ascenseur, appuyer sur le bouton et partir » – est apparu plutôt bien toléré. La patiente souligne ne pas supporter de voir les portes s’ouvrir.

Une restructuration cognitive est alors entreprise en utilisant la technique de la flèche descendante :



Le postulat isolé est donc le suivant : « mon beau-père va faire interner si je n’évite pas les situations pouvant déclencher une attaque de panique ». Ce postulat est discuté à l’aide du [tableau 6.4](#).

La prescription de tâches à domicile se limite à la réalisation d’une exposition *in vivo* à la situation anxiogène (se diriger vers un ascenseur, appuyer sur le bouton et attendre que les portes s’ouvrent).

TABLEAU 6.4. Fiche de modification du postulat : « Mon beau-père va me faire interner si je n’évite pas les situations pouvant déclencher une attaque de panique »

Croyance en ce postulat avant : 70 %	
Arguments pour	Arguments contre
– On va me transporter aux urgences. – J’ai des antécédents de dépression.	– On ne m’a pas transporté aux urgences lors de mes précédentes attaques de panique. – Marc serait prévenu, pas mon beau-père. – Il y a des tas de personnes qui font des attaques de panique, et qui ne sont pas folles pour autant. – Je vais bien maintenant. – Faire une dépression, ce n’est pas sombrer dans la folie.
Croyance en ce postulat après : 10 %	

Séance 21

Aucune sensation d’attaque de panique imminente n’a été ressentie par Céline au cours de cette semaine.

Pour ce qui concerne la revue des tâches à domicile, l'exposition a été réalisée malgré une anxiété cotée à 7 [sur une échelle allant de 0 (pas d'anxiété) à 8 (anxiété maximale)].

Séances 21 à 28

Ces séances sont l'occasion de poursuivre l'exposition en imagination, complétée par des tâches d'exposition in vivo.

Aucune difficulté majeure n'est décrite par la patiente. Céline réussit à prendre le bus, tout d'abord pour un trajet très court (un seul arrêt) et en évitant les heures d'affluence. Puis un trajet plus long est réalisé, à divers horaires au cours de la journée.

La patiente parvient dans un second temps à prendre le tramway, puis à monter dans un grand ascenseur, et ensuite dans un petit.

Elle souligne ne plus ressentir d'appréhension majeure à prendre le train ou l'avion, mais n'a pas l'occasion de le faire pour l'instant.

En revanche, le fait de monter à l'arrière d'une voiture trois portes lui semble encore impossible, car elle perçoit dans cette situation un réel danger en cas d'accident. Elle ne souhaite pas travailler davantage sur ce point précis.

Séance 29

Un bilan de la thérapie est réalisé au cours de cette séance. Les échelles d'évaluation sont remplies avec la patiente.

Résultats

Questionnaires

Vaginisme

Le test d'Azrin évalue le bonheur conjugal. Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau 6.5.

Ce test permet de noter que la résolution de la dysfonction sexuelle stabilise l'harmonie du couple.

TABLEAU 6.5. Évaluation du bonheur conjugal par le test d'Azrin

Pré-test	Post-test	Suivi
41/90 ^a	66/90 ^a	69/90 ^a

^a Le test est coté sur 90 et non pas sur 100, car un item ne concernant pas Céline et Marc a été supprimé (item « éducation des enfants »).

L'inventaire de dépression de Beck (21 items) est reporté [tableau 6.6](#).

TABLEAU 6.6. Inventaire de dépression de Beck

Pré-test	Post-test	Suivi
17	12	9
Dépression légère	Dépression légère	Score normal

Claustrophobie

Le questionnaire des peurs (Marks et Mathews) permet de mettre en évidence une évolution favorable ([tableau 6.7](#)).

TABLEAU 6.7. Questionnaire des peurs

	Pré-test	Post-test
Agoraphobie	26	17
Phobie du sang et des blessures	5	5
Phobie sociale	12	10
Principale phobie (0-8) (lieux fermés : ascenseurs, transports en commun)	7	2
Anxiété-dépression	35	19
Gêne liée au comportement phobique (0-8)	6	2

Inventaire de personnalité (Minimult)

Les résultats sont reportés sur la [figure 6.3](#).

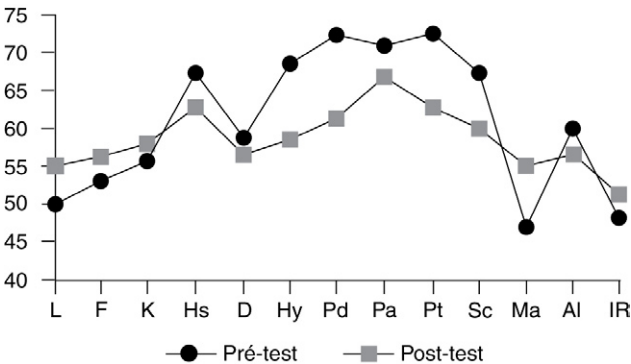


FIGURE 6.3. Inventaire de personnalité (Minimult).

Mesures à intervalles rapprochés

Il s'agit ici des résultats concernant les évaluations élaborées par le patient et le thérapeute.

Vaginisme

Les résultats sont reportés dans les [tableaux 6.8 et 6.9](#) ainsi que sur les [figures 6.4 et 6.5](#).

TABLEAU 6.8. Cotation de l'angoisse inhérente aux rapprochements corporels, dix minutes avant le coucher, sur une échelle de 0 (pas d'angoisse) à 10 (angoisse maximale) : la mesure est effectuée au cours de quatre périodes de huit jours chacune

		Intensité de l'angoisse
Phase A : ligne de base. 8 jours sans traitement (octobre 1999)	1 ^{er} jour	9
	2 ^e jour	10
	3 ^e jour	10
	4 ^e jour	10
	5 ^e jour	9
	6 ^e jour	10
	7 ^e jour	10
	8 ^e jour	10
Phase B : 8 jours en cours de traitement (décembre 1999)	1 ^{er} jour	8
	2 ^e jour	7
	3 ^e jour	7
	4 ^e jour	5
	5 ^e jour	6
	6 ^e jour	5
	7 ^e jour	5
	8 ^e jour	6
Phase B : 8 jours en fin de traitement (février 2000)	1 ^{er} jour	3
	2 ^e jour	3
	3 ^e jour	2
	4 ^e jour	4
	5 ^e jour	3
	6 ^e jour	3
	7 ^e jour	3
	8 ^e jour	2
Phase de suivi (<i>follow-up</i>) pour ce qui concerne la prise en charge du vaginisme (mais traitement de la claustrophobie en cours) (avril 2000)	1 ^{er} jour	2
	2 ^e jour	3
	3 ^e jour	1
	4 ^e jour	2
	5 ^e jour	2
	6 ^e jour	0
	7 ^e jour	1
	8 ^e jour	2

TABLEAU 6.9. Prise hebdomadaire d'alprazolam et de phytothérapie

		Alprazolam	Phytothérapie
Phase A : ligne de base. 8 jours sans traitement (octobre 1999)	1 ^{er} jour	1/2 cp.	6 cp.
	2 ^e jour	1/2 cp.	4 cp.
	3 ^e jour	1/2 cp.	6 cp.
	4 ^e jour	1/2 cp.	4 cp.
	5 ^e jour	1/2 cp.	4 cp.
	6 ^e jour	1/2 cp.	4 cp.
	7 ^e jour	1/2 cp.	6 cp.
	8 ^e jour	1/2 cp.	6 cp.
		4 cp.	40 cp.
Phase B : 8 jours en cours de traitement (décembre 1999)	1 ^{er} jour	1/2 cp.	2 cp.
	2 ^e jour	0 cp.	4 cp.
	3 ^e jour	1/2 cp.	4 cp.
	4 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	5 ^e jour	1/2 cp.	2 cp.
	6 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	7 ^e jour	0 cp.	4 cp.
	8 ^e jour	1/2 cp.	2 cp.
		2 cp.	22 cp.
Phase B : 8 jours en fin de traitement (février 2000)	1 ^{er} jour	0 cp.	2 cp.
	2 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	3 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	4 ^e jour	1/2 cp.	0 cp.
	5 ^e jour	0 cp.	0 cp.
	6 ^e jour	0 cp.	0 cp.
	7 ^e jour	1/2 cp.	2 cp.
	8 ^e jour	0 cp.	0 cp.
		1 cp.	8 cp.
Phase de suivi (follow-up) pour ce qui concerne la prise en charge du vaginisme (mais traitement de la claustrophobie en cours) (avril 2000)	1 ^{er} jour	0 cp.	4 cp.
	2 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	3 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	4 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	5 ^e jour	1/2 cp.	0 cp.
	6 ^e jour	0 cp.	0 cp.
	7 ^e jour	0 cp.	2 cp.
	8 ^e jour	0 cp.	4 cp.
		1/2 cp.	16 cp.

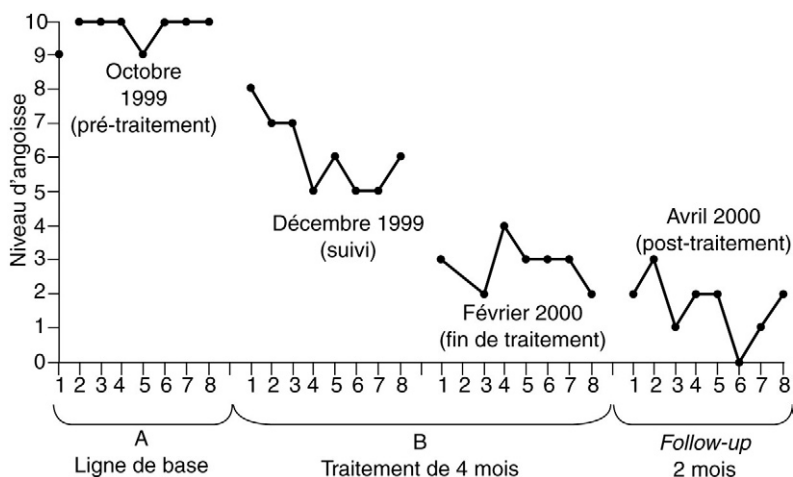
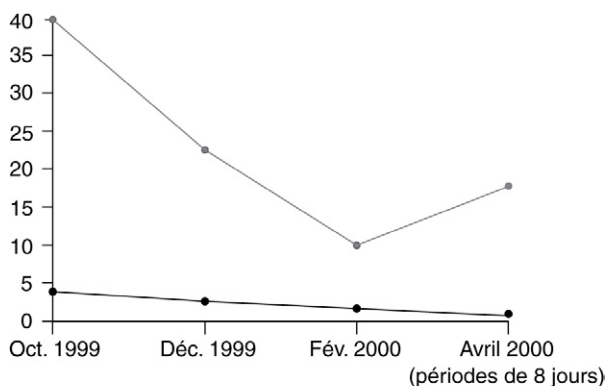


FIGURE 6.4. Cotation de l'angoisse inhérente aux rapprochements corporels, dix minutes avant le coucher, sur une échelle de 0 (pas d'angoisse) à 10 (angoisse maximale).



—●— Alprazolam (soir) —●— Euphytose

FIGURE 6.5. Prise hebdomadaire d'alprazolam et de phytothérapie.

Analyse du protocole A-B



Au cours de la phase A, l'angoisse survenant le soir au moment du coucher est maximale, l'intensité de cette dernière oscillant entre 9 et 10.

Au cours de la phase B, Céline sait qu'elle a la possibilité de visualiser une image relaxante et de mettre en œuvre un protocole de détente corporelle dès qu'elle se sent anxieuse.

À la fin des séances de thérapie visant à traiter le vaginisme, la patiente souligne qu'elle tire un bénéfice certain de la prise en charge : « C'est comme si je me sentais plus femme, plus sûre de moi pour affronter le regard des hommes. ».

La prise d'alprazolam – le soir au moment du coucher – est plus significative que celle de phytothérapie – effectuée à n'importe quel instant au cours de la journée – pour ce qui concerne le niveau d'angoisse ressentie par Mademoiselle S. à l'idée d'un rapprochement corporel. Nous constatons d'ailleurs que cette prise de phytothérapie augmente avec le démarrage de la prise en charge cognitivo-comportementale visant à traiter la claustrophobie.

Claustrophobie

L'angoisse ressentie face à une situation-problème est évaluée par une échelle subjective (tableau 6.10).

TABLEAU 6.10. Échelle subjective d'évaluation de l'anxiété face à la situation-problème. La cotation réalisée va de 0 (pas d'anxiété) à 8 (anxiété maximale)

	Pré-test			Suivi															Fin
Séance	4	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29					
Prendre le bus	7	7	7	7	7	7	5	4	2	3	2	1	1	1					
Prendre le tramway	7	8	7	7	7	7	5	4	2	3	2	2	2	1					
Monter dans un grand ascenseur	7	7	7	7	7	7	6	5	5	3	2	2	2	2					
Être à l'arrière d'une voiture trois portes	7	8	8	8	7	7	7	6	6	6	5	5	5	5					
Prendre le train	8	7	8	7	7	7	7	6	6	5	4	3	3	2					
Prendre l'avion	8	8	8	8	8	7	7	7	6	5	5	3	3	2					
Monter dans un petit ascenseur	8	8	8	8	8	7	7	7	7	6	5	3	3	2					

SYNTHÈSE

À la lumière des résultats précités, le traitement s'avère concluant pour Céline. La thérapie comportementale et cognitive permet de réduire les symptômes mesurés par les différentes échelles utilisées, aussi bien sur l'axe I que sur l'axe II. Au niveau de l'axe II, le Minimult en post-test montre un profil de même allure qu'en pré-test, mais avec des scores diminués, notamment au niveau des résultats pathologiques ou à la limite de la normalité :

- hystérie : 69 → 61 ;
- déviation psychopathique : 72 → 64 ;
- paranoïa : 71 → 66 ;
- psychasthénie : 72 → 63 (indicateur de comportements phobiques) ;
- schizophrénie : 69 → 61.

Au niveau de l'axe I : concernant le vaginisme, on note une reprise des rapports sexuels devenus satisfaisants pour les deux partenaires. La résolution de la dysfonction sexuelle stabilise l'harmonie conjugale. La communication s'améliore au sein du couple. Céline reprend confiance en elle grâce à une image revalorisée de son propre corps, ainsi qu'à une prise de conscience concernant le fait qu'elle est à présent capable d'éprouver du désir et se laisser aller à avoir du plaisir.

Quant à la claustrophobie, l'angoisse évaluée par la patiente lors de la constitution de la ligne de base est significativement plus importante que lors de la phase de post-test. Nous pouvons donc penser que les résultats obtenus sont directement liés à la technique thérapeutique utilisée. Céline n'évite plus les situations redoutées : elle prend le bus, le tramway, l'ascenseur.

En revanche, elle est encore très angoissée à l'idée de monter à l'arrière d'une voiture trois portes, mais dit que cela ne la dérange pas outre mesure (cette situation ne faisait d'ailleurs pas partie des objectifs de départ).

On note par ailleurs la présence d'une certaine généralisation des acquis : la thérapie a une incidence favorable sur l'agoraphobie et la composante anxiété-dépression.

Les résultats obtenus confirment notre choix de commencer à réduire l'intensité des symptômes (axe I) avant d'aborder le trouble de la personnalité (axe II).

Céline souhaite poursuivre sa thérapie par un travail centré sur l'affirmation de soi en individuel dans un premier temps, puis au sein d'un groupe dans un second temps.

CHAPITRE 7

Dysphonie psychogène chez un patient présentant une personnalité histrionique et évitante

Présentation du cas clinique

Anamnèse

Monsieur M. est un homme âgé de 58 ans. Il est adressé par son médecin ORL pour dysphonie psychogène avec épisodes d'aphonie. Un entretien téléphonique avec le médecin en question permet d'établir le motif de la consultation : Monsieur M. aurait déjà effectué maintes rééducations, épuisé toutes les orthophonistes du secteur, sans succès... « Le vrai problème est ailleurs, explique l'ORL. Je vous souhaite bon courage, ce n'est pas un patient facile. Je doute que vous arriviez à quoi que ce soit, mais cela vaut la peine d'essayer... »

Au cours du premier entretien, le patient souligne : « J'ai des problèmes de voix, mais j'ai également une bonne soixantaine d'autres somatisations. J'ai pris le temps de toutes les compter ».

Monsieur M. est marié, père de deux enfants : Séverine, 36 ans, et Jean-Marie, 32 ans. Il est le grand-père de quatre petits-enfants : Elsa, 6 ans, et Laura, 3 ans (filles de Séverine) ; Samuel, 5 ans et demi, et Mathieu, 2 ans et demi (fils de Jean-Marie).

Il travaille comme formateur indépendant et enseigne les techniques de vente et de recherche d'emploi.

Il a une certaine prestance ; la poignée de main est ferme, le contact visuel appuyé.

Son épouse, Annie, âgée de 57 ans, est secrétaire médicale.

L'histoire familiale de Monsieur M. est assez complexe. Il a un frère, de trois ans son cadet. Il dit avoir reçu une éducation catholique très rigide. Son père était ouvrier dans une usine, sa mère femme au foyer.

La mère de Monsieur M., Héléna, est d'origine polonaise. Son père a quitté son épouse et son pays (la Pologne) pour venir s'installer en France avec sa maîtresse, enceinte (portant la mère de Monsieur M.), qu'il épousera alors qu'il est encore marié en Pologne, devenant ainsi bigame. La mère d'Héléna décède alors que cette dernière est âgée de 11 ans. Son père se remariera quatre à cinq fois illégalement, et aura vingt-trois enfants en tout.

Monsieur M. ne connaîtra jamais son grand-père (même de son vivant). Il précise que sa mère ne porte pas le nom qu'elle devrait porter, et que la date de naissance qui figure sur ses papiers d'identité est fausse.

Il décrit Héléna comme une femme hystérique, désirant toujours attirer l'attention sur elle (notamment par le biais de son corps et de ses maladies, se plaignant sans cesse et n'hésitant pas à montrer de façon quasi obscène ses nombreuses cicatrices). Monsieur M. lui rend visite de temps en temps (elle vit seule depuis le décès de son mari), plus pour se donner bonne conscience que par plaisir. En fait, selon ses dires, il ne la supporte plus, a le sentiment de lui servir de psychothérapeute et trouve cette relation « trop polluante » pour lui.

Monsieur M. décrit son père comme un homme assez fruste, qui a toujours fui les états d'âme de sa femme. Le patient souligne que ses parents se sont progressivement isolés, « coupant petit à petit tous les ponts avec les autres membres de la famille ».

L'épouse de Monsieur M., Annie, a été adoptée, bébé, par deux femmes célibataires. On lui a toujours dit que sa mère était morte en couches et son père décédé en héros en Alsace, pendant la guerre. En réalité, il n'en était rien. Elle a appris son vrai nom patronymique par hasard, en parcourant un registre d'état civil. Monsieur M. a alors voulu lever, pour sa femme, le secret de ses origines. Il évoque une véritable escroquerie : en fait, la mère de son épouse, ayant « fauté », s'est retrouvée enceinte et a développé, dans les suites de l'accouchement, une péritonite. Alors qu'elle était au plus mal, on lui aurait fait signer un certificat attestant l'abandon du bébé – Annie – et permettant son adoption. La mère adoptive travaillait alors au service d'hygiène, l'équivalent de la DDASS actuelle...

Grâce à son mari, Madame M. a pu retrouver sa mère biologique il y a vingt ans, et faire la connaissance de ses six frères et sœurs. C'était selon Monsieur M. « une femme de petit niveau », très déprimée, travaillant comme femme de ménage dans une clinique psychiatrique. Son seul sujet de discussion semblait être ses diverses maladies, et Annie a rompu la relation après trois ou quatre rencontres. Elle est décédée en novembre 2000, emportant avec elle le secret des origines paternelles de Madame M., qu'elle n'a jamais voulu révéler. Annie choisira de ne pas aller aux obsèques.

Monsieur M. met un terme à son cursus scolaire à l'âge de 16 ans pour partir en apprentissage (il souhaite alors embrasser une carrière de menuisier).

À la suite d'un parcours professionnel diversifié et chaotique, il travaille comme commercial et fait l'expérience du harcèlement moral avec un patron tyrannique. Après plusieurs années « sur le terrain », il reprend ses études en cours du soir jusqu'à obtenir un DESS de management, diplôme qui compte beaucoup pour lui et qu'il considère comme une revanche sur la vie et sur ses origines modestes.

Fort de la théorie et de l'expérience, il s'installe à son compte comme travailleur indépendant. Son objectif est alors d'enseigner les techniques de vente et de recherche d'emploi (public visé : étudiants, essentiellement en BTS action commerciale, force de vente, et chômeurs en recherche d'emploi). Il semble bien réussir dans cette voie, et être un formateur recherché.

Pour ce qui concerne ses relations familiales, Monsieur M. évoque longuement les difficultés que lui a posé l'éducation de ses enfants.

Il qualifie de « très complexe » la personnalité de sa fille Séverine : « Elle a été pénible dès sa naissance, odieuse dès la maternelle. C'est une enfant qui ne pleurait jamais ». Il décrit des comportements curieux, provocateurs, qui ont nécessité plusieurs suivis psychothérapiques ; une scolarité déplorable avec un nombre incalculable de renvois est également dépeinte. Monsieur M. garde une culpabilité profondément ancrée en lui concernant une certaine violence physique vis-à-vis de sa fille adolescente : « Elle avait le don de me pousser à bout, et après je regrettais... ». Séverine arrête finalement l'école à l'âge de 16 ans, et vit de petits boulots. De 16 à 18 ans, elle adopte un comportement très agressif ; le climat familial devient insoutenable. À 18 ans, elle quitte la maison et se met en ménage avec un garçon qui se drogue.

Aujourd'hui, elle est mariée avec un homme de six ans son cadet, technicien en climatisation, et avec qui elle a eu deux filles. « Ma fille ressemble énormément à ma mère. » Son époux a de gros problèmes psychologiques, et a effectué plusieurs séjours en hôpital psychiatrique. Quant à leurs petites filles, elles ne semblent pas aller très bien : « L'aînée ne tourne pas rond du tout ; la seconde est très perturbée ».

Madame M. est fâchée avec sa fille, qu'elle n'a pas revue depuis quatre ans. Elle ne connaît pas sa seconde petite fille. « Ma femme a rompu les ponts pour se préserver. » Monsieur M., quant à lui, a parlé à Séverine pour la dernière fois il y a un an.

Le patient décrit son fils Jean-Marie comme un enfant tendre, doux, affectueux, sans problème particulier jusqu'à l'âge de 12 ans. Puis les choses se compliquent à l'adolescence. À 16 ans, il fait une intoxication médicamenteuse volontaire qui lui vaudra une hospitalisation en urgence et un lavage d'estomac. L'épisode se reproduira plusieurs fois.

Il sera suivi en psychiatrie. « Il s'en est bien sorti aujourd'hui », souligne son père : Jean-Marie travaille actuellement dans le secteur social, il est marié depuis sept ans à une femme très équilibrée et est le père de deux petits garçons. Il est assez proche de ses parents et vient, avec sa famille, déjeuner chez eux tous les samedis.

Monsieur M. décrit son épouse comme une femme très fragile psychologiquement. Elle a subi l'ablation d'un sein à l'âge de 39 ans, suite la découverte d'un cancer, dans des conditions difficiles (hospitalisée dans le but de bénéficier d'une biopsie, elle s'est réveillée avec un sein en moins. Son mari, convoqué dans le bureau du médecin, a un malaise lorsqu'on lui apprend la nouvelle. Il demande si sa femme est au courant de la mammectomie ; le médecin lui répond par l'affirmative, mais n'est pas sûr qu'elle ait bien compris : c'est donc à Monsieur M. de s'assurer de la bonne transmission de l'information...).

L'épouse fait un lien entre sa maladie et la relation avec sa fille (« elle lui a tout mis sur le dos ») : elle ne pardonnera jamais à cette dernière son attitude. Par ailleurs, Séverine n'a pas rendu visite à sa mère à la clinique au moment de son opération, sous prétexte que « dans les hôpitaux, ça pue l'éther ! ». Selon le patient, elles ont alors commencé à se détester.

Monsieur M. n'a plus aucun contact avec son frère, qu'il n'a pas revu depuis son service militaire. Il a récemment croisé son neveu, âgé de 15 ans, qui lui a posé de nombreuses questions, notamment concernant le fait qu'il n'ait jamais rencontré cet oncle, pourtant unique frère de son père.

Histoire de la maladie

Les troubles de la voix ont commencé il y a une dizaine d'années, s'installant progressivement. Une consultation chez un médecin phoniatre ne révèle à l'époque aucune pathologie des cordes vocales. Le diagnostic évoqué est alors celui de dysphonie fonctionnelle hyperkinétique (forçage vocal). Une première rééducation orthophonique est engagée, comportant trente séances.

En juin 1999 survient une période d'aphonie totale, suivie de trois épisodes importants de dysphonie, qui handicapent la vie professionnelle de Monsieur M. Des nodules apparaissent sur les cordes vocales. Une seconde rééducation de 25 séances est alors réalisée.

Le mois de janvier 2000 est marqué par un nouvel épisode d'aphonie. Un traitement comportant la prescription de corticoïdes est proposé. Une troisième rééducation de vingt séances est suivie.

En avril 2000, devant la persistance des troubles malgré l'apprentissage de techniques respiratoires et vocales, le médecin ORL conseille une psychothérapie.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué.

- *Axe I* :
 - trouble de conversion, de type dysphonie psychogène avec épisodes d'aphonie : F44.4 [300.11] ;
 - phobie sociale : F40.1 [300.23] ;
 - trouble somatoforme indifférencié : F45.1 [300.81] ;
 - trouble dépressif non spécifié : F33.9 [311] ;
 - phobie spécifique : aquaphobie : F40.2 [300.29].
- *Axe II* :
 - personnalité évitante : F60.6 [301.82] ;
 - personnalité histrionique : 60.4 [301.50].
- *Axe III* : absence.
- *Axe IV* :
 - histoire familiale complexe, marquée par les secrets de famille et les ruptures ;
 - mère hystérique ;
 - éducation catholique rigide ;
 - difficultés d'éducation concernant ses enfants ;
 - problèmes de santé et fragilité psychologique de son épouse ;
 - ruptures avec sa fille et son frère ;
 - conditions de travail stressantes (horaires, déplacements, surcharge) ;
 - insécurité financière liée à sa profession.
- *Axe V (évaluation globale du fonctionnement)* : 55 (symptômes relativement importants altérant le fonctionnement social et professionnel).

Analyse fonctionnelle Synchrone

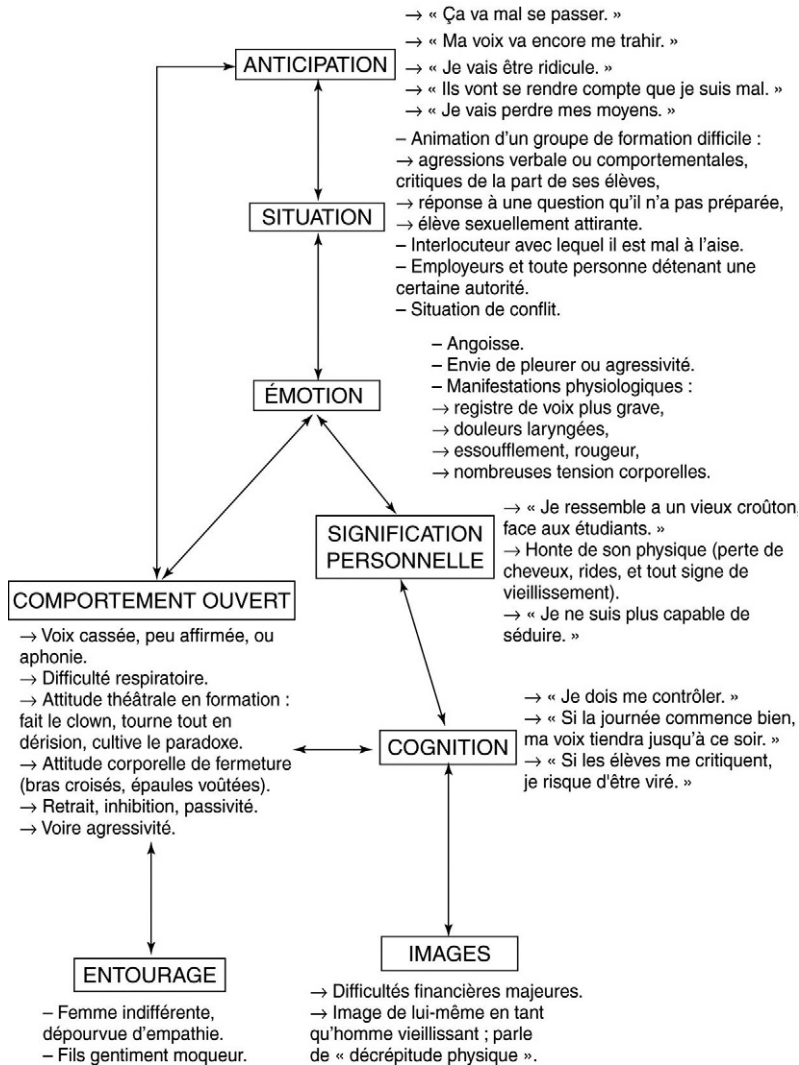


FIGURE 7.1. Analyse fonctionnelle de la dysphonie.

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Fragilité ORL (angines fréquentes, rhinopharyngites, etc.).
- Mère de structure hystérique.

Personnalité du patient

- Histrionique.
- Évitante.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Modèle familial : peu d'ouverture sur l'extérieur.
- Pauvreté de la communication avec son épouse.
- Difficultés personnelles de son épouse.
- Relations très difficiles avec sa mère et sa fille ; rupture avec son frère.
- Peu d'échanges verbaux en dehors du milieu professionnel (isolement social, amical, etc.).

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Aucun événement marquant particulier, si ce n'est une succession de situations en rapport avec son activité professionnelle.

Événements précipitant les troubles

- Stress professionnel lié à l'insécurité matérielle : Monsieur M. a peur de voir ses clients le quitter, ce qui signifierait pour lui manquer d'argent ; il accepte actuellement une charge de travail beaucoup trop importante (horaires, déplacements, etc.).
- Fatigue.
- Isolement social (pas d'amis ; ses relations se limitent à son épouse, son fils et la famille de celui-ci).
- Quelques groupes difficiles à animer ; une école au sein de laquelle il ne se sent pas bien du tout.

Autres problèmes

- Diverses somatisations (estomac, dos, etc.).
- Terrain dépressif.
- Aquaphobie.

Traitements antérieurs

- Plusieurs rééducations orthophoniques (avec trois orthophonistes différents).
- Plusieurs tentatives de psychothérapie qui ont très vite avorté (« Je n'ai pas accroché », souligne Monsieur M.).
- Thérapie comportementale et cognitive : arrêt après quelques séances fin 1999 (« La psy oubliait ce que je lui disais d'une séance sur l'autre ; forcément, elle ne me donnait jamais de rendez-vous réguliers ! »).

Évaluation de la thérapie

Mesures à intervalles espacés

En début et en fin de thérapie, divers questionnaires sont remplis :

- *Questionnaire des peurs (Marks et Mathews)* : ce questionnaire permet de réaliser un certain dépistage, et d'évaluer le traitement.
- *Échelle de phobie sociale de Liebowitz* : l'objectif est ici de bénéficier d'une aide au diagnostic, et d'évaluer le traitement.
- *Inventaire de dépression de Beck (21 items)* : cet inventaire permet d'évaluer l'intensité de la dépression.

Mesures à intervalles rapprochés

Ces mesures sont réalisées de manière hebdomadaire par l'évaluation de la gêne vocale ressentie pour deux situations-cibles (gêne cotée de 0 à 8) :

- donner un cours ;
- relation individuelle avec une personne détenant une certaine autorité (notamment les directeurs d'établissement et autres clients).

Thérapie

Hypothèses de travail

Monsieur M. présente une fragilité laryngée et entend sa voix se modifier en fonction de son état émotionnel. Il semble avoir perdu une partie de sa capacité à la contrôler afin de dissimuler son émotion. De par son trouble vocal, sa fragilité psychique est révélée au grand jour, et le patient s'en trouve pour le moins affecté.

Les difficultés se situent dans la relation à l'autre. Elles surgissent lorsque Monsieur M. est aux prises avec une situation qu'il estime sans issue – conflit insoluble, « impasse relationnelle » décrite par Sami Ali (1982) –, où l'impossibilité de rencontrer l'autre se traduit par « le retour d'un message digitalisé en mode analogique ».

De manière plus générale, il n'est pas rare de retrouver chez les patients présentant des troubles psychosomatiques une incapacité plus ou moins marquée à élaborer les conflits. Les sujets sont souvent bien adaptés – voire sur-adaptés –, mais tout se passe comme si le psychisme, saturé par l'intensité d'un conflit, faisait délibérément le choix de sacrifier une fonction somatique (en lien avec la fragilité biologique de l'individu, ici la voix) pour libérer de l'énergie.

Le but thérapeutique n'est alors pas de sortir le sujet de l'impasse, mais de dissoudre cette dernière grâce à une reformulation du problème et une réévaluation des solutions.

La thérapie aura donc pour objectif premier une certaine prise de conscience des situations dans lesquelles les difficultés apparaissent, ainsi que des émotions et des pensées qui leur sont associées.

Dans un second temps, un travail de restructuration cognitive est effectué.

Enfin, la prise en charge se termine par des exercices d'affirmation de soi (dans le but de permettre au patient d'acquérir des compétences sociales), avec jeux de rôle et expositions *in vivo*.

Objectifs thérapeutiques

Les objectifs de la thérapie fixés avec le patient sont les suivants :

- retrouver du plaisir à enseigner ;
- être à l'aise dans les relations individuelles avec ses clients.

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques cognitives avec instauration d'une restructuration cognitive par le biais :
 - d'une prise de conscience des pensées automatiques,
 - d'une modification des postulats anxigènes ;
- acquisition de compétences et d'habiletés sociales, avec développement du concept d'assertivité ;
- techniques d'affirmation de soi , avec élaboration de comportements adaptés à acquérir (verbaux ou non verbaux), de jeux de rôle et d'expositions *in vivo*.

Déroulement de la thérapie

Protocole

Un protocole de ligne de base unique est utilisé. Il comporte :

- phase A : séances 1 à 3, consacrées à l'évaluation (sans intervention thérapeutique) ;
- phase B : séances 4 à 18, représentant la phase thérapeutique proprement dite.

Planning des séances

Dix-huit séances individuelles sont effectuées de mai 2000 à janvier 2001, à raison d'un entretien hebdomadaire de quarante-cinq minutes avec maintien d'une certaine permanence du cadre (même jour, même heure chaque semaine). Chaque entretien est structuré de la manière suivante :

- accueil ;
- *feed-back* concernant la séance précédente (« Est-ce que ça a été utile pour vous ? ») ;

- agenda de séance, portant sur ce qui s'est passé au cours de la semaine et ce que l'on va traiter aujourd'hui ;
- revue des tâches à domicile ;
- thérapie proprement dite ;
- prescription de tâches à domicile ;
- résumé de la séance ;
- *feed-back* général, comprenant ce qui a plu et déplu au patient dans la relation thérapeutique (« Est-ce que j'ai dit quelque chose qui a été désagréable pour vous au cours de cette séance ? »).

Déroulement des séances

Séances 1 à 3 : ligne de base

Ces séances sont l'occasion d'insister sur les éléments suivants :

- l'anamnèse, comportant les antécédents personnels, familiaux, et l'histoire de la maladie ;
- le diagnostic ;
- l'analyse fonctionnelle (conceptualisation du cas) ;
- le remplissage des diverses échelles d'évaluation, et la réalisation des mesures à intervalles rapprochés permettant de constituer la ligne de base ;
- les informations délivrées au patient concernant les thérapies comportementales et cognitives ;
- le contrat thérapeutique, précisant les objectifs de la prise en charge et le déroulement des séances.

Au cours de ces premières séances, Monsieur M. parle de lui : il a le sentiment de porter un masque en permanence (dans le cadre de son travail, de ses diverses relations sociales, etc.). Il souligne qu'il se pose fréquemment la question suivante : « Qui suis-je réellement ? ». Il a une très forte conscience du temps qui passe, la vieillesse l'effraye, et cela l'affecte profondément. Il attend de la thérapie qu'elle lui permette de se référer à certains repères.

Ces révélations intimes sont entrecoupées de phases d'agressivité à notre égard – pas de manière directe, mais plutôt sur un mode paradoxal, ironique et provoquant –, comme si le patient s'en voulait de se laisser aller à trop en dire...

Séance 4 : début de la phase de traitement

Au cours de cette séance sont livrées diverses explications concernant l'ensemble des pathologies vocales : le larynx est un « organe cible » sur le plan affectif, très innervé, très réceptif. Une quelconque tension causée par un événement contrariant, une crainte, une appréhension, déséquilibre l'harmonie physiologique à l'origine de la voix. L'impact du système nerveux végétatif, intriqué à la distribution des nerfs laryngés, est certainement prédominant et décisif. Monsieur M. ne semble pas très intéressé par

ces précisions, ce d'autant qu'on lui a déjà expliqué maintes fois l'influence du psychisme sur ses maux d'estomac, ses crises de colite, etc.

Nous insistons sur l'importance de la statique générale – cela a déjà été fait par les différentes orthophonistes consultées –, de la détente et de la respiration dans la manière dont sont générés les mécanismes vocaux.

Le patient est d'accord pour constater qu'il souffre d'importantes tensions corporelles, notamment au niveau des épaules et du cou. « Face à un groupe difficile, je rentre la tête dans les épaules et je fais le gros dos, pour me protéger... », souligne-t-il.

Nous lui proposons dans un premier temps de focaliser les consultations sur la relaxation. Il semble approuver mais ne dit rien. Nous lui demandons alors de s'installer sur le fauteuil de relaxation, de fermer les yeux et de se laisser aller. Il paraît le faire de bonne grâce.

La séance ne dure pas plus de cinq minutes. Il se lève d'un bond, visiblement très mal, et lance : « Je ne peux pas tout lâcher ! J'ai 58 ans ! De toute façon, sur moi, ça ne marche pas, ces machins-là. Vos collègues s'y sont déjà risqués et s'y sont cassé les dents ! ».

Nous précisons à Monsieur M. que la relaxation est une option du processus thérapeutique, et en aucun cas une obligation. Si cette approche ne lui convient pas, une autre technique peut être utilisée.

Le patient poursuit cependant dans sa spirale négative : de toute façon, personne ne peut rien pour lui ; il ne souhaite pas remettre toute sa vie en question ; la seule chose dont il ait réellement besoin, c'est d'un outil immédiatement utilisable qui lui donne la certitude de pouvoir compter sur sa voix en toutes circonstances.

Cet échange est alors l'occasion de faire une première mise au point :

- depuis la première séance, nous avons le sentiment que Monsieur M. met en échec toutes les options thérapeutiques qui lui sont proposées ;
- nous ne disposons pas d'un outil qui permettrait d'accorder le larynx comme on accorde un piano ; si tel est le désir du patient, il s'est trompé de porte !
- nous resituons le cadre des thérapies cognitivo-comportementales dans l'ici et maintenant. Nous percevons bien la crainte du patient de voir toute sa vie remise en question. Ce n'est pas ce dont il est question ici : les problèmes concrets à résoudre ont été définis en collaboration avec lui, et nous nous y tiendrons. Par ailleurs, le nombre d'entretiens est limité dans le temps : un total de 15 à 20 séances a déjà été fixé ;
- nous demandons à Monsieur M. de réfléchir à sa demande au regard des éclaircissements que nous venons de lui fournir, et nous lui proposons d'en reparler dans une semaine.

Il est intéressant de noter la volonté du patient de garder le contrôle, le lâcher-prise représentant pour lui un danger extrême ; il apparaît ainsi qu'il s'est construit une sorte de carapace protectrice, de laquelle il ne souhaite pas s'extraire.

Séance 5

Monsieur M. se présente à cette séance dans de meilleures dispositions que lors des précédentes consultations. Il avoue qu'à la suite de notre dernier entretien, il a soudainement eu envie de fondre en larmes. Il se compare alors à un oignon, constitué de plusieurs couches : pour en atteindre le centre, il faudrait les enlever toutes, mais le patient ne le souhaite pas... Alors que faire ?

Nous lui confirmons avoir compris la nécessité, pour lui, de se protéger dans une sorte de bulle. Notre objectif ne sera, en aucun cas, de faire éclater cette bulle, mais seulement d'entrouvrir une porte pour qu'il puisse respirer. L'image lui plaît assez. Il souhaite à présent commencer la thérapie. Il semble plus authentique.

Nous proposons de nous intéresser à la fiche 3 colonnes de Beck qu'il lui a été demandé de remplir au cours de la semaine écoulée (tableau 7.1).

TABLEAU 7.1. Fiche 3 colonnes de Beck

Situations	Émotions	Pensées	Voix
<i>Mardi journée :</i> Cours à Lyon. Groupe de 25 personnes totalement réfractaires.	– Tensions physiques (épaules, nuque). – Visage « courtois ».	– Envie de faire demi-tour.	– Cassée (durant 3 h environ), puis élocution douloureuse.
<i>Mardi soir :</i> Réunion pédagogique à Valence.	– Toujours tendu (+ de 200 km de route)	– Mal à l'aise. – Impression de perdre mon temps.	– Je n'ai pas pris la parole.
<i>Mercredi :</i> Groupe de 12 personnes.	– À l'aise (aucun problème, sauf de canalisation des hors sujets).	– Bien dans mon rôle de formateur.	– Résidu douloureux qui s'estompe.
<i>Jeudi :</i> Groupe de 4 personnes.	– À l'aise. – Groupe très calme.	– Idem.	– Voix s'améliore encore.
<i>Vendredi matin :</i> Groupe de 12 personnes.	– Aucune émotion. – Très à l'aise.	– Idem.	– Aucun problème.
<i>Vendredi après-midi :</i> Groupe de 12 personnes.	– Mauvais accueil. – À l'aise malgré tout.	– Idem.	– Aucun problème.
<i>Samedi :</i> Participation à une journée « portes ouvertes ».	– Grande convivialité. – Aucun stress. – Bien.	– Idem.	– Aucun problème.

Monsieur M. souligne que le remplissage de cette fiche l'a aidé à prendre conscience de ses difficultés : il avoue n'avoir plus aucun doute sur l'origine de ses troubles.

Cette fiche appelle plusieurs remarques :

- la durée du temps de parole n'est pas responsable des troubles vocaux (Monsieur M. a animé des groupes de formation chaque jour et a eu, en début de semaine, des problèmes vocaux qui se sont rapidement résorbés alors que la voix était très sollicitée) ;
- on note un lien direct entre émotions, pensées et voix.

Ce n'est pas la situation en elle-même qui provoque la dysphonie (exemple du vendredi après-midi), mais bien la manière dont le patient appréhende cette situation.

S'il se sent mal à l'aise dans une situation donnée ou face à un interlocuteur, la voix se casse (comme la relation ? ou l'envie qu'il aurait, sans oser le formuler, de casser cette relation ? L'élocution devient douloureuse : qu'est-ce qui lui fait mal ?).

Une question se pose alors : « Mardi et vendredi après-midi, vous aviez deux groupes difficiles. Vous ne les avez pas appréhendés de la même manière. Qu'est-ce que vous vous êtes dit à propos du groupe de mardi ? ». Il est proposé au patient de remplir une fiche 5 colonnes pour ce qui concerne ce point (tableau 7.2).

TABLEAU 7.2. Fiche 5 colonnes remplie à l'occasion d'une situation ayant entraîné d'importantes tensions

Situation-problème	Émotions	Pensées automatiques	Réponse rationnelle	Résultat
Formation d'un groupe totalement réfractaire.	– Angoisse. – Envie de pleurer. – Tension physique.	Je n'aime pas l'image qu'ils me renvoient : ils sont jeunes, ils ne changent pas, ils sont toujours les mêmes, et moi j'ai bientôt 59 ans. Je ressemble à un vieux croûton.	– Les élèves arrivent en cours avec leur histoire personnelle et leur vécu de la journée. – En classe, les rôles sont clairement définis : le prof (l'adulte, le substitut des parents, l'autorité) et les élèves (« les enfants »). – Les élèves peuvent régler en cours certains de leurs conflits personnels : les agressions que subit le prof ne lui sont pas directement destinées ; elles peuvent être adressées	Niveau de croyance concernant les pensées automatiques : 4/8

TABLEAU 7.2 Fiche 5 colonnes remplie à l'occasion d'une situation ayant entraîné d'importantes tensions (suite)

Situation-problème	Émotions	Pensées automatiques	Réponse rationnelle	Résultat
			aux parents ou à la société en général. – Dans l'ensemble, les relations sont plutôt sympas avec mes élèves. J'ai la réputation d'être un bon prof. – Si je regarde en arrière, je ne me suis finalement pas mal débrouillé.	
		Niveau de croyance : 8/8	Niveau de croyance : 7/8	

Le remplissage de cette fiche est l'occasion pour Monsieur M. d'aborder certains détails très personnels de son histoire : « Les élèves m'attaquent sur mon physique : mon début de calvitie, mes rides, mon âge, etc. Je ressens alors une sorte de bouffée de chaleur, d'angoisse ; je rougis et je réponds souvent de manière agressive. Je crois que j'ai bâti mes relations sur la séduction. Tout s'écroule aujourd'hui car j'ai perdu mon pouvoir de séduction. Je ne suis plus qu'un vieux croûton. En fait, je ne supporte pas que l'on me contre, que l'on me déstabilise. Je ne sais pas gérer l'agressivité des autres. Elle m'atteint au plus profond de moi et je me désintègre de l'intérieur. Je suis comme ma mère. Elle vivait mal l'agressivité et les contraintes. C'est pour cela qu'elle a coupé les ponts avec tous les membres de sa famille...

Il y a quelques années, j'adoptais un comportement de fuite ou de séduction. Aujourd'hui, lorsqu'on m'attaque sur ma vieillesse, cela me plonge dans un profond désarroi et je suis très malheureux. J'ai envie, à mon tour, de ridiculiser la personne qui se trouve en face de moi. J'ai une montée de violence, et je l'agresse verbalement ».

Monsieur M. évoque une altercation survenue avec une élève de BTS. Cette dernière l'a selon ses dires « taquiné » en peine classe, se moquant de sa calvitie naissante (« M'sieur, vous ressemblez à Yoda, de *La Guerre des étoiles*, avec vos cheveux qui s'barrent ! »). Il la décrit comme une jeune fille mignonne et assez sûre d'elle. Blessé dans son orgueil, il a alors éprouvé le besoin de lui faire mal à son tour, et lui a répondu sur un mode cynique en se moquant de son physique à elle, notamment de sa poitrine menue. « C'est sorti tout seul... Je peux vous dire que je n'étais pas fier de moi ensuite. » Il a profité de la pause pour lui présenter des excuses, et l'élève, ayant compris qu'elle aussi était allée trop loin, s'est excusée à son tour.

Cette scène est reprise en jeu de rôle afin d'envisager les autres possibilités de réplique qui auraient pu s'offrir au patient. Par exemple : « En quoi le fait que je perde mes cheveux est-il si important pour la suite du cours ? ».

Nous abordons en conclusion deux notions importantes :

- la nécessaire distinction qui existe entre un sujet et son comportement : on peut critiquer ou refuser un comportement ; en aucun cas on n'a le droit d'attaquer le sujet dans son intégrité ;
- on n'aborde jamais une relation de manière totalement neutre : chacun des protagonistes arrive avec son histoire personnelle. La jeune fille réglait peut-être, à travers le patient – qui incarne une figure d'autorité –, des comptes avec son propre père. Prendre conscience d'une telle dynamique permet de relativiser les attaques.

Monsieur M. ajoute qu'il note une certaine discordance entre ce qu'il éprouve (il lui arrive de se surprendre à penser : « Qu'est-ce que je vais faire lorsque je serai grand ? ») et l'image qu'il donne (et qu'il contemple dans le miroir, ou que parfois ses stagiaires lui renvoient : ses rides, son début de calvitie, etc.). Nous émettons l'hypothèse que ce n'est peut-être pas d'une image extérieure dont il est question, mais plutôt de ce qu'il pense à propos de cette image...

Tâches à domicile

- Noter les situations-problèmes.
- S'interroger sur ce qui fait qu'une jeune fille, en plein cours, a pu s'autoriser à agresser un prof sur son physique.

Séance 6

Monsieur M. a beaucoup réfléchi depuis l'entretien précédent. Il se rend compte que si ses élèves s'autorisent à lui dire certaines choses désagréables, c'est parce qu'il se la joue « trop copain » selon ses dires. Il essaie de s'attirer la sympathie de ces derniers (attitude séductrice), mais ne sait pas susciter leur respect. Il se place au même niveau qu'eux, sans différence de génération. « J'ai pris conscience que les jeunes attendent de ma part plus d'autorité, plus de limites. Finalement, je ne dois pas les rassurer... Peut-être même que je les déstabilise autant qu'eux me déstabilisent. » Il étend cette prise de conscience au mode éducatif concernant ses propres enfants.

Les situations-problèmes repérées sont :

- formation d'un groupe de sujets en recherche d'emploi non motivés. Attitude critique de la part du patient ;
- intervention au sein d'un centre de formation à la tête duquel se trouve un couple qualifié par Monsieur M. de pervers. Ce dernier est mal à l'aise, il a le sentiment de ne pas être respecté.

Situation 1

Une restructuration cognitive est entreprise, en utilisant la technique de la flèche descendante :

Les personnes du groupe dénigrent tout ce que je leur propose pour ce qui concerne les techniques de recherche d'emploi.

↓

Elles vont noter leur mécontentement dans les évaluations concernant mon cours.

↓

Le client ne va pas apprécier.

↓

Mon contrat ne va pas être renouvelé.

Le postulat suivant est alors isolé : « Si les stagiaires me critiquent, mon contrat ne va pas être renouvelé ».

Ce postulat est ensuite discuté à l'aide de la fiche présentée ci-après (tableau 7.3).

TABLEAU 7.3. Fiche de modification du postulat : « Si les stagiaires me critiquent, mon contrat ne va pas être renouvelé »

Croyance en ce postulat avant : 80 %	
Arguments pour	Arguments contre
– Le client tient à ce que les stagiaires soient satisfaits.	– Tous les formateurs craignent ce type de public : ce sont des chômeurs de longue durée, blasés de tout ce que l'on peut leur apporter. – Ce n'est pas après moi qu'ils en ont, mais après la société tout entière. – Les organismes ont du mal à garder des formateurs qui acceptent de travailler avec ce type de public.
Croyance en ce postulat après : 20 %	

Situation 2

Une restructuration cognitive est entreprise, en utilisant la technique de la flèche descendante :

Je suis très mal chaque fois que je donne des cours dans cet établissement.

↓

Je ne peux pas quitter ce poste, ce serait une grosse perte financière pour moi.

↓

Je ne peux pas rester, je ne me respecterais pas

↓

Il n'y a pas de solution.

Le postulat suivant est alors isolé : « Je suis impuissant dans cette situation ». Ce postulat est ensuite discuté à l'aide de la fiche présentée ci-après (tableau 7.4).

TABLEAU 7.4. Fiche de modification du postulat : « Je suis impuissant dans cette situation »

Croyance en ce postulat avant : 100 %	
Arguments pour	Arguments contre
– J'éprouve à la fois le besoin de gagner de l'argent et le désir de me respecter. – C'est incompatible avec la situation.	– Peut-être qu'il y aurait une solution intermédiaire : rester à mon poste en travaillant sur l'affirmation de soi et sur la manière de me faire respecter.
Croyance en ce postulat après : 40 %	

Nous proposons alors à Monsieur M. d'axer nos prochaines séances sur l'acquisition de compétences et d'habiletés sociales.

Séances 7 à 11

Ces séances sont dédiées à l'acquisition de compétences et d'habiletés sociales. Nous abordons ainsi :

- la définition des trois types de comportement : assertif, inhibé ou passif-agressif ;
- les sept messages principaux à intégrer :
 - être respecté par les autres tout en les respectant,
 - affirmer ses droits,
 - oser s'affronter aux autres,
 - garder une image positive de soi tout en acceptant la contradiction, la critique ou le refus,
 - accepter de ne pas être aimé toujours par tous,
 - parvenir à vaincre la dépression,
 - persévérer dans l'affirmation malgré les échecs ;
- le comportement non verbal ;
- l'expression d'une demande ou d'un refus ;
- la manière de faire un compliment, le fait d'accepter ou de refuser un compliment ;
- la manière de faire une critique, la manière de répondre à la critique (en insistant plus particulièrement sur ce point) ;
- la manière d'entrer en contact avec l'autre : développer une conversation et maintenir une conversation ;
- la résolution des conflits (en insistant sur ce point-là également) par des exercices de mise en pratique et des jeux de rôle à partir de situations amenées par Monsieur M.

Séance 12

Monsieur M. signale une nette amélioration de sa voix. Il n'a plus été confronté à un seul épisode d'aphonie depuis le début de nos séances. Quant à sa dysphonie, il trouve que sa voix « lui fait moins souvent défaut ».

Nous lui proposons de réfléchir sur la place de sa voix par rapport à sa problématique générale. Voici ce qu'il en dit :

- sa voix part quand lui voudrait partir mais ne le peut pas ;
- elle se casse quand il voudrait rompre la relation mais n'en a pas la possibilité ;
- elle n'est plus stable quand il est déstabilisé ;
- elle s'exprime essentiellement dans les situations qui lui paraissent sans issue.
- En fait, sa voix « parle pour lui » : elle dit tout haut (en empêchant le patient de s'exprimer) ce qu'il pense tout bas. Elle lui est, finalement, très fidèle.

Tâches à domicile :

Repérer les situations qui posent encore problème.

Séance 13

Monsieur M. fait part d'une situation qui lui semble encore très difficile à gérer : les reproches émis à son égard par un directeur d'établissement.

Il est alors proposé au patient de remplir une fiche de modification des pensées automatiques (tableau 7.5).

TABLEAU 7.5. Fiche de modification des pensées automatiques

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Cognitions négatives	Qu'est-ce qui me fait penser cela ?	Pensées alternatives
Un directeur d'établissement me fait des reproches	– Envie de pleurer dans un premier temps. – Envie de violence dans un deuxième temps. – Se sent déstabilisé.	– Il n'est pas satisfait de moi, il me remet en question. – Je dois me justifier, parler de résultats, de pourcentages, de taux de réussite au BTS.	– Il n'a pas le droit de me juger. – Il me détruit.	– Ma mère ne supportait pas l'agressivité des autres. Elle préférerait rompre les relations. – Mon père fuyait ma mère chaque fois qu'il le pouvait. – Il ne sait pas par où je suis passé pour en arriver là. - Je me suis battu. - Personne n'a le droit de m'enlever cela.	– Ce n'est pas sur moi qu'il porte un jugement, mais sur mon enseignement. – Il s'assure seulement que le cours correspond bien aux besoins des élèves. – Il est inquiet pour son école, dont l'avenir dépend beaucoup des résultats au BTS. Il a besoin d'être rassuré.

La manière de répondre à la critique est abordée en jeux de rôle.

Monsieur M. souligne qu'il est très satisfait des diverses séances : « C'est la première fois que je rencontre un psy avec lequel j'avance, et qui me propose quelque chose de concret ! ».

Séance 14

Monsieur M. débute cette séance en disant qu'il ne comprend pas ses réactions. En effet, il souhaitait depuis longtemps travailler avec les chambres de commerce de plusieurs grandes villes. Deux d'entre elles se sont manifestées pour lui proposer des heures de formation, et cela ne lui a pas fait plus plaisir que ça. « J'aurais dû sauter de joie ! » ajoute-t-il.

Nous lui demandons d'identifier ses cognitions à propos de la situation. Réponse : « Je suis un bouche-trou ». En effet, c'est à la suite du désistement d'un formateur qu'il a été contacté. Pensée alternative : « Je sais saisir les opportunités ».

Nous demandons alors à Monsieur M. de décrire ses moments de plaisir habituels. Réponse spontanée : « Aucun ! » – réponse en lien avec une certaine anhédonie ?

- « Qu'est-ce qui vous fait vivre ? »
- « L'habitude. »

Puis, il ajoute rapidement :

- « Écouter de la musique baroque en concert ou chez moi, au casque ; collectionner divers objets anciens : cartes postales, calendriers des postes, etc. ».

Nous incitons le patient à poursuivre. Il explique qu'il collectionne les cartes de TGV : « Ça m'a toujours étonné, vu que je n'aime pas le train. Je fais même partie d'un club, mais ça ne m'intéresse plus. Je n'y vais jamais » (paradoxe).

Il parle également de sa collection de calendriers : « Je voudrais avoir le siècle complet ». Il poursuit en évoquant son anxiété en lien avec le temps qui passe. « Ce qui est difficile, c'est entre le début (la naissance) et la fin (la mort). » Nous nous autorisons alors à lui dire que ce qui semble le plus difficile à accepter est de mourir sans avoir vécu, un peu comme quitter la table sans avoir mangé à sa faim.

Nous échangeons autour des deux paramètres essentiels de toute vie humaine, le temps et l'espace, et sur le fait que ses deux collections illustrent bien ses difficultés à se situer et dans l'un et dans l'autre.

Monsieur M. semble captivé par notre entretien qui, dit-il, lui permet de faire des liens, et il conclut avec ces mots : « Décidément, j'ai bien fait de vous rencontrer ! » (il s'agit d'un patient très valorisant sur plan narcissique pour le thérapeute, quoiqu'il joue sur son terrain favori : la séduction).

Séance 15

En arrivant, Monsieur M. souligne que la séance précédente a été à l'origine de certaines associations d'idées, et lui a permis d'évoquer divers souvenirs.

Il évoque les difficultés qu'il a à effectuer un achat pour lui (aucun problème s'il s'agit d'offrir quelque chose à son épouse ou à une autre personne). Ainsi, lorsqu'il doit s'acheter des vêtements, cela crée chez lui une angoisse insoutenable qui fait qu'il retarde le plus possible le moment fatidique (le patient explique alors combien cela le blesse lorsqu'une stagiaire lui fait une remarque sur sa tenue vestimentaire ou sur le fait qu'il porte toujours le même pantalon : « Elle n'a aucune idée du mal qu'elle me fait en disant cela »).

Au-delà d'une minute dans une boutique, cela devient insupportable. Les magasins déclenchent ce que Monsieur M. appelle des « bouffées d'angoisse ». Il se souvient avoir dû en quitter un précipitamment et s'être retrouvé en larmes dans la rue.

Identification des pensées automatiques

- Je n'aime pas dépenser de l'argent pour moi.
- J'éprouve une angoisse terrible à l'idée de me tromper dans mon choix. Je n'ai aucune confiance en mon propre jugement.

Cognitions

Le patient fait un lien avec ce qu'il a vécu dans son enfance. Il allait dans les magasins de vêtements avec sa mère et son frère, mais cette dernière ne s'achetait jamais rien pour elle, privilégiant toujours ses enfants. « On était dans une telle détresse financière que ce qu'elle avait les moyens de nous offrir était toujours démodé. »

Monsieur M. se sentait très coupable vis-à-vis de sa mère, qui insistait beaucoup sur le fait qu'elle faisait tout pour ses enfants et rien pour elle-même.

Pensées alternatives

- Je travaille durement pour gagner de l'argent.
- J'ai le droit de le dépenser comme bon me semble.
- Je peux dépenser de l'argent pour moi. Je le vauds bien.

Séance 16

Monsieur M. trouve que sa voix est à présent « libérée ». « Je m'autorise même à faire, dans ma voiture, les exercices d'échauffement vocal indiqués par l'orthophoniste. »

Un jeu de rôle est entrepris à partir d'une situation récente : un stagiaire lui demande, en début de formation, que le tutoiement soit adopté entre tous, « vu qu'on va quasiment se déshabiller devant vous ». Monsieur M. s'est senti très agressé par cette réflexion.

Séance 17

Monsieur M. appréhende la rencontre avec un nouveau groupe de stagiaires. Il s'agit d'un groupe de vingt-deux femmes en recherche d'emploi. On lui a dit qu'elles étaient toutes en grande difficulté affective et professionnelle.

Identification des pensées automatiques

- « Elles ont déjà eu des tas et des tas de formations comme celle-ci. Elles ont tout essayé, et elles sont toujours sur le carreau. Qu'est-ce que vous voulez que je leur apporte ? »
- « Vous voulez dire que leur apporter des techniques pour trouver un emploi ne leur servirait à rien ? »
- « J'en suis persuadé ! »
- « Comment pourriez-vous vous y prendre autrement ? Elles vivent une situation d'échec douloureuse. Dans quel domaine sont-elles performantes ? »
- « À part dans le fait de ne pas trouver d'emploi, je ne vois pas. » (Le ton est alors ironique.)
- « Vous avez raison, c'est une chose qu'elles savent faire. Est-ce que vous ne pourriez pas partir de là ? »
- « Oui, c'est ça ! Je vais leur demander de me parler de ce qui n'a pas marché dans leurs précédentes recherches d'emploi. Je pourrai ensuite les faire réfléchir ensemble à comment il aurait été possible de faire autrement. »

Pensée alternative

- J'ai quelque chose à apporter à ces femmes en recherche d'emploi.
La séance se termine par des jeux de rôle mettant en scène cette situation.

Séance 18

Monsieur M. démarre la séance en soulignant qu'il a de nombreuses bonnes nouvelles à annoncer :

- il a refusé le contrat d'une chambre de commerce avec laquelle il travaillait depuis 1981, et ce pour trois raisons : un salaire insuffisant ; une surcharge de travail (« je me donne le droit d'avoir du temps pour moi ») ; une absence de désir (« je n'ai plus envie de me forcer »). Selon ses dires, il a enfin réussi « à couper le cordon » ;
- il a annulé de sa propre initiative une demi-journée de cours dans la fameuse école où il se sent si mal à l'aise. « Cela m'a coûté 190 euros, mais quel plaisir j'ai eu à savourer ce temps heure par heure en me répétant : 45 euros, 90 euros... Je me suis dit que je valais bien ça ! » ;
- il a décidé d'écrire un livre sur sa famille – fonction de lien par rapport aux innombrables ruptures ? Sa femme n'y est pas très favorable. « Mieux vaut enterrer ces vieilles histoires », lui a-t-elle conseillé.

Monsieur M. décide qu’il est temps de mettre un terme à ces séances, qui avaient pour objectif de traiter sa dysphonie : sa voix se porte selon ses dires parfaitement bien à présent.

Il souhaite maintenant se concentrer sur ses relations familiales, et notamment aborder les raisons de la rupture du contact avec sa fille.

Nous lui proposons de terminer cette première étape de la thérapie par les échelles d’évaluation.

Résultats

Mesures à intervalles espacés

Le Questionnaire des peurs (Marks et Mathews) permet de mettre en évidence une évolution favorable (tableau 7.6).

TABLEAU 7.6. Questionnaires des peurs

	Pré-test	Post-test
Agoraphobie	10	8
Phobie du sang et des blessures	9	8
Phobie sociale	28	17
Anxiété-dépression	20	11
Gêne liée au comportement phobique (0-8)	6	2

L’Échelle de phobie sociale de Liebowitz est reportée dans le tableau 7.7.

TABLEAU 7.7. Échelle de phobie sociale de Liebowitz

	Pré-test		Post-test	
	Anxiété	Évitement	Anxiété	Évitement
Score total	89		60	
	47	42	34	26
Interaction sociale	21	19	15	11
Performance	26	23	19	15
	Phobie sociale sévère		Phobie sociale modérée	

L’Échelle de Beck (21 items) met en évidence une évolution favorable (tableau 7.8).

TABLEAU 7.8. Échelle de Beck

Pré-test	Post-test
19	10
Dépression modérée	Dépression légère

Mesures à intervalles rapprochés

L'évaluation de la gêne vocale ressentie pour deux situations cibles est reportée sur la [figure 7.2](#).

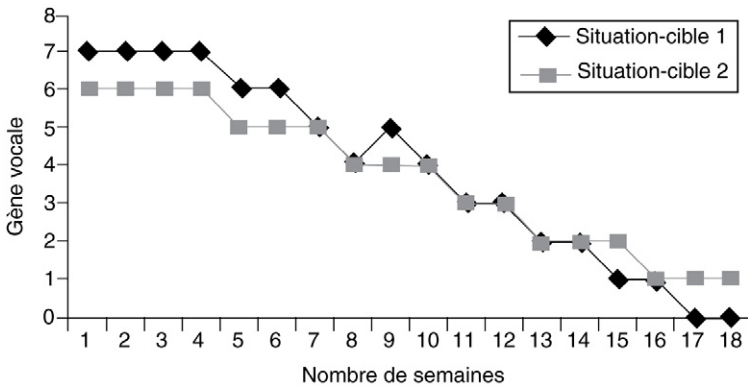


FIGURE 7.2. Évaluation de la gêne vocale dans deux situations-cibles, cotée de 0 à 8.

Discussion

À la lumière des résultats présentés ci-avant, nous pouvons noter que le traitement s'avère concluant pour Monsieur M.

La thérapie comportementale et cognitive permet de réduire les symptômes de l'axe I mesurés par les différentes échelles utilisées.

La gêne vocale évaluée par le patient lors de la constitution de la ligne de base est significativement plus importante que lors de la phase de post-test. Nous pouvons donc penser que les résultats obtenus sont directement liés à la technique thérapeutique utilisée.

Monsieur M. se sent mieux. La thérapie lui permet non seulement de retrouver une voix performante, mais également de prendre conscience de ses pensées dysfonctionnelles et d'acquérir des compétences sociales.

Il peut désormais s'affirmer davantage, notamment par une meilleure résolution des conflits, essentiellement dans le cadre de son milieu professionnel.

On note par ailleurs une généralisation des acquis : la thérapie a une incidence favorable sur les perturbations thymiques.

Enfin, nous voyons émerger chez le patient les schémas suivants :

- ayant trait à l'estime de soi : schéma « sentiment d'imperfection » (autodépréciation, vulnérabilité dans les relations affectives, hypersensibilité) ;
- ayant trait aux relations interpersonnelles : schéma « sentiment d'exclusion » (sentiment de solitude, peur d'être jugé inadéquat) ;
- ayant trait à l'expression de soi : schéma « exigences élevées » (difficultés à se détendre et à jouir de la vie, symptômes physiques de stress).

SYNTHÈSE

Les résultats de la thérapie sont satisfaisants, surtout au regard des troubles importants de la personnalité et de la difficulté initiale du patient à s'investir dans une relation s'inscrivant dans la durée.

Monsieur M. souhaite maintenant s'interroger sur ses relations familiales difficiles, à l'origine d'une souffrance importante. Il vit l'histoire de sa famille comme une succession de ruptures qui s'inscrivent dans la répétition.

Nous espérons que la suite de la thérapie verra émerger de nouvelles solutions, plus conformes à ses désirs profonds.

Peut-être notre travail se poursuivra-t-il ensuite par la modification des schémas centraux sur l'axe II, profondément ancrés chez notre patient et très invalidants (thérapie cognitive centrée sur l'estime et l'image de soi).

CHAPITRE 8

Suivi d'une patiente au cours d'un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi

Présentation du cas clinique

Il s'agit ici de relater une expérience d'animation d'un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi. Deux thérapeutes animent ce groupe fermé, c'est-à-dire toujours constitué des mêmes participants (six femmes et deux hommes, dont la moyenne d'âge est de trente-neuf ans), réunis chaque semaine pour une séance de deux heures.

Plusieurs objectifs sont fixés, avec en priorité celui d'évaluer de manière objective les difficultés rencontrées par chaque patient dans le cadre des interactions sociales.

Il semble également important d'augmenter la fréquence et d'enrichir de manière générale le contenu des comportements sociaux adaptés qui existent déjà dans le répertoire des sujets. L'intérêt est donc d'améliorer globalement l'aisance relationnelle de chacun au moyen de la dynamique de groupe.

Enfin, il apparaît nécessaire d'aider les participants à identifier leurs pensées irrationnelles au travers d'une approche cognitive, et de leur proposer un travail de gestion du stress social.

Quatre questionnaires sont utilisés dans le but d'évaluer les patients aux première, sixième et dernière séances de groupe :

- *Questionnaire des peurs* (Marks et Mathews, 1979 ; traduction de Cottraux et coll., 1985) ;
- *l'Échelle d'affirmation de soi* (Rathus Assertiveness Schedule, 1973 ; traduction de Cottraux, 1979) ;
- *l'Inventaire d'estime de soi sociale* (Crash, Lawson et Marshall) ;
- *l'Inventaire abrégé de dépression de Beck à 13 items* (Beck, 1972 ; traduction de Pichot, 1977).

Nous développerons plus particulièrement le cas de Madame A., qui présente une phobie sociale.

Évaluations

Échelle d'affirmation de soi

Les résultats sont reportés dans le [tableau 8.1](#).

TABLEAU 8.1. Échelle d'affirmation de soi

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.	1	– 1	– 2
Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter des rendez-vous.	2	1	1
Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.	– 1	1	1
Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même lorsque je sens que l'on m'a blessé(e).	2	1	1
Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire non.	2	2	2
Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.	– 2	– 2	– 2
Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.	1	2	2
Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.	2	2	2
À vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.	2	– 1	– 2
J'ai du mal à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.	1	1	2
Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.	2	1	– 1

TABLEAU 8.1. Échelle d'affirmation de soi (suite)

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.	- 3	- 3	- 3
Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel.	2	1	1
Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.	- 3	- 3	- 3
Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.	1	- 1	- 1
Il m'est arrivé de poser des questions par peur de paraître stupide.	3	2	1
Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps.	- 2	- 2	- 2
Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.	1	2	2
J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.	- 1	- 2	- 2
Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres.	- 2	- 1	1
Je suis ouvert(e) et franc(he) au sujet de mes sentiments.	- 2	- 1	- 1
Si quelqu'un a répandu des histoires fausses et de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication.	- 1	1	1
J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire non.	2	1	- 1
J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.	2	2	1
Je me plains lorsque le service est mal fait dans un restaurant ou ailleurs.	1	2	2
Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment.	2	1	- 1

TABLEAU 8.1. Échelle d'affirmation de soi (suite)

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
Au cinéma, au théâtre ou lors d'une conférence, si un couple très près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part.	1	1	2
Quiconque cherche à passer devant moi dans une queue risque une bonne explication.	1	1	2
Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.	- 2	- 2	- 1
Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.	1	- 1	- 1
Total	- 17	9	24

Inventaire d'estime de soi sociale

Les résultats montrent une évolution favorable (tableau 8.2).

TABLEAU 8.2. Inventaire d'estime de soi sociale

	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
Total	96	114	128

Questionnaire des peurs

Les résultats obtenus figurent dans le tableau 8.3.

TABLEAU 8.3. Questionnaire des peurs

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
Principale phobie.	6	4	2
Injections et interventions chirurgicales minimales.	2	2	2
Manger et boire avec les autres.	2	1	0
Aller dans les hôpitaux.	0	0	0
Faire seul(e) les trajets en bus ou en car.	0	0	0
Se promener seul(e) dans les rues où il y a foule.	1	1	1
Être regardé(e) ou dévisagé(e).	3	2	2

TABLEAU 8.3. Questionnaire des peurs (suite)

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
Aller dans des magasins remplis de monde.	1	1	1
Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité.	3	2	1
Voir du sang.	0	0	0
Être critiqué(e).	4	2	2
Partir seul(e) loin de chez vous.	0	0	0
Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade.	2	1	1
Parler ou agir en public.	6	4	2
Les grands espaces vides.	0	0	0
Aller chez le dentiste.	2	2	2
Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez.	6	4	2
Sentiment d'être malheureux (se) ou déprimé(e).	2	1	0
Sentiment d'être irritable ou en colère.	4	2	1
Se sentir tendu(e) ou paniqué(e).	3	2	1
Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes.	4	3	2
Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges.	0	0	0
Autres sentiments pénibles.	3	0	0
Total Phobie	38	26	18
Sous-total Phobie	27	18	14
Agoraphobie	2	2	2
Phobie du sang	6	5	5
Phobie sociale	18	11	7
Anxiété-dépression	16	8	4
Sous-total anxiété-dépression	12	8	4
Total Gêne	4	2	1

Inventaire abrégé de dépression de Beck à 13 items

On constate une évolution favorable entre la première (dépression légère) et la troisième évaluation où l'on ne retrouve pas de dépression (tableau 8.4).

TABLEAU 8.4. Inventaire abrégé de dépression de Beck

Item	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3
Tristesse	1	1	0
Pessimisme	1	0	0
Échec personnel	1	0	0
Insatisfaction	1	1	1
Culpabilité	0	0	0
Dégoût de soi	1	1	0
Tendances suicidaires	0	0	0
Retrait social	0	0	0
Indécision	0	0	0
Modification négative de l'image de soi	1	0	0
Difficulté au travail	1	0	0
Fatigabilité	0	0	0
Anorexie	0	0	0
Total	7	4	1
	Dépression légère	Dépression légère	Pas de dépression

Thérapie

Séance 1

Nous débutons cette séance par le « jeu du journaliste », qui consiste à présenter son voisin au groupe après lui avoir posé quelques questions. Ainsi, chaque participant présente quelqu'un, et est lui-même présenté. Nous discutons ensuite de ce jeu et introduisons la notion de « *feed-back* positif », essentielle pour tous les jeux de rôle. Nous commentons ainsi le jeu de manière positive et constructive, en essayant d'amener les membres du groupe à faire de même.

Cette première séance vise à développer le sens de l'écoute, de l'observation et du *feed-back*.

Nous définissons ensuite tous ensemble des règles de fonctionnement afin de favoriser la cohésion du groupe :

- jours, horaires, lieu : tous les mercredis de quatorze à seize heures ;
- nombre de séances : dix ;
- groupe fermé, avec les mêmes participants du début à la fin ;
- engagement pour toute la durée du travail ;

- les retards de moins de dix minutes sont tolérés ;
- les participants se tutoieront.

Dans un deuxième temps, nous évoquons l'organisation pratique du groupe, en expliquant que chaque séance sera composée d'une partie théorique et d'une partie pratique, et qu'il y aura des consignes pour la séance suivante.

Puis nous abordons les généralités concernant l'affirmation de soi : après avoir exposé la structure et l'objectif de la thérapie, nous définissons et comparons les différents types de comportement, passif, agressif ou assertif (tableau 8.5). Nous allons faire dans ce groupe l'apprentissage du comportement assertif, car il s'agit d'une conduite qui permet au sujet de respecter ses droits, ses besoins, ses sentiments, tout en respectant ceux des autres. Il communique de manière claire et appropriée, ce qui suscite chez lui et les autres des sentiments positifs et libérateurs.

TABLEAU 8.5. Les divers types de comportement

	Passif	Agressif	Assertif
Respect de soi	0	++	+
Respect d'autrui	+	0	+
Qualité de la communication	Peu claire	Claire Inadéquade	Claire Appropriée
Efficacité du comportement pour atteindre le but fixé	Peu ou pas efficace	Cela dépend de l'autre	Efficace
Sentiment qui en résulte chez autrui	Malaise Énervement Agacement Rejet	Agacement Rejet	Libération

Après nous être assurés de la bonne compréhension de notre exposé, nous proposons de faire un jeu de rôle concernant ces différents comportements.

Comme personne ne propose d'idée, nous servons de modèle en jouant un sujet agressif qui accuse à tort un sujet passif d'avoir abîmé sa voiture.

Une discussion animée suit le jeu de rôle, et souligne l'intérêt de chacun pour l'apprentissage du comportement assertif.

Madame A. et un autre participant sont encouragés à refaire le même jeu de rôle, mettant cette fois en scène un individu agressif face à un individu assertif.

Lors d'une première entrevue, nous avons expliqué les bases du modèle à Madame A., en lui exposant la structure et le style de la thérapie. Nous avons résumé ensemble ses problèmes :

- présence de difficultés concernant le fait de dire non à sa famille ou à ses amis. La patiente a souvent le sentiment d'être utilisée, de ne jamais faire ce dont elle a envie ;
- un blocage total concernant le fait de parler à son mari de ses désirs sexuels est noté, bien que la patiente n'éprouve plus de plaisir depuis plusieurs années.

Les consignes pour la séance suivante sont les suivantes :

- repérez dans votre entourage les différents types de comportement ;
- relevez deux exemples de conduite assertive, agressive et passive quand vous serez en interaction avec quelqu'un.

Séance 2

Une revue des consignes données à la séance précédente est effectuée, puis nous proposons un retour sur les notions déjà développées.

La partie théorique de cette séance sera concentrée sur la problématique de la communication verbale, schématisée par un dessin (fig. 8.1). Nous enchaînons avec une discussion concernant les filtres qui existent lors de toute communication.

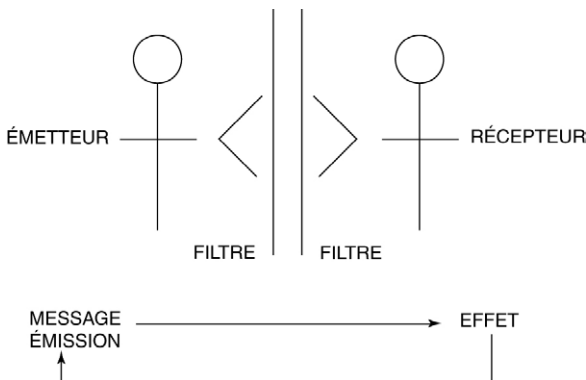


FIGURE 8.1. La communication verbale.

Pour l'étude de l'émission du message, nous insistons beaucoup sur le langage, avec l'emploi du « je » (« Je suis peiné par tes propos »), plutôt que l'utilisation du « tu » (« Tu me fais de la peine »), un jugement de valeur étant porté dans ce dernier cas. Le langage positif est

également favorisé (« J'aimerais que nous trouvions une solution » plutôt que « Tu m'énerves avec tes problèmes »).

Pour ce qui concerne la bonne réception du message, nous définissons l'écoute passive et l'écoute active. Nous discutons des différences éventuelles entre l'intention de départ et l'effet produit, ce qui nous permet de mieux expliquer l'intérêt de la reformulation pour vérifier le contenu du message saisi et l'expression correcte des sentiments ou des idées.

Les composantes non verbales sont également abordées (tableau 8.6).

TABLEAU 8.6. Composantes non verbales dans les différents types de comportement

	Passif	Agressif	Assertif
Contact visuel	Fuyant Évasif	Intrusif	Soutenu
Mimique	En miroir Trop ou pas assez expressive Inadaptée	Sévère Revêche	Adaptée
Gestuelle	Pauvre Mal adaptée	Accusatrice Rigide Hostile Tendue	Adaptée
Voix	Monocorde Basse, lente	Sarcastique Forte, accélérée Aiguë	Modulée Adaptée
Posture	Effacée Contractée Repli sur soi	Tonique Menaçante	Décontractée Adaptée
Distance inter-personnelle	Importante	Proche	Adaptée

Les situations proposées pour les jeux de rôle restent cependant très générales, et nous essayons de favoriser les situations plus personnelles. Dans cette optique, Madame A. souhaite jouer le rôle d'une épouse qui propose à son conjoint d'aller au cinéma alors que celui-ci se sent fatigué. Elle avouera plus tard que cette scène fait partie de son quotidien, et que se forcer à la jouer devant le groupe lui a été fort profitable, car cela lui a permis de prendre du recul vis-à-vis du cadre contextuel.

La technique utilisée dans le jeu de rôle comportemental est définie par avance. Il s'agit de mettre en scène une situation réelle ; le jeu est bref (au maximum quelques minutes), laissant peu de place à l'improvisation car nous définissons au préalable la situation de manière précise. Après chaque jeu de rôle, nous favorisons le *feed-back*, qui reste toujours positif et constructif. La scène peut être rejouée plusieurs fois avec les mêmes acteurs, et il arrive que nous les aidions en leur « soufflant » des idées.

Lors du *feed-back*, le jeu de rôle s'étoffe d'un riche échange relationnel. Les membres du groupe comparent leurs appréciations concernant la situation jouée, et souvent ces confrontations mettent en évidence des éléments cognitifs (anticipation de la situation, représentation, notion de jugement, etc.). Ces cognitions influent de manière positive ou négative sur le comportement assertif. Nous essayons alors de faire ressortir les freins cognitifs pour les relativiser et les modifier, tout en accordant le même temps à chaque personne du groupe.

Madame A. s'exprime difficilement, et utilise souvent un mode de communication basé sur une défense agressive envers les autres membres du groupe. Cependant, elle fait des efforts pour participer activement.

La séance se termine par la prescription de consignes.

Séances 3 et 4

Les séances se déroulent toutes de la même manière :

- revue des consignes ;
- *feed-back* concernant la dernière séance ;
- partie théorique ;
- partie pratique, avec jeux de rôle ;
- consignes pour la séance suivante.

Les parties théoriques sont consacrées aux demandes, aux refus et aux critiques.

Madame A. prend conscience des pensées automatiques qui précèdent ses comportements. Le travail cognitif entrepris avec elle consiste à discuter l'influence de ces pensées sur son comportement, et à évoquer le rapport qui existe entre les pensées, le comportement et les émotions. La thérapie lui permet de développer ses capacités de contrôle d'elle-même, à l'origine de processus de distanciation. L'exposé des diverses techniques de réponse est enrichi par de nombreux exemples.

Il est par ailleurs important de favoriser les échanges entre les différents membres du groupe, de susciter les commentaires, les questions, qui donnent lieu à des débats.

Séances 5 et 6

Madame A. nous demande d'insister à nouveau sur les différentes procédures de réponse aux critiques, ce qui nous amène à parler des critiques constructives.

La patiente nous expose un problème grave, problème de harcèlement moral dont elle a été victime dans son service (elle travaille au sein de l'administration fiscale). Nous reprenons en jeu de rôle un entretien avec son chef de service, entretien au cours duquel elle lui fait part de ses doléances.

La totalité de la cinquième séance est consacrée à la technique de résolution de problème à partir du cas concret de Madame A.

Nous enchaînons, lors de la séance suivante, sur la gestion de la colère. Les jeux de rôle sont effectués en imagination, puis par écrit. Ils sont pour la plupart relatifs à des conflits familiaux (conjoint jaloux, répartition des tâches ménagères, enfant paresseux, etc.).

Séances 7 et 8

Elles concernent les compliments, et exposent comment engager puis alimenter la conversation.

Il semblerait que la formulation des compliments soit aussi difficile que le fait d'en recevoir. Progressivement, les exemples deviennent de plus en plus personnels. Chaque participant doit formuler des compliments à une autre personne du groupe. Nous n'avions pas précisé le type de compliment à faire, mais ils s'avèrent tous vrais. Il est intéressant de constater que la gêne initiale est progressivement remplacée par une joie évidente dans les échanges.

Madame A. participe activement à une discussion sur les renforcements positifs dans le système éducatif français, et admet que l'on accorde généralement plus d'importance à pointer les erreurs qu'à apprécier et encourager les qualités, même si cela doit prendre plus de temps.

Pour engager la conversation, Madame A. doit observer et modifier ses pensées automatiques : « Je ne dois pas m'imposer ; je ne sais pas quoi dire ». Elle a bien compris le fait que la distorsion des processus cognitifs lors d'un état anxieux entraîne une perturbation importante de la pensée logique, rationnelle.

Du fait de la prise de conscience de ses cognitions dysfonctionnelles et du travail cognitif de résolution de problème, elle élabore rapidement des pensées rationnelles et elle critique mieux ses pensées automatiques. Elle se sent mieux, et nous en fait part. Ses relations avec son mari et son enfant se sont améliorées ; elle se dit changée, plus ouverte, moins agressive.

Les jeux de rôle sont enregistrés au magnétophone.

Séances 9 et 10

Les participants posent de nombreuses questions sur les deux séances précédentes. Nous revenons longuement sur la manière d'appréhender un compliment, qu'il s'agisse de le faire ou de le recevoir.

Durant ce rappel, Madame A. évoque ses problèmes de couple, et nous décidons tous de consacrer une séance à l'étude pratique de son cas.

Dans un premier temps, la situation-problème est jouée par deux autres personnes du groupe (son mari lui fait de plus en plus de scènes de ménage car il est très jaloux). Puis Madame A. joue le rôle de son mari avant de jouer son propre rôle. Chaque scène est suivie d'une longue discussion, au cours de laquelle la parole est donnée aux acteurs (sentiments, pensées, etc.) puis au groupe (renforcement positif, sentiments, etc.). Il est alors important pour le thérapeute d'insister sur la problématique du renforcement positif.

Dans un deuxième temps, nous appliquons tous ensemble la technique de résolution de problème en décortiquant chaque solution envisageable. Nous ne fournissons pas de solution toute faite aux problèmes présentés, mais nous utilisons les principes généraux de l'affirmation de soi pour proposer un comportement qui réponde aux besoins de la personne.

Madame A. paraît satisfaite du résultat, et se sent prête à appliquer *in vivo* les solutions évoquées au sein du groupe.

La séance 10 est consacrée à des jeux de rôle filmés. Madame A. et deux autres personnes sont étonnées de constater à quel point la présence de la caméra ne les gêne pas. Leur explication repose sur le fait qu'elles se sentent bien dans ce groupe, un climat de confiance s'est installé et chacun semble plus à l'aise.

Après discussion, elles conviennent que l'image qu'elles ont d'elles-mêmes a évolué, et qu'elles se sentent à présent plus affirmées.

Nous faisons tous ensemble le point sur le déroulement des dix séances. Les thérapeutes sont complimentés sur leur manière d'animer le groupe. L'ensemble des participants considère comme très intéressante la prise de conscience des différentes techniques d'affirmation de soi, mais trouve la mise en pratique difficile. On convient que le travail entre les séances est très important. L'évaluation est subjective, mais le bilan semble positif : chaque patient parle de lui-même en des termes positifs, et manifeste sa satisfaction. Cette dernière séance est consacrée à consolider les apprentissages. Chacun est conscient de l'importance de la pratique et, même si au départ les participants ont du mal à appliquer les différentes techniques d'affirmation de soi, ils soulignent : « On y pense, et petit à petit on les teste ! ».

Tous les participants souhaitent que le groupe se réunisse à nouveau pour une ou deux séances dans deux mois.

Cette dixième séance est l'occasion d'effectuer les dernières évaluations.

Résultats

Les résultats obtenus pour Madame A. sont reportés sur les figures 8.2, 8.3, 8.4 et 8.5.

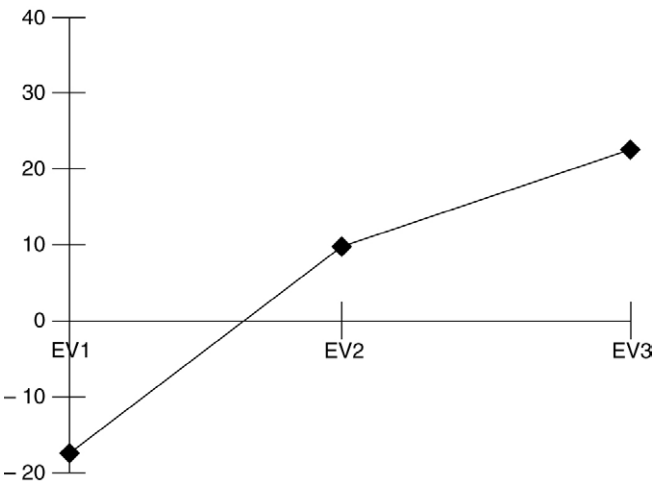


FIGURE 8.2. Échelle d'affirmation de soi (EV1 : évaluation 1, EV2 : évaluation 2, EV3 : évaluation 3).

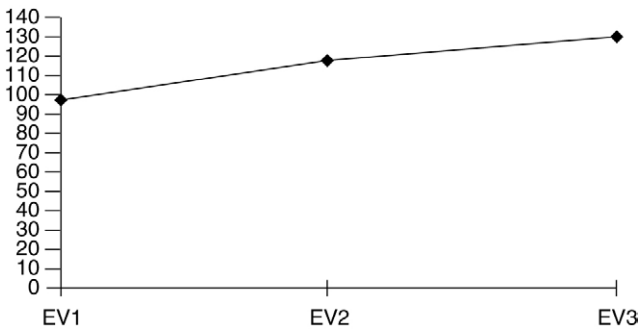


FIGURE 8.3. Inventaire d'estime de soi sociale (EV1 : évaluation 1, EV2 : évaluation 2, EV3 : évaluation 3).

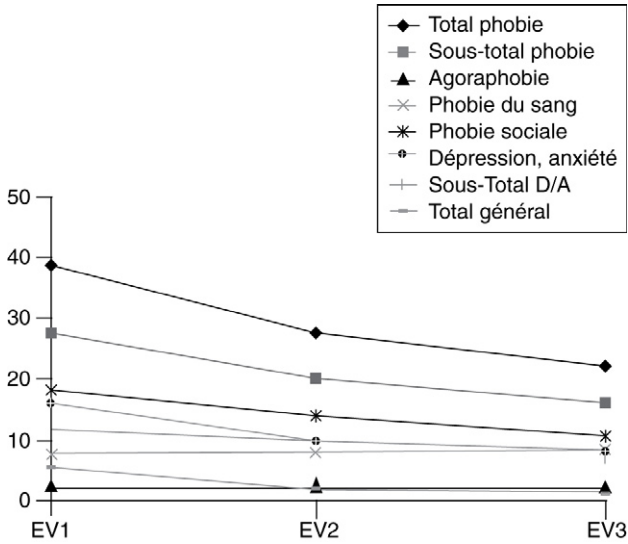


FIGURE 8.4. Questionnaire des peurs (EV1 : évaluation 1, EV2 : évaluation 2, EV3 : évaluation 3).

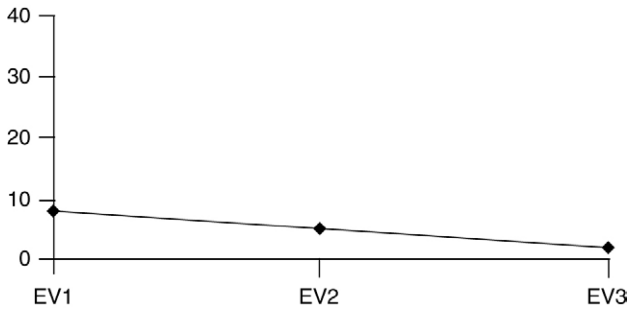


FIGURE 8.5. Échelle de Beck (EV1 : évaluation 1, EV2 : évaluation 2, EV3 : évaluation 3).

SYNTHÈSE

Le déroulement des séances constituant cette thérapie de groupe était soigneusement préparé à l'avance. Les deux thérapeutes se retrouvaient après chaque séance pour commenter ce qui avait été fait, ce qui s'était passé d'important dans le groupe, et élaborer la suite de la prise en charge.

La trame de la séance étant établie, les animateurs restaient disponibles pour être mieux à l'écoute du groupe.

Le fait d'être deux thérapeutes présente de nombreux avantages, car cela permet de réunir deux styles d'approche différents, et d'associer des habiletés complémentaires.

De plus, les membres du groupe avaient la ressource de deux modèles distincts auxquels ils ont eu plus de facilité à s'identifier lors de la démonstration de certains comportements. Rappelons à ce sujet à quel point il est essentiel que les modèles ne soient pas parfaits (il est important de souligner que cette réflexion est maintes fois verbalisée au cours de ce type de prise en charge) !

Dans le cadre du groupe qui nous a intéressé ici, les thérapeutes ont réussi à améliorer l'estime de soi des participants, leur empathie et leur mode de communication en général.

CHAPITRE 9

Hallucinations auditives et anxiété chez une patiente souffrant de schizophrénie paranoïde

Présentation du cas clinique

Marie-Ange, âgée de vingt ans, présente une situation clinique complexe avec un dossier médical de plusieurs centimètres d'épaisseur. Sept tentatives de suicide, trois longues hospitalisations et plusieurs diagnostics médicaux différents jalonnent le parcours de cette jeune femme.

La patiente a jusqu'alors bénéficié d'une prise en charge d'orientation psychodynamique, sans grand succès. Le psychiatre en charge de son cas nous demande d'assurer son suivi, pensant que la patiente pourrait bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale. L'objectif est de permettre à Marie-Ange de gérer ses angoisses, et d'éviter les automutilations qu'elle s'inflige malgré son hospitalisation depuis 3 mois.

Le premier entretien a lieu dans l'unité fermée au sein de laquelle Marie-Ange réside depuis deux mois. Tout au long de cet entretien, la patiente est extrêmement anxieuse et éprouve des difficultés à s'exprimer. Lors de cette prise de contact, elle décrit ses troubles de la façon suivante : « Je suis rongée par l'angoisse, par la peur ; je passe mes journées à pleurer. »

Marie-Ange fait également part de voix qu'elle entend et d'ombres qu'elle voit, alors même qu'elle est en train de nous parler. Nous lui demandons de préciser ce qu'elle attend de la prise en charge. Pour elle, la priorité est de faire disparaître ces voix et ces ombres : ce sera là l'objet du contrat thérapeutique.

Anamnèse personnelle

Marie-Ange décrit un parcours scolaire sans difficulté particulière, travaillant ensuite en tant que vendeuse dans un magasin de vêtements.

Elle dit avoir été violée dans un parking à l'âge de 15 ans par un inconnu. L'événement se serait produit alors qu'elle rentrait chez elle, après avoir passé une soirée avec des amies. Depuis ce jour, elle se sent « sale et laide ». Elle n'en avait jamais parlé, sauf à sa mère.

La première de ses trois hospitalisations en milieu psychiatrique a lieu alors que la patiente est âgée de 17 ans, suite à une tentative de suicide par phlébotomie. À cette époque, elle termine son année d'apprentissage de vente, période au cours de laquelle elle commence à être victime d'hallucinations auditives. Ne comprenant pas tout de suite ce qui lui arrive, elle pense d'abord rêver, ce qui explique que son petit ami n'entende pas ces voix. À de rares exceptions près, celles-ci sont toujours malveillantes. Marie-Ange essaye de leur parler, de leur répondre, et de les chasser. Mais sans succès... Ces échecs successifs provoquent une angoisse insoutenable, qui l'amène à s'ouvrir les veines. Elle reste alors hospitalisée près de deux mois dans une unité de crise pour adolescents, avant de retourner à domicile.

Six mois plus tard, dans un climat de conflit familial alourdi par une dépendance à l'alcool de sa mère, Marie-Ange fait une nouvelle tentative de suicide, ingérant le contenu de plusieurs boîtes d'hypnotiques. Elle est alors hospitalisée pendant un mois en psychiatrie, et au vu de l'importance de la problématique familiale elle est placée dans un foyer socio-éducatif où elle restera trois mois : après avoir verbalisé des menaces de passage à l'acte, elle fait une nouvelle intoxication médicamenteuse volontaire, gravissime. Elle reste huit semaines en psychiatrie. Le séjour est émaillé de plusieurs tentatives de suicide. Marie-Ange est ensuite transférée dans un service de médecine somatique dans le but de soigner les diverses automutilations (scarifications) qu'elle s'est infligées. Les troubles du comportement qu'elle présente alors (poursuite des automutilations, ce qui nécessite de la part des soignants une surveillance constante) rendent impossible son maintien au sein de cette unité, et la jeune femme est transférée dans un service fermé, service dans lequel nous lui rendons visite pour la première fois.

Anamnèse familiale

Marie-Ange a une sœur âgée de 22 ans, qui travaille comme vendeuse dans un grand magasin. Ses parents sont divorcés depuis 6 ans. Le père de Marie-Ange est expert-comptable. Quant à sa mère, elle est démonstratrice dans une parfumerie et a refait sa vie avec un homme de 15 ans son aîné.

Marie-Ange relate des conflits persistants avec sa mère, aggravés par les problèmes d'alcool. L'équipe de soins confirme que la mère s'est présentée à plusieurs reprises « visiblement alcoolisée » lorsqu'elle rendait visite à sa fille. De plus, elle apparaît totalement dépassée par les

problèmes de Marie-Ange. Elle dit ne pas avoir su lui donner une éducation cohérente. Actuellement, la relation mère-fille est décrite par Marie-Ange comme étant de bonne qualité : « On ne s'engueule plus, et on se téléphone tous les jours », souligne-t-elle.

Le lien avec son père, coupé depuis quatre ans, ne se renoue que lors de sa première hospitalisation. Au moment de la prise en charge, Marie-Ange passe un week-end sur deux chez lui. Elle exprime un grand amour à son égard, malgré les nombreuses critiques de celui-ci concernant le surpoids de la jeune femme, et le peu de discussions qu'ils ont.

Sa sœur aînée vit actuellement avec son père. Marie-Ange décrit une relation très conflictuelle entre elles par le passé. Actuellement, malgré des disputes persistantes, la communication est possible.

Marie-Ange comprend que ses parents la soutiennent, mais elle ne se sent pas comprise. La jeune femme est actuellement sous tutelle.

Marie-Ange mentionne une relation privilégiée qu'elle a avec sa tante maternelle : « C'est ma confidente, mon unique soutien. Elle est toujours à l'écoute de mes difficultés », souligne-t-elle. Celle-ci lui rend régulièrement visite à l'hôpital.

Parcours scolaire et professionnel

Après une scolarité primaire et secondaire sans difficulté particulière, Marie-Ange passe une année sabbatique à Londres où elle travaille comme fille au pair pour y parfaire son anglais. À son retour, elle signe un contrat d'apprentissage et exerce la profession de vendeuse dans un magasin de vêtements. Il semblerait que l'amitié entre sa mère et les propriétaires du magasin joue un certain rôle dans l'accès de Marie-Ange à ce poste...

Marie-Ange fait part d'importantes difficultés relationnelles sur son lieu de travail, ses employeurs se plaignant de vols réguliers dans la caisse. Marie-Ange nie toujours avoir volé cet argent.

Sa première hospitalisation lui impose de repousser ses examens de fin d'année de juin à septembre. Un test de QI effectué au cours de ce séjour met en évidence des résultats « limites », avec un QI de 71. Doutant des capacités de Marie-Ange à poursuivre son apprentissage, sa tutrice l'incite à bénéficier de cours de soutien particuliers, un étudiant lui rendant alors visite régulièrement afin de l'aider à réviser ses cours, dans un premier temps à l'hôpital, puis à domicile. C'est ainsi qu'elle passe brillamment ses examens de première année d'apprentissage, lors de la session de rattrapage. Malheureusement, une semaine après, elle est à nouveau hospitalisée suite à une nouvelle tentative de suicide (intoxication médicamenteuse volontaire).

Dans le cadre sécurisant de diverses unités de soins au sein desquelles Marie-Ange a séjourné, les équipes assistent régulièrement à une évolution

favorable, sans débordement du cadre thérapeutique. Ceci se comprend aisément en se référant au modèle stress-vulnérabilité :

Selon Zubin et Spring (*in* Cherrier et Palazzolo, 2006), la vulnérabilité à la schizophrénie se révèle par une capacité élevée à développer des épisodes psychotiques en réaction à des événements, même mineurs, venant perturber l'homéostasie de l'individu. Cette vulnérabilité constitutionnelle comporte des aspects génétiques et socio-biologiques. Il s'agit donc d'une conception intégrative de la schizophrénie, ce qui peut rendre compte de la variabilité de la clinique. Dans ce modèle multifactoriel, l'apparition du trouble dépend des éventuelles interactions entre divers éléments. Cette vulnérabilité prédispose l'individu à développer un premier épisode psychotique, et est probablement aussi à la base du processus déficitaire propre à la schizophrénie.

On peut distinguer :

- les marqueurs de vulnérabilité (marqueurs de trait) identifiables avant la survenue du premier épisode symptomatique ;
- les marqueurs d'épisode (marqueurs d'état) présents lors de la décompensation ;
- et les marqueurs résiduels qui apparaissent lors de la décompensation mais persistent ensuite.

La maladie s'exprime lorsque les facteurs de stress environnementaux débordent les facultés d'adaptation ou les facteurs de protection :

- les facteurs de stress sont endogènes ou exogènes. Ici, les événements de vie (deuil, séparation, changement de situation professionnelle, etc.) sont sources d'anxiété plus importante que dans la population générale du fait des capacités d'adaptation moindres ;
- les facteurs de protection sont personnels ou liés à l'environnement. Il s'agit par exemple du soutien social ou familial, des traitements assurés par les équipes soignantes, de l'accompagnement familial, des démarches de réhabilitation psychosociale... Les thérapies comportementales et cognitives tentent entre autres d'améliorer les facultés d'adaptation (*coping*) dans le cadre de modules de réadaptation et d'entraînement aux habiletés sociales.

Le contexte familial joue un rôle important, potentiellement protecteur ou stressant en fonction du niveau d'émotion exprimé, du niveau d'hostilité, du degré de critique, du degré d'intrusion ou de surimplication ; il peut donc optimiser la stabilisation clinique, ou à l'inverse favoriser la rechute du sujet.

Ainsi, sans élément anxiogène, l'état de la patiente s'améliore. En revanche, lorsqu'elle retrouve le stress de la vie quotidienne, elle est rapidement surstimulée et donc fragilisée.

Actuellement, Marie-Ange ne désire plus reprendre son apprentissage de vendeuse. Elle souhaite travailler en tant qu'aide-soignante à l'hôpital.

Aspects relationnels

Marie-Ange est relativement isolée sur le plan social. Son parcours professionnel interrompu par ses hospitalisations a grandement affecté son réseau d'amis. Ses amis sont principalement d'autres patients de l'hôpital. De plus, la jeune femme avec laquelle elle passait le plus de temps à l'hôpital s'est suicidée il y a peu, ce qui affecte la patiente et majore ses propres idées de passage à l'acte.

Ses angoisses, associées à une faible estime d'elle-même, lui rendent difficile toute éventuelle prise de contact avec de nouvelles personnes. Elle avoue « *ne pas savoir quoi dire* ».

Son ex-petit ami, avec qui elle a gardé un bon contact, lui rend visite à l'hôpital ; ils s'envoient fréquemment des messages par l'intermédiaire du téléphone portable (sms). Le jeune homme a mis fin à leur relation lors de la dernière hospitalisation de Marie-Ange, « pour qu'elle puisse se soigner dans de bonnes conditions » selon ses dires.

Traitements antérieurs

Au moment de notre premier contact, en février 2006, Marie-Ange, âgée de 20 ans, a derrière elle un long parcours psychiatrique. Elle a déjà bénéficié de nombreux traitements médicamenteux, mais ceux-ci n'ont jamais réussi à faire disparaître ses angoisses et ses voix. Lors de ses différentes hospitalisations, la jeune femme a dû être mise de nombreuses fois sous contention car elle se scarifiait et s'automutilait de différentes manières (utilisation d'un couteau de cuisine, d'un carreau cassé, d'un briquet...).

Le traitement psychopharmacologique actuel, qui restera inchangé tout au long de la prise en charge, comporte de l'escitalopram (20 mg par jour) associé à de la risperidone (8 mg par jour).

Données cliniques

Le comportement-problème pour la patiente est d'entendre des voix et de voir des ombres menaçantes. Elle entend deux voix, à proportion équivalente :

- une féminine, de tonalité critique (tenant des propos du style : « Tu es mauvaise ! ») ;
- et une masculine, qui l'exhorte à obéir à des ordres (par exemple : « Tu dois t'enfuir de l'hôpital »).

Les voix

Le problème se manifeste de manière plus intense tôt le matin, le soir et pendant la nuit, plus sporadiquement l'après-midi. Marie-Ange ne leur attribue aucune source identifiable.

Nous proposons à la jeune femme de tenir un « agenda » concernant ces voix, avec comme consigne de noter la date, l'heure de survenue, et ce que lui disent les voix. Cet exercice, conduit pendant une semaine, fait ressortir les thèmes suivants :

- se faire du mal (4 épisodes) : « Elles me disent de m'ouvrir les veines, de me pendre », « Tu dois mourir ! », « Elles m'ordonnent de m'enfuir de l'hôpital pour aller me suicider dans l'arrière-pays », « Elles me répètent de me jeter sous un train » ;
- fuguer et rentrer chez elle (4 épisodes) : « Elles me disent de fuguer et d'aller me réfugier chez ma maman » ;
- jugement (4 épisodes) : « Elles me disent que je suis mauvaise, et que je n'ai pas le droit de vivre », « Elles me répètent que je suis nulle, bête, et que je ne mérite pas de continuer ainsi » ;
- prédiction négative (6 épisodes) : « Je dois mourir très bientôt, et je sais que je ne serai plus là d'ici une semaine », « Mon grand-père va mourir, et je sais que je vais le suivre dans la tombe », « Ma mère est condamnée ».

En une semaine, la patiente a noté 18 épisodes hallucinatoires.

Une évaluation des hallucinations selon une échelle analogique est effectuée¹ (tableau 9.1).

En résumé, ces voix sont hurlantes, claires, et relativement réelles, mais Marie-Ange ne peut dire si elles viennent de l'intérieur ou de l'extérieur de sa tête.

TABLEAU 9.1. Évaluation des hallucinations

Questions	Réponses
À quelle fréquence entendez-vous une voix (des voix) ? (0 = jamais ; 100 = constamment)	12
Quel est le volume de la voix (des voix) ? (0 = très faible, je peux à peine l'entendre ; 100 = très fort, hurlant)	98
Avec quelle clarté entendez-vous la voix (les voix) ? (0 = pas clair du tout, je ne peux pas comprendre tous les mots ; 100 = très clair, je peux comprendre tous les mots)	98
D'où provient la voix (d'où proviennent les voix) ? (0 = définitivement depuis l'intérieur de ma tête ; 100 = définitivement depuis l'extérieur de ma tête)	50
Comment la voix est réelle (les voix sont réelles) ? (0 = complètement imaginaire ; 100 = très réelle)	76

1. Traduction de Jungiger, par Favrod (1985).

Elle est victime de sa première tentative de suicide 3 jours après le début des voix. Elle tente alors de les faire partir en leur parlant : « Allez-vous en ! ». Mais les voix deviennent de plus en plus fortes, gagnant autant en intensité qu'en fréquence. À bout de ressources, la jeune femme se sectionne alors les veines.

Les ombres

Pour la patiente, les voix ne peuvent lui faire de mal. En revanche, elle pense que les ombres menaçantes qui tiennent des couteaux en sont capables. Ces ombres sont décrites comme des personnes cachées avec dans les mains des objets tranchants (lames, bris de verres...). Fait intéressant : Marie-Ange souligne que les voix ne proviennent pas des ombres.

Les scarifications

La patiente obéit aux voix lors des épisodes de scarification. Envahie par l'angoisse provoquée par les injonctions de ces voix hurlantes, ne sachant que faire, elle obtient, par exemple en se scarifiant.

Les stratégies déjà utilisées pour faire face

Marie-Ange a déjà mis en œuvre différentes stratégies pour gérer ses angoisses et ses hallucinations :

- parler aux voix et leur demander de partir ;
- écouter de la musique ;
- téléphoner à sa mère ;
- pleurer ;
- se promener ;
- penser à autre chose.

Diagnostic

Selon la classification du DSM IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I* :
 - schizophrénie paranoïde [F20.0], avec hallucinations auditives et visuelles ;
 - trouble dépressif majeur, épisode isolé, moyen [F32.1] ;
 - phobie sociale [F40.1].
- *Axe II* :
 - personnalité borderline [F60.31] ;
 - retard mental léger [F70.0].
- *Axe III* : antécédents personnels de comportements autodestructeurs [Z91.5].
- *Axe IV* : stress familial.
- *Axe V* (évaluation globale du fonctionnement) : 20 (existence d'un certain danger d'auto- ou d'hétéro-agression).

Dans le texte du DSM-IV, les idées délirantes et les hallucinations sont classées parmi les *symptômes positifs*, alors que l'émoussement affectif et certains troubles du cours de la pensée sont considérés comme des *symptômes négatifs*. Les *symptômes positifs* énoncés ne sont pas une condition nécessaire et suffisante pour établir le diagnostic, mais ils occupent une place importante au sein du DSM, en accord avec la signification plus restrictive accordée au terme de psychotique. Le DSM-IV propose par ailleurs une distinction de la symptomatologie en fonction de trois facteurs : le facteur *positif* (délire, hallucinations), le facteur *désorganisé* (désorganisation du comportement et du langage, affects inappropriés) et le facteur *négatif* (symptômes déficitaires).

La schizophrénie paranoïde est la plus fréquente et la plus productive sur le plan symptomatique. Elle associe un délire paranoïde plus ou moins riche et un syndrome dissociatif. Son début est dans la plupart des cas aigu. Elle apparaît souvent au décours d'un ou de plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs.

L'évolution, en cas de résistance pharmacologique ou d'absence de traitement, est marquée par des poussées processuelles entrecoupées de rémissions partielles, une désorganisation du psychisme, un appauvrissement du délire et une incohérence croissante.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

Marie-Ange dit entendre les voix toute la journée lorsqu'elle va au plus mal. Néanmoins, l'intensité des voix diminue l'après-midi. Les moments les plus difficiles sont le matin et le soir. L'apparition des voix est précédée par une recrudescence d'anxiété lorsqu'elle se retrouve seule (fig. 9.1).

Diachronie

Données structurales possibles

- Personnalité de la patiente : borderline.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Stress familial.
- Phobie sociale.
- Intelligence limitée.
- Mise en invalidité.

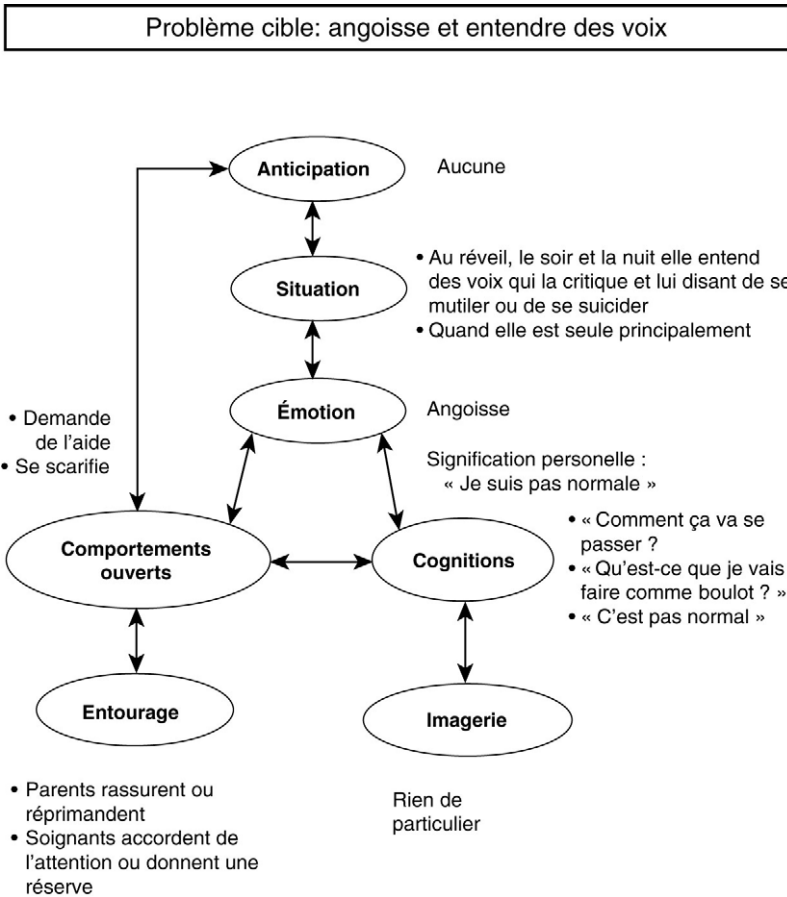


FIGURE 9.1. Problème cible : angoisse et entendre des voix.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- Viol à 15 ans.

Événements précipitant les troubles

- Recrudescence de l'anxiété et anticipations négatives lorsqu'elle se retrouve seule.

Autres problèmes

- Dépression modérée.
- Faible estime d'elle-même.
- Inactivité professionnelle.

- Isolement social.
- Surcharge pondérale (110 kg pour 1m70).

Traitements antérieurs

- Quatre hospitalisations en milieu psychiatrique.
- Thérapie de soutien avec un praticien d'orientation psychodynamique.
- Nombreuses contentions suite à des scarifications.
- Psychopharmacologie.

Thérapie

La prise en charge de Marie-Ange a nécessité 18 entretiens. L'ensemble du programme thérapeutique peut se résumer en trois phases :

- phase I : approche comportementale, ayant pour objectif de développer des stratégies afin de diminuer l'intensité des voix ;
- phase II : approche cognitive, ayant pour objectif de critiquer la provenance et le contenu des voix ;
- phase III : approche psychoéducative, ayant pour objectif d'informer la patiente et sa famille à propos de la maladie et des différentes manières de la gérer au mieux.

Le cadre d'intervention

La prise en charge de la patiente a lieu dans l'unité fermée au sein de laquelle Marie-Ange réside depuis deux mois. Le praticien qui suit alors Marie-Ange estime qu'elle pourrait bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale dans le but de mieux gérer ses angoisses, de mieux gérer ses idées suicidaires et d'éviter de s'automutiler.

Cette thérapie s'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire comprenant un médecin responsable d'unité, un interne, une infirmière référente, une psychologue et une assistante sociale.

Durant tout le séjour de la patiente en unité fermée, les entretiens se déroulent au sein d'un bureau polyvalent.

Phase I du programme thérapeutique : l'approche comportementale

Séance 1

Les objectifs de cet entretien sont d'établir une prise de contact et de créer une alliance thérapeutique de bonne qualité. Une proposition de prise en charge est faite à Marie-Ange.

L'infirmière nous présente la patiente, qui se trouve dans sa chambre. Elle est visiblement tendue et angoissée, impression clinique qu'elle confirme au cours de l'entretien (l'angoisse est cotée 70/100).

Nous entamons l'analyse fonctionnelle. La jeune femme relate le suicide de l'une de ses amies, rencontrée à l'hôpital.

Lors de l'entretien, elle évoque déjà certains objectifs : se débarrasser de ses pensées négatives et de ses angoisses.

Nous convenons de nous revoir afin de fixer les termes du contrat thérapeutique.

Séance 2

Cette séance est dédiée à l'analyse fonctionnelle. Au début de l'entretien, Marie-Ange se dit très anxieuse (anxiété cotée à 95/100).

Nous lui expliquons le déroulement d'une thérapie, et l'utilité pour elle – ainsi que pour nous – d'évaluer différents aspects de sa situation actuelle.

Séance 3

Marie-Ange se dit un peu moins anxieuse que les autres jours (son anxiété est à 70/100).

Lors de cette séance, elle dit entendre des voix et voir des ombres pendant notre entretien. Nous commençons alors le recueil d'informations pour l'analyse fonctionnelle synchrone et diachronique.

Séance 4

En présence de l'interne, de la psychologue, de l'infirmière référente et de nous-mêmes, le médecin responsable de l'unité fait le bilan des nombreux progrès de Marie-Ange : elle ne s'est plus scarifiée depuis plus de deux mois, elle participe plus activement aux entretiens, elle est moins angoissée et sollicite moins l'attention de l'équipe.

Le praticien explique qu'il ne peut plus, faute de temps, suivre Marie-Ange au quotidien ; nous nous chargerons donc de la suite du travail thérapeutique, avec pour objectif une approche cognitivo-comportementale de ses difficultés actuelles.

Séance 5

Lors de l'exploration des stratégies mises en œuvre par la patiente pour faire face aux hallucinations auditives, Marie-Ange mentionne que les voix sont très fortes ces derniers jours. Les tactiques utilisées par la jeune femme dans le but de faire cesser ce phénomène sont variées :

- sortir fumer ;
- parler avec l'équipe soignante ;
- téléphoner à sa mère ;
- aller se coucher ;
- écouter de la musique...

La stratégie la plus efficace – mais qui en définitive ne diminue que légèrement l'intensité des voix – est le fait de téléphoner à sa mère. Nous la renforçons positivement vis-à-vis des stratégies déjà élaborées. Nous expérimentons ensuite ensemble deux autres stratégies, car la jeune femme entend des voix pendant l'entretien et n'a pas envie de relater ce que lui disent ces dernières, leurs propos étant apparemment trop anxiogènes :

- lire un texte à haute voix. Nous lui demandons de lire le résumé d'un livre. Elle ne remarque pas de différence dans l'intensité des voix ;
- se boucher les oreilles. Nous commençons par lui demander si les voix sont à l'intérieur ou à l'extérieur de sa tête. Elle répond : « à l'extérieur ». Nous lui proposons donc l'expérience suivante : « Si les voix sont à l'extérieur de votre tête, en vous bouchant les oreilles, pensez-vous que vous les entendrez moins fort ? ». Le but de l'expérience est d'amener la jeune femme à prendre conscience du fait que ses hallucinations sont produites par sa propre imagination. La manœuvre échoue : Marie-Ange note une légère baisse d'intensité lorsqu'elle se bouche les oreilles.

En fin de séance, nous lui proposons de visionner un film vidéo mettant en scène une personne qui entend des voix.

Phase II du programme thérapeutique : l'approche cognitive

Séance 6

Une vidéo montrant le témoignage d'une personne atteinte de schizophrénie est présentée à la patiente. L'objectif est ici de lui exposer qu'elle n'est pas la seule à avoir ce problème, et qu'il existe des stratégies pour affronter ces voix. La vidéo est un entretien filmé mettant en scène un clinicien et une patiente psychotique qui raconte son parcours. Elle explique comment elle a commencé à entendre une voix, et à obéir à celle-ci. Puis elle a progressivement douté de la bienveillance de cette voix, qui lui donnait des indications absurdes concernant ce qu'elle devait faire ou pas (ne pas s'asseoir au restaurant, par exemple). La femme conclut l'entretien de manière très claire et positive, ayant réalisé que cette voix n'était pas dangereuse en elle-même, qu'il suffit de faire autre chose et de ne pas lui prêter attention pour qu'elle disparaisse ou diminue d'intensité.

Nous discutons ensuite les points forts de ce témoignage avec Marie-Ange, qui se dit rassurée à la fin de la séance.

Séance 7

Lorsque nous demandons à Marie-Ange si elle a repensé au film concernant les voix, elle répond que non car cela l'angoissait trop.

Elle précise ensuite qu'elle entend quelqu'un parler de ses voix l'angoisse, et que la personne en question aurait dû demander de l'aide plutôt que de laisser ce phénomène envahir sa vie. En la questionnant en détail sur le contenu du film, la patiente mentionne uniquement des éléments angoissants ; elle n'évoque spontanément aucun élément positif. Nous résumons alors les points nous paraissant importants concernant les voix :

- les voix ne peuvent être directement nocives ;
- il est possible de refuser de faire ce qu'elles nous ordonnent ;
- on peut les écouter, ou pas ;
- en faisant autre chose, on ne les entend plus, ou elles diminuent d'intensité.

Marie-Ange se souvient vaguement de ces points abordés lors de notre dernière entrevue, et nous lui demandons de les reformuler.

Un travail cognitif est débuté ce jour : nous demandons à la jeune femme si elle croit qu'elle va mourir simplement parce que les voix le lui disent. Sa croyance en cette perspective est de 50/100. Nous lui demandons alors si les voix peuvent lui faire du mal : selon elle, seules les ombres ont ce pouvoir, et la rendent « encore plus malade dans sa tête ».

Pour la prochaine séance, nous proposons à Marie-Ange de tenir une sorte d'agenda sur lequel elle doit noter la date de survenue, l'heure, et la teneur de ce que disent les voix. Elle va par ailleurs essayer de mettre en application une stratégie pour leur faire face. Elle accepte cette tâche.

Séance 8

Marie-Ange s'est à nouveau automutilée (scarifications), et elle est extrêmement angoissée depuis son changement d'unité. Elle est en effet passée de l'unité fermée dans laquelle elle avait séjourné trois mois, à une unité de soins classique. Elle appréhendait ce changement car elle entretenait une relation très forte avec son infirmière référente.

La patiente entend les voix en permanence depuis la veille au soir de son transfert. Elle a essayé d'utiliser des stratégies, par exemple lire et écouter de la musique, mais les voix devenaient encore plus fortes. Les ombres montraient des briques de verre, et les voix lui disaient de se scarifier. Ce que Marie-Ange a finalement fait.

En examinant l'agenda rempli par la jeune femme et en revenant sur les injonctions des voix pendant l'entretien, Marie-Ange répète inlassablement les phrases suivantes :

- « Je vais mourir. »
- « Je suis mauvaise. »
- « Je ne mérite pas de vivre. »
- « Je dois me suicider. »

Nous lui demandons ensuite quelles sont les pensées qu'elle a le plus souvent vis-à-vis d'elle-même. Elle dit :

- « Je suis nulle. »
- « Je ne suis pas quelqu'un de bien. »
- « Je ne mérite pas de vivre. »

Nous soulignons le fait que les voix disent à peu près ce qu'elle pense d'elle-même. Nous lui demandons si elle voit un lien avec son transfert dans l'unité de soins classique. Elle se rend compte que le changement n'était pas facile, et qu'elle aimait bien le personnel dans l'unité fermée.

Séance 9

Marie-Ange se sent toujours aussi angoissée que lors de la dernière séance, et n'a eu aucun moment de répit. Elle n'a pas envie de parler des voix au cours de cet entretien. Par ailleurs, les disputes avec sa mère ont repris depuis une semaine.

Nous la renforçons en lui rappelant qu'elle doit nous dire ce qu'elle veut ou ne veut pas faire. Dès lors, nous revenons sur certains points évoqués lors des entretiens précédents, points méritant d'être revus (éléments manquants, réponses peu claires). Il s'agit notamment des éléments suivants :

- sa famille, de qui elle dit ne pas être comprise et dont elle ne reçoit que peu de soutien et de visites ;
- à la question : « Comment vous décririez-vous vous-même ? », elle avait répondu : « Instable, nulle, bête, grosse, idiote... ». En explorant ce point, nous lui demandons quelles sont ses qualités. Avec grand peine, elle répond : « Être à l'écoute des autres, bien écrire, bien travailler à l'atelier, avoir une grande motivation pour la thérapie ». Nous lui redemandons ses qualités en fin de séance. Elle ne se souvient plus de ce qu'elle avait dit, et retrouve avec peine : « Être à l'écoute des autres et bien écrire ». Nous lui rappelons les autres points listés précédemment. Nous l'avertissons que nous lui redemanderons ses qualités lors de la prochaine séance, et lui proposons d'en trouver d'autres.

Pour le prochain entretien, Marie-Ange va devoir réfléchir sur les qualités que les gens apprécient en elle, et en faire la liste.

Séance 10

L'objectif est ici de poursuivre le travail sur l'image de soi.

En rediscutant les tâches de la séance précédente, Marie-Ange nous avoue qu'il s'agit là de « séances de torture » pour elle.

Elle avait souligné, lors de notre première entrevue, avoir été violée à l'âge de 15 ans. Nous reparlons de cet événement, de son déroulement

et du lien avec l'image qu'elle a d'elle-même. Elle reconnaît se sentir sale et laide depuis lors.

Phase III du programme thérapeutique : l'approche psycho-éducative

Séance 11

Marie-Ange se sent très bien ce jour-là, ce qu'elle explique par une réflexion qu'elle a menée suite à notre dernière séance, et qui lui a fait prendre conscience de certaines de ses qualités. Nous ne lui cachons pas notre satisfaction de l'entendre dire cela. De plus, quelques jours auparavant, elle put dire à l'ami de sa mère : « Je t'aime comme mon vrai père. »

Séance 12

Il s'agit là d'un entretien réalisé en présence de la famille de la patiente. Le but est de créer une alliance avec les proches, et de déculpabiliser les parents quant à la maladie de leur fille.

Marie-Ange, sa mère, l'ami de sa mère, l'infirmière référente participent à cet entretien. Après nous être présentés, nous expliquons le but de l'entretien : mieux comprendre et surtout pouvoir aider au mieux la patiente dans les difficultés qu'elle rencontre. D'entrée, l'ami de la mère critique ouvertement le père de Marie-Ange, qui selon lui ne s'occupe pas de sa fille et ne fait que la critiquer. Nous recadrons la discussion en insistant sur la recherche de solutions pour aider la jeune femme sans faire le procès d'une personne absente.

Nous expliquons le modèle stress-vulnérabilité afin de bien expliquer notre manière de concevoir la maladie, en insistant sur la complexité d'une telle pathologie. Nous renforçons positivement l'entourage en reconnaissant la difficulté de tout parent d'une fille adolescente, alourdie en l'occurrence par une des pathologies les plus complexes de la psychiatrie. Nous venons ensuite au but de cette séance : leur expliquer la maladie de leur fille, puisqu'ils font partie des personnes les plus à même de pouvoir aider Marie-Ange.

Nous insistons sur la composante biologique de la vulnérabilité de la patiente, ainsi que sur sa faible estime de soi. Nous leur proposons alors de citer les qualités de leur fille. L'ami de la mère prend la parole et dévie très rapidement de la consigne, en tempérant chaque qualité par un défaut. Nous le recadrons à chaque fois, en insistant sur l'importance de faire ressortir tout ce que Marie-Ange a de positif. Nous demandons à Marie-Ange de bien retenir ce qui sera dit, car elle devra nous répéter tous ces points à la fin. L'atmosphère tendue du début de séance fait place à de nombreux rires et anecdotes concernant les

qualités de la jeune femme. Ils mentionnent finalement son bon caractère, son sourire, l'aide qu'elle donne pour le ménage, le fait qu'elle parle volontiers, qu'elle chante parfois à la cuisine, qu'elle reste plus avec eux et se couche moins tôt.

Nous demandons aux proches s'ils étaient conscients des difficultés exprimées par Marie-Ange, ce qui n'était pas le cas.

Nous prenons avec eux l'exemple des trous de mémoire et des difficultés de concentration pour illustrer que ce qu'ils considèrent comme de la mauvaise volonté (« Elle ne fait pas ce qu'on lui demande ») est en fait un symptôme de la maladie. Ensemble, nous cherchons ensuite des solutions pour aider Marie-Ange ; l'ami de la mère propose de tout noter sur un carnet, et nous suggérons de répéter les consignes autant de fois que nécessaire.

Après un résumé de la séance, nous leur proposons de reprendre contact avec nous s'ils le souhaitent, que ce soit pour répondre à d'autres questions ou pour continuer ce que nous avons commencé pendant cet entretien.

Séance 13

Marie-Ange nous fait part de commentaires très positifs à notre égard, ses parents ayant l'impression d'avoir mieux compris les enjeux de la maladie. La patiente mentionne par ailleurs vouloir quitter l'hôpital le plus rapidement possible.

Nous lui proposons de travailler sur des stratégies pour faire face aux voix, ce qu'elle accepte. Nous lui remettons une liste de stratégies proposées dans le cadre de la prise en charge cognitivo-comportementale des hallucinations auditives. Elle sélectionne dans cette liste les stratégies suivantes, que nous lui demandons de tester pour la prochaine séance :

- parler à quelqu'un ;
- danser ou bouger ;
- écouter de la musique et chanter les paroles d'une chanson ;
- lire à haute voix.

Séance 14

Le grand-père que Marie-Ange aimait beaucoup est décédé trois jours plus tôt. Elle y repense avec nostalgie, mais sans trop d'angoisses.

Séance 15

Il s'agit là d'une réunion de synthèse concernant Marie-Ange. Sont présents : Marie-Ange, son père, le médecin responsable de l'unité de soin, son infirmière référente, une assistante sociale et nous-mêmes.

Chaque personne présente donne son avis sur les progrès réalisés par Marie-Ange. Le bilan est extrêmement positif et la jeune femme, malgré les nombreux intervenants présents, arrive à exprimer clairement ses objectifs, et ceci de manière affirmée ! Elle désire emménager dans un appartement et commencer une formation d'aide-soignante. En attendant de pouvoir commencer cette formation, elle souhaiterait travailler en atelier protégé.

Suite à ce bilan positif, il est décidé qu'elle augmentera progressivement son temps de travail en atelier thérapeutique.

À la fin de l'entretien, il est convenu qu'elle pourra emménager dans un studio que son tuteur lui louera. La sortie de l'hôpital se fera de manière progressive, et elle passera tout d'abord uniquement les week-ends dans son appartement, puis des périodes de plus en plus longues.

Séance 16

Nous abordons la notion de « normalisation » concernant le phénomène hallucinatoire dont est victime Marie-Ange : nous lui présentons des illusions perceptives afin de lui montrer que notre cerveau est susceptible de nous jouer des tours (voir page suivante, fig. 9.2).

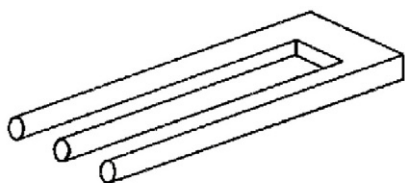
L'objectif est ici de dédramatiser le phénomène des hallucinations, et de montrer qu'il existe des situations où tout le monde peut vivre des phénomènes bizarres (comme lors d'une privation sensorielle ou d'une fatigue extrême, par exemple).

Durant la séance, Marie-Ange souligne ne plus avoir entendu de voix depuis un mois. Nous lui demandons si elle est d'accord pour que nous discutons de la provenance des voix. Elle accepte, et nous introduisons l'idée que notre cerveau nous trompe, qu'il ne fonctionne pas toujours correctement, et nous revenons sur les différents exemples d'illusions perceptives ci-dessus.

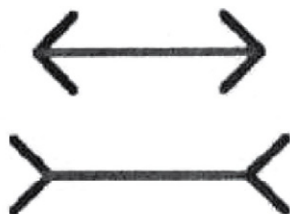
Séance 17

Marie-Ange n'a plus entendu de voix depuis plus de deux mois, elle n'a plus d'angoisses et ses idées noires ont également beaucoup diminué d'intensité. Elle semble voir les choses différemment, et pense « que la vie vaut la peine d'être vécue ». Le contact avec sa mère s'est également amélioré. Elle dit se plaire dans son appartement, et avoir retrouvé d'anciens amis.

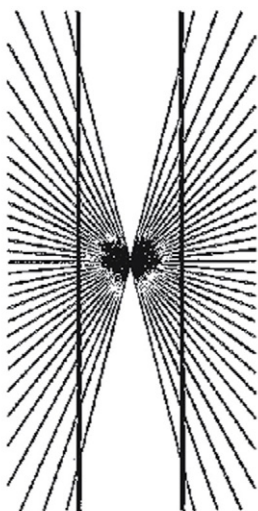
Nous explorons avec elle les situations qui pourraient éventuellement la déstabiliser, et nous mentionnons l'importance d'être attentif aux signes précurseurs d'une rechute (angoisses, idées noires, perte d'appétit, etc.).



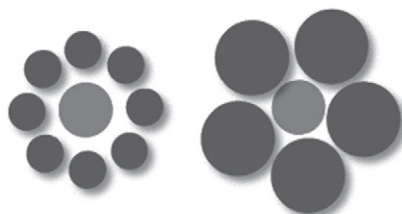
La figure impossible



Laquelle de ces lignes est la plus grande ?



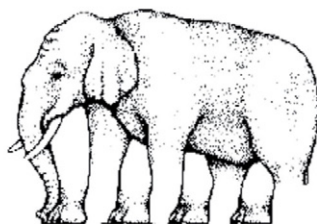
Les lignes sont-elles parallèles ?



Lequel de ces cercles est le plus grand ?



Les escaliers impossibles



Combien l'éléphant a-t-il de pattes ?

FIGURE 9.2. Illusions perceptives.

Synthèse

Le déroulement des séances constituant cette thérapie de groupe était soigneusement préparé à l'avance. Les deux thérapeutes se retrouvaient après chaque séance pour commenter ce qui avait été fait, ce qui s'était passé d'important dans le groupe, et élaborer la suite de la prise en charge.

La trame de la séance étant établie, les animateurs restaient disponibles pour être mieux à l'écoute du groupe.

Le fait d'être deux thérapeutes présente de nombreux avantages, car cela permet de réunir deux styles d'approche différents, et d'associer des habiletés complémentaires.

De plus, les membres du groupe avaient la ressource de deux modèles distincts auxquels ils ont eu plus de facilité à s'identifier lors de la démonstration de certains comportements. Rappelons à ce sujet à quel point il est essentiel que les modèles ne soient pas parfaits (il est important de souligner que cette réflexion est maintes fois verbalisée au cours de ce type de prise en charge) !

Dans le cadre du groupe qui nous a intéressé ici, les thérapeutes ont réussi à améliorer l'estime de soi des participants, leur empathie et leur mode de communication en général. Le contrat thérapeutique que nous avons passé avec Marie-Ange, contrat qui portait sur la diminution et la maîtrise des voix, est rempli. Lors de notre dernière séance, la jeune femme n'entend plus de voix depuis plus de deux mois. Il est cependant difficile d'évaluer l'impact de l'intervention cognitivo-comportementale sur les symptômes cibles, au vu du travail continu de l'équipe pluridisciplinaire entourant la patiente et de l'efficacité indéniable du traitement antipsychotique prescrit tout au long du séjour.

Lors de cette prise en charge, nous avons volontairement privilégié l'aspect explicatif vis-à-vis de la maladie et du traitement. L'information, indispensable fondement du consentement qui constitue l'articulation de la relation médecin-malade, concerne en psychiatrie le sujet dans sa globalité, puisque le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement à ce dernier.

La clinique psychiatrique peut donc apparaître, dans le contexte actuel d'information de l'usager, comme une pratique délicate, du fait des pathologies qui perturbent gravement le système relationnel des patients, notamment ceux souffrant de schizophrénie.

Ainsi, la schizophrénie pose l'un des problèmes les plus difficiles en ce qui concerne l'information et l'annonce du diagnostic au sujet, en raison de la variabilité de la symptomatologie des diverses formes cliniques et des difficultés à repérer nettement le début de la maladie ; d'autre part, la jeunesse des malades au moment de la première décompensation, ainsi que

l'étroite intrication de cette pathologie avec les liens familiaux, compliquent l'établissement précoce d'un diagnostic précis.

Parallèlement, la relation médecin-malade s'éloigne d'un modèle plus ou moins paternaliste pour se rapprocher d'un modèle de partenariat influencé par une dynamique consumériste. Cette translation s'accompagne d'un bouleversement de la logique de soin : le respect des libertés de l'individu devient prioritaire face à la nécessité d'assistance du malade.

Les droits des usagers et l'obligation d'information des praticiens, qu'ils soient d'exercice privé ou public, sont régulièrement affirmés par les textes déontologiques et législatifs. La preuve de l'information est désormais à la charge des médecins, et la récente loi du 4 mars 2002, constituée de 126 articles, a pour objectif essentiel de rééquilibrer les relations soignés-soignants, au risque d'ailleurs de créer un déséquilibre au détriment de ces derniers. Il s'agit d'abord de mieux informer le patient et de l'associer aux prises de décisions en matière sanitaire. Il s'agit encore de protéger davantage le sujet des imperfections ou des dysfonctionnements du système, et des risques inhérents à toute activité médicale. La nouvelle loi tend à donner un rôle actif au « patient-citoyen », et à prévenir les différends susceptibles de survenir entre celui-ci et le praticien.

L'information de l'usager dans le cadre de la schizophrénie semble alors trouver sa place de manière privilégiée, car elle permet d'améliorer la conscience de la maladie, l'observance au traitement, la qualité de la relation thérapeutique, et plus largement l'efficacité des soins. Mais si l'utilité de l'information du patient schizophrène est reconnue, les pratiques d'annonce du diagnostic de schizophrénie reflètent les difficultés des psychiatres à cerner précocement une pathologie à la symptomatologie variable et peu spécifique, mais aussi l'impact de la stigmatisation sociale, stigmatisation présente dans l'esprit des praticiens eux-mêmes. Si la communication au sujet psychotique du nom de sa maladie sans autre but en soi semble inutile, voire anti-déontologique et dangereuse, elle peut en revanche être intégrée dans un cadre thérapeutique où elle prendra sens et permettra une certaine démystification de la schizophrénie pour le patient et sa famille.

CHAPITRE 10

Stress post-traumatique chez un patient présentant une claustrophobie associée à une phobie du lit

Présentation du cas clinique

Jean-Paul, 69 ans, présente depuis peu un diabète devenu insulino-dépendant et une insuffisance rénale qui va le conduire, à court terme, à l'hémodialyse. Il nous fait part, en novembre 2005, de son appréhension des séances d'hémodialyse, dans la mesure où il présente une peur incontrôlable de la position allongée dans un lit, et ceci depuis fort longtemps.

Anamnèse

Jean-Paul est né le 12 juin 1937. Il est marié, et a trois enfants : une fille née en 1960, deux garçons nés en 1963 et 1967. Il est à la retraite, et exerçait auparavant le métier de chauffeur poids lourds.

Le début des troubles remonte à plus de trente ans : le 25 avril 1973, accompagné de son père, ancien chauffeur poids lourds en retraite, il se rend de Grenoble à Marseille en semi-remorque pour une livraison. Durant le retour, la fixation entre le camion et la remorque cède : le véhicule bascule dans un canal situé en deçà de la route. La cabine, en partie écrasée, se retrouve à l'envers, le toit contre le fond du canal, les côtés coincés contre les berges de la rivière, les vitres sont brisées. Les deux hommes sont secoués dans la chute, l'eau boueuse envahit la cabine, la plongeant dans l'obscurité. Au bord de l'asphyxie, la bouche et le nez emplis de boue, ils cherchent vainement à s'extraire de leur prison de tôle. « On s'est vus morts », souligne le patient. Finalement, Jean-Paul, en tâtonnant d'une main dans le noir, découvre, au travers de la vitre brisée d'une portière, la berge du canal : il existe un passage d'une trentaine de centimètres de largeur, au travers duquel ils vont pouvoir se faufiler. Son bras droit lui fait mal. Il attrape son père d'une

main, le pousse à l'extérieur et ils finissent tous les deux par se hisser sur le plancher du camion renversé. Jean-Paul passera dix jours à l'hôpital pour soigner son épaule blessée, et son père en sera quitte pour quelques fractures de côtes. Jean-Paul conservera une capsulite chronique et une limitation des amplitudes de l'épaule. Ce handicap finira par le faire changer d'emploi quelques mois plus tard.

Dans les deux à trois mois qui suivront, Jean-Paul va progressivement présenter des troubles du sommeil. Il avait été victime, en 1953, au cours d'un match de rugby, d'une fracture du nez, et il en avait conservé une déviation de la cloison nasale vers la gauche. Jean-Paul n'a jamais souffert de cette séquelle entre 1953 et 1973, mais il se met alors à constater qu'il respire mal par la narine gauche : dorénavant, il lui est impossible de s'endormir autrement que couché sur le côté droit, la main droite repoussant vers l'extérieur l'aile gauche du nez, de façon à augmenter le débit de l'air dans la narine gauche. Au bout d'une heure à une heure et demie de sommeil, il se réveille brutalement, « comme un ressort » dit son épouse, et se projette hors du lit, debout, avec la sensation d'étouffement par obstruction nasale. Les pensées automatiques, lors des réveils, sont les suivantes : « Je vais devenir fou », « Je suis perdu », « Je vais mourir », « Je vais perdre le contrôle ».

Un ORL a été consulté en 1983, qui n'a pas jugé utile d'intervenir sur la cloison nasale.

De fin 1973 à l'heure actuelle (novembre 2005), il ne passera plus aucune nuit de façon normale. Ses nuits commencent dans un fauteuil devant la télévision, avec l'appréhension anxieuse du coucher ; après deux épisodes de sommeil d'une heure, il se met au lit vers deux heures du matin, avec le comportement précédemment décrit, et se réveille brutalement au bout d'une heure trente. Il finit sa nuit au fauteuil, le doigt sur la narine gauche, et reste ainsi jusqu'à 5 heures du matin : il se lève alors pour sa journée. En dehors de ces attaques de panique nocturnes, le patient est hypervigilant : il sursaute de façon exagérée. Les événements catastrophiques des actualités télévisées (tremblement de terre, attentat du 11 septembre 2001 des *Twin Towers* à New York, les guerres...) lui déclenchent des réactions émotionnelles intenses.

Les choses prennent un tournant différent en novembre 2005, parce que Jean-Paul est diabétique insulino-dépendant et qu'il présente depuis deux ans une insuffisance rénale pour laquelle on prévoit de débiter l'hémodialyse dans les douze mois à venir. Cette perspective, qui implique des séances répétées de station allongée durant plusieurs heures, angoisse fortement Jean-Paul et motive la demande de thérapie comportementale et cognitive.

On relève les points suivants :

- ce qui accroît ce comportement : la sensation d'obstruction nasale ;

- ce qui diminue ce comportement : les traitements locaux pour le nez (vasoconstricteurs, corticoïdes) ;
- ce qui ne pose pas de souci : rester assis au fauteuil pour s'endormir, en écartant la narine gauche ;
- l'imagerie mentale de Jean-Paul :
 - lors de l'évocation de l'accident : la vase, le camion renversé,
 - les rêves : 2 à 3 fois par mois, il se voit au volant de son camion, dans un labyrinthe de routes sans issue, et ne parvient pas à s'en sortir, d'où un réveil brutal,
 - lorsqu'il se trouve sur le bord d'un précipice, il s'en écarte pour éviter d'être attiré par le vide.

Par ailleurs, Jean-Paul décrit d'autres comportements pathologiques.

Incapacité à prendre un ascenseur

Jean-Paul peut entrer dans une cabine d'ascenseur sans problème si les portes restent ouvertes. Mais si les portes se ferment, une attaque de panique se déclenche : l'ascenseur pourrait rester bloqué, et le patient resterait alors enfermé sans pouvoir en sortir. Il évite donc de prendre les ascenseurs. S'il se trouve dans l'obligation de monter en ascenseur, il emporte avec lui un pied-de-biche comme objet contra-phobique qui lui permettrait de débloquer les portes, le cas échéant.

Peur des hôpitaux, des lits d'hospitalisation, des examens allongés du type scanner ou IRM

Jean-Paul n'a jamais pu passer une IRM ou un scanner, même avec prémédication par anxiolytique. « C'est impossible, je vais tout arracher, je vais devenir fou », souligne-t-il. Entrer dans un hôpital, même pour rendre visite à quelqu'un, lui est difficile.

Panique dans un grand magasin, lors d'une panne d'électricité

En fin de journée, à l'automne, s'est produite une panne d'électricité dans une grande surface ; la vision des portes de sortie dont les vitres apparaissaient noires (du fait de l'heure tardive) a déclenché chez Jean-Paul une peur intense. « Les issues sont bloquées, ils ont fermé les portes, je suis enfermé, je suis prisonnier, s'il arrive quelque chose (le feu), comme vais-je faire pour sortir ? » a-t-il pensé. Jean-Paul s'est précipité vers les caisses, dans l'intention de « se sauver et d'ouvrir les portes ». Ce sont les phares des voitures sur le parking qui l'ont rassuré, au travers des portes vitrées.

Peur de la vue du sang d'autrui

Si Jean-Paul peut voir son sang (il se pique plusieurs fois par jour au bout du doigt pour déterminer sa glycémie), il lui est insoutenable de voir le sang de quelqu'un d'autre : « C'est quelqu'un qui souffre, je ne connais pas sa souffrance, c'est peut-être grave, il va peut-être mourir et je ne pourrai rien faire ». Cette peur semble être apparue en 1989, à la suite d'un accident du travail de l'un de ses camarades (« Il criait, et finalement il est resté handicapé du pied »).

Crainte de partir seul loin de chez lui, depuis le début du traitement à l'insuline

« S'il m'arrive quelque chose, les autres ne sauront pas ce que j'ai, on ne pourra pas me soigner correctement, je pourrais mourir. Ici, chez moi, il y a ma femme », explique-t-il. Ce comportement est secondaire à un trouble de l'axe III, le diabète insulino-dépendant : on ne le considérera donc pas comme un comportement phobique (crainte d'une hypoglycémie).

On confirme à cette occasion l'ancienneté des comportements pathologiques décrits ci-dessus : à la différence de cette crainte de partir seul loin du domicile, ils sont tous apparus depuis 1973, c'est-à-dire de nombreuses années avant l'apparition de la pathologie diabétique de Jean-Paul.

Diagnostic

Selon la classification du DSM IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- **Axe I : troubles cliniques.**

Le patient présente deux ordres de troubles :

- des attaques de panique nocturnes lors d'éveils brutaux au cours de la nuit, un état d'hypervigilance avec sursauts exagérés, des réactions émotionnelles intenses lors des reportages télévisés concernant des catastrophes, qui s'inscrivent dans le cadre d'un état de stress post-traumatique chronique [F43.1] ;
- de façon systématique, des attaques de panique avec comportements d'évitement et comportements contra-phobiques : prise de l'ascenseur avec un pied-de-biche, évitement des cabines téléphoniques, endormissement avec un geste d'élargissement de la narine gauche ; le patient en reconnaît le caractère irrationnel. Ces éléments constituent une phobie spécifique [F40.2] de type situationnel (endroits clos et lit) ;
- enfin, la crainte que présente le patient de partir seul loin de chez lui pourrait faire envisager une évolution actuelle vers l'agoraphobie.

Cependant, l'apparition de ce comportement de façon secondaire à un problème organique (la mise sous insuline) ne fera pas considérer ce problème comme phobique au sens du DSM-IV, et ne sera donc pas retenu comme tel.

- *Axe II* : trouble de personnalité.

Il n'a pas été mis en évidence de trouble de personnalité. Il est clair qu'avant 1973 Jean-Paul menait une vie normale, sans originalité dans son comportement sinon un trait d'impulsivité, insuffisant pour faire parler de trouble de personnalité. Aucun trait phobique n'était noté avant 1973.

- *Axe III* : affections médicales générales.

Diabète non-insulinodépendant avec hypertension depuis 1988, avec insuffisance rénale depuis 2003 et insulinodépendance depuis 2004.

Perspective d'hémodialyse à 12 mois.

- *Axe IV* : problèmes psychosociaux et environnementaux.

Aucun problème particulier n'est à signaler.

- *Axe V* : évaluation globale du fonctionnement : 50 (Symptômes importants ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire).

En fait, le stress post-traumatique résulte selon le DSM-IV de l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une reviviscence persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neuro-végétative :

A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents :

1. la personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqué la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui ;
2. la réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B) L'événement traumatique est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, des pensées, des perceptions ;
2. rêves répétitifs et pénibles de l'événement ;
3. impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait ;
4. intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci ;

5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants :

1. efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme ;
2. efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
3. incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
4. réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative ;
5. sentiment de détachement, ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
6. restriction des affects (par exemple incapacité de ressentir des sentiments amoureux) ;
7. sentiment que l'avenir est « bouché », que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

D) La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) :

1. difficultés à s'endormir, ou sommeil interrompu ;
2. irritabilité ou accès de colère ;
3. difficultés de concentration ;
4. hypervigilance ;
5. réaction de sursaut exagérée.

E) Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins 1 mois.

F) Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

Problème-cible = phobie spécifique des endroits clos et du lit (fig. 10.1 et 10.2).

Anticipation

Appréhension du lit et de la position allongée : « Si je m'allonge sur le lit, mon nez va se boucher et je vais étouffer. »

Appréhension de l'ascenseur : « Je ne vais pas pouvoir me sortir de là si ça se coince. »

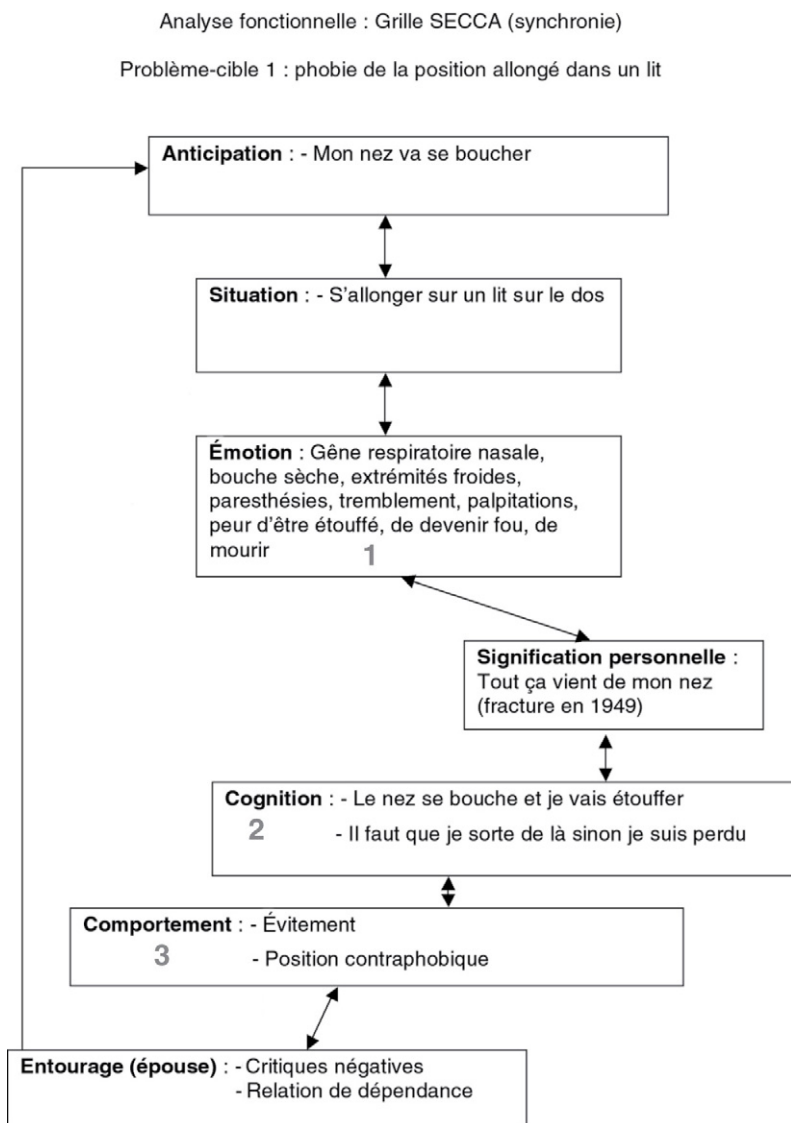


FIGURE 10.1. Analyse fonctionnelle : grille SECCA (synchronie).
Problème-cible 1 : phobie de la position allongée dans un lit.

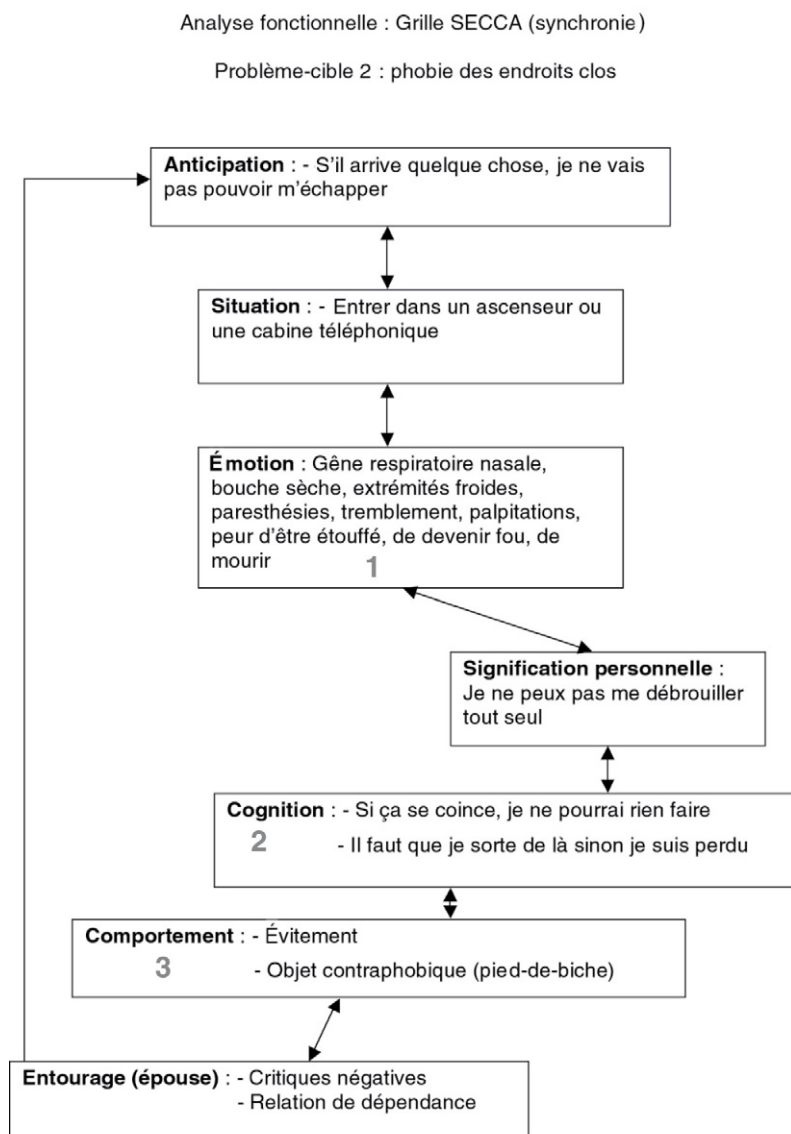


FIGURE 10.2. Analyse fonctionnelle : grille SECCA (synchronie).
Problème-cible 2 : phobie des endroits clos.

Situation

- Les lits et l'alitement : les lits d'hôpitaux, les lits d'examen où il faudrait rester longtemps allongé sur le dos (scanner, IRM).
- Les endroits clos : ascenseurs, cabines téléphoniques.

Émotion

Affects accompagnant le comportement :

- peur d'être étouffé ;
- peur de devenir fou ;
- peur de mourir ;
- irritabilité devant son manque de contrôle.

Sensations accompagnant le comportement :

- gêne respiratoire nasale avec sensation d'étouffement ;
- bouche sèche ;
- extrémités froides ;
- picotements dans les mains et dans les jambes ;
- frissons et tremblements, tension musculaire ;
- palpitations.

Signification personnelle

- Pour le lit : « Tout ça, ça vient de mon nez. »
- Pour les ascenseurs : « Je ne peux pas me débrouiller tout seul. »

Cognition

- Si je dors sur le dos ou sur le côté gauche, la narine se bouche et je suis perdu, il faut absolument que je sorte du lit.
- Si je dois aller à l'hôpital, je ne pourrai pas rester allongé avec des tuyaux dans le nez, on devra m'attacher ; je me débattrai, je suis capable de manger les courroies, d'arracher les tuyaux ; les nerfs prendront le dessus, tout va s'écrouler, je vais mourir.
- Si je suis dans un endroit dont les issues sont bouchées, je dois me sortir de là, je ne peux pas rester coincé comme un rat dans un piège et y mourir.

Imagerie

Aucune au cours de ces situations.

A.7. Comportement ouvert :

- dans le lit : endormissement laborieux, avec une position contraphobique ;
- dans la cabine d'ascenseur : évitement, autant que possible. Objet contraphobique : pied-de-biche.

Entourage

Sa femme :

- critique négative : « Tu es à moitié marteau, tu n'es pas fait comme les autres, ce n'est pas possible d'être nerveux comme ça. Si tu prends la voiture tout seul, tu vas faire des bêtises, tu vas t'énerver, tu vas encore te bagarrer, tu crois encore que tu as 20 ans » (Jean-Paul est impulsif : il lui est arrivé, les années précédentes, de se battre avec des automobilistes discourtois) ;

• depuis l'insulinothérapie : « Ne va pas aux champignons tout seul ». Jean-Paul souligne : « Je ne pars jamais tout seul loin de la maison. S'il m'arrive quelque chose (une attaque, que je ne puisse plus bouger, que le cœur lâche...), ma femme sait ce que j'ai, elle pourra donner des renseignements pour qu'on me soigne. Avec elle, je suis aux petits soins s'il m'arrive quelque chose ». Il rajoute : « En voiture, elle est là : s'il m'arrive un accident, elle verra que ce n'est pas moi qui l'ai occasionné. Elle ne pourra pas dire que j'ai fait quelque chose de travers ».

Sa femme renvoie donc à Jean-Paul l'image d'un homme immature, dépendant, impulsif, peu intelligent, à qui on ne peut faire confiance.

Elle est celle qui sait ce qui est bien pour lui, celle qui garantit sa sécurité.

Les petits-enfants : « Faut pas toucher au nez de papi ! ».

Diachronie

Données structurales possibles

Il semble que la mère de Jean-Paul ait eu des comportements de type craintif dans des situations très diverses, pouvant peut-être expliquer une vulnérabilité génétiquement transmise.

Au niveau personnel, il est à noter le trait impulsif de la personnalité de Jean-Paul, qui riposte volontiers physiquement en cas d'agression sociale. Cette impulsivité dénote une tendance spontanée à traiter les informations de façon sous-corticale. Ce mode de fonctionnement cérébral pourrait être partie prenante dans la genèse de l'état de stress post-traumatique chez le patient.

Facteurs historiques de maintien possibles

Estime de soi : Jean-Paul se considère comme incapable d'agir seul.

Son épouse le renforce dans cette idée.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Fracture du nez en 1953, avec déviation de la cloison nasale vers la gauche. Il est important de rappeler que cette fracture n'a jamais fait parler d'elle avant fin 1973, qu'un ORL consulté en 1983 n'a pas jugé utile de proposer un traitement correctif quelconque à ce sujet.

Événements précipitant les troubles

Accident de camion de 1973.

En fin de thérapie, Jean-Paul rapportera un événement important : à l'âge de 3-4 ans, il a été surpris dans sa sieste et enroulé dans un matelas par un cousin qui menaçait de le jeter par la fenêtre.

Autres problèmes

Diabète insulino-dépendant avec proximité d'hémodialyse. Le diabète non insulino-dépendant est apparu dans les années 1988, il ne présentait aucune contrainte psychologique pour le patient et son entourage, ne nécessitant qu'un régime alimentaire et la prise de médicaments. Il n'existait aucun risque hypoglycémique majeur, et la discussion avec l'épouse du patient a bien confirmé le caractère non inquiétant de cette pathologie. Tous les troubles comportementaux pris en compte ci-dessus sont antérieurs au début du diabète.

L'insulino-dépendance date de juin 2004. Elle a rajouté la crainte de présenter une hypoglycémie dans l'esprit de Jean-Paul et de son épouse : la peur de l'éloignement seul du domicile conjugal lui est secondaire et n'est pas considérée comme une pathologie phobique, au sens du DSM-IV.

L'insuffisance rénale est apparue au début de l'été 2003. C'est donc la perspective de l'hémodialyse qui a provoqué la demande de thérapie.

Traitements antérieurs

Aucune prise en charge médicamenteuse et/ou psychothérapique n'a été mise en œuvre précédemment. Les seuls traitements pris par Jean-Paul sont ceux prescrits pour sa pathologie organique.

Jean-Paul a une demande spontanée vis-à-vis de la thérapie, dans le sens d'une aide lui permettant de contrôler son appréhension des séances d'hémodialyse. Il sait qu'il n'est jamais parvenu à passer un scanner ou une IRM, et il présente parfois des idées suicidaires depuis l'annonce de la dialyse.

Le patient apparaît :

- motivé ;
- sensible à la relaxation, laquelle a un effet très net sur la respiration nasale et la détente musculaire. La première séance de relaxation de type Schultz a séduit Jean-Paul : ses narines n'ont jamais aussi bien fonctionné depuis des années. La nuit qui a suivi, il a pu dormir quatre heures d'affilée dans son lit. Idem pour la deuxième séance de relaxation ;
- précis et compliant vis-à-vis des propositions thérapeutiques : son cahier d'insulinothérapie est très bien tenu, et les résultats sur l'équilibre du diabète sont excellents.

Méthodes d'évaluation

Méthodes utilisées pour évaluer globalement l'effet de la thérapie

- Questionnaire des peurs (Marks et Mathews).

- Échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux), avec : phobie I : « Rester allongé dans un lit » et phobie II : « Prendre un ascenseur ».
- Test comportemental d'évitement (Marks), avec : tâche 1 : « Rester assis dans un lit », tâche 2 : « Rester allongé dans un lit », tâche 3 : « Entrer dans un ascenseur, fermer les portes et les rouvrir aussitôt », tâche 4 : « Prendre un ascenseur et monter 4 étages ».

Ces trois premiers tests mesureront l'effet du traitement sur la pathologie phobique.

- *Beck depression inventory* (BDI) : ce test permettra de mesurer l'intensité des idées dépressives au cours de la thérapie.
- PCL-S (Weathers) : ce test permettra de suivre l'évolution de l'état de stress post-traumatique au cours de la prise en charge.

Méthodes utilisées pour mettre en évidence les changements en cours de thérapie

À chaque séance, il sera demandé au patient de coter de 0 à 8 :

- la phobie I de l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux) ;
- la phobie II de l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux).

À la fin de chaque phase de la thérapie, il sera demandé au patient de remplir les cinq questionnaires initiaux.

Thérapie

Protocole thérapeutique proposé

Jean-Paul a été victime en 1973 d'un accident au cours duquel il a risqué sa vie. On affirme à titre d'hypothèse de travail que cet événement a été responsable de la constitution d'un état de stress post-traumatique et d'une phobie spécifique (endroits clos et lit).

On établira un protocole thérapeutique de type A-B, c'est-à-dire qu'après établissement d'une ligne de base à l'aide des moyens de mesure décrits plus haut, on proposera des séances au cours desquelles on donnera au patient tous les éléments de compréhension concernant ses troubles, on lui fournira des outils (relaxation, contrôle respiratoire) afin de prévenir et contrôler ses attaques de panique. Dans un deuxième temps thérapeutique, on réalisera une désensibilisation systématique sur les phobies existantes. La fréquence des séances sera d'une par semaine environ. Des tâches d'auto-observation et de mise en œuvre de ces outils seront demandées, ces tâches devront être réalisées entre les séances.

Le but recherché est la disparition du comportement d'évitement de la situation allongée dans un lit durant plusieurs heures.

Ligne de base (phase A)

Séance A. Analyse fonctionnelle (1)

La phobie du lit est évaluée à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 8/8. On note une importante appréhension anticipatoire quotidienne du lit.

Séance B. Analyse fonctionnelle (2)

La phobie du lit est toujours à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 8/8.

Séance C. Analyse fonctionnelle (3)

La phobie du lit est toujours à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 8/8. Cette séance est l'occasion de donner à Jean-Paul des explications physiopathologiques concernant l'attaque de panique, le système sympathique et le rôle de l'hyperventilation. Nous réalisons une épreuve d'hyperventilation, suivie d'un travail de réattribution des symptômes (tremblements, picotements, extrémités froides, vertige), d'un apprentissage du contrôle respiratoire, d'explications sur le rôle antagoniste du nerf vague. Le rôle de la relaxation est également abordé. Une séance de relaxation (de type Schultz) en fin de séance est très appréciée : à la fin de la relaxation, Jean-Paul teste le fonctionnement de ses narines et explique qu'il n'a pas aussi bien respiré depuis des années. La nuit suivante, il dormira quatre heures allongé dans son lit.

Phase B1

Séance 1

La phobie du lit est cotée à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 8/8. Le patient décrit une appréhension des séances d'hémodialyse. Son épouse est inquiète : « Comment vas-tu faire pour les supporter ? Tu ne vas jamais y parvenir... ». Jean-Paul confirme donc l'influence très renforçatrice de sa femme sur sa propre angoisse. Nous remettons au patient une cassette audio de relaxation, avec pour consigne la réalisation d'une séance de relaxation le matin et le soir.

Séance 2

La phobie du lit est cotée à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 3/8. Le patient reçoit des explications sur l'hémodialyse. Il apparaît – chose qu'il ne précisait pas jusqu'alors – que Jean-Paul n'appréhende pas tant les séances de dialyse que « l'opération ». Nous découvrons que le mot « opération », lié à la réalisation, au niveau d'un bras, d'une fistule artério-veineuse pour permettre l'hémodialyse, avait dans la tête de

Jean-Paul la signification d'une intervention sur les reins (soit dans le sens d'une ablation d'un rein, soit dans le sens d'une greffe d'un autre rein). Nous donnons donc l'explication appropriée, ce qui provoque une émotion très intense et prolongée, avec sourire, puis larmes. Jean-Paul se déclare très soulagé et « à moitié guéri ».

Au cours de la semaine écoulée, Jean-Paul a spontanément pris l'ascenseur en compagnie de trois autres personnes, sans appréhension, et a monté avec elles 6 étages. Nous le renforçons longuement de manière positive : il a réussi à maîtriser un comportement vieux de 27 ans ! Nous l'incitons à discuter de sa réussite avec tout son entourage. Une séance de relaxation est effectuée en fin de séance.

Séance 3

L'anxiété anticipatoire est très importante : Jean-Paul évite le lit et ne dort plus que dans son fauteuil. La phobie du lit est à 7/8, la phobie de l'ascenseur à 3/8. Le patient réalise une séance de relaxation le matin et l'après-midi tous les jours, à l'aide de la cassette audio. Il a bien compris en quoi consistait la fistule, mais appréhende terriblement les séances de dialyse, bien qu'il ait rencontré un ami dialysé depuis plus de 10 ans. Il s'expose à l'ascenseur spontanément tous les jours, en montant 4 étages. Devant tenir le rôle du Père Noël pour l'après-midi des enfants d'une entreprise où il a des amis, il n'a pas pu enfiler l'habit trop ajusté, ni mettre la fausse barbe, ressentant alors une intense peur d'étouffement.

Séance 4

L'anxiété anticipatoire du lit est à son paroxysme, et Jean-Paul n'entre même plus dans sa chambre. La phobie du lit est cotée 8/8, la phobie de l'ascenseur 3/8. Son épouse est très présente, critiquant la mauvaise réalisation des séances de relaxation, ne renforçant aucun des progrès réalisés, présentant de façon angoissante la future hémodialyse.

Nous proposons une réunion à trois avec l'épouse de Jean-Paul, de façon à apprécier le rôle de celle-ci et intervenir sur les éléments du renforcement.

Séance 5

Cette séance est l'occasion d'une réunion avec Jean-Paul et Bernadette, son épouse. Nous demandons à celle-ci de parler de son mari. Bernadette avance un certain nombre de notions, qui méritent quelques rectifications.

a. L'incompréhension du trouble : « Il est fatigant, il m'énerve » ; « Il pense trop à son nez ».

b. La confusion chronologique : Bernadette ne réalise pas que les troubles ont commencé en 1975. « Ca a toujours été un problème pour lui, ce nez » ; « C'est un froussard, il a toujours été comme ça ».

c. La généralisation du caractère phobique de son mari à toutes les situations : « Un petit rien et il est perdu. C'est un froussard, et pas autre chose : il avait beau faire le caïd au rugby, ce n'est qu'un peureux ! ». Jean-Paul réagit violemment en rappelant que, durant la seconde guerre mondiale, à 15 ans, il n'a jamais hésité à sortir de nuit, qu'il n'a jamais eu peur, à la différence de ses camarades. Il rectifie en expliquant que seule l'idée du confinement et de l'étouffement lui provoque un comportement d'évitement ou d'échappement. « Sa mère était déjà comme ça, elle avait toujours peur de tout », lance Bernadette. Nous intervenons alors en rappelant la chronologie du trouble et son déclenchement à la suite de l'accident de 1973. En reprenant les dates, Bernadette convient que le nez ne posait pas de problème avant 1973, que les troubles anxieux de son mari ne sont pas généralisés à toutes les situations mais provoqués par l'évocation de l'obstruction nasale ou de la fermeture des issues. Nous insistons sur l'importance du résultat obtenu par les séances de relaxation sur la respiration nasale, prouvant bien que le nez ne représente pas une pathologie organique, mais que le trouble est psychologique, avec une fixation nasale irrationnelle. Nous rappelons la gravité de l'accident de 1973, en faisant réaliser à Bernadette, puisqu'elle a vu des photographies, que son mari et son beau-père ont bien failli y laisser la vie. Son époux a eu ce jour-là une grande présence d'esprit qui lui a permis d'échapper à la mort, ceci au prix d'une intense émotion qu'il a conservée dans sa mémoire. Tout cet argument est admis, larme à l'œil, par Bernadette. Nous complétons l'explication en précisant qu'il s'agit là d'un stress post-traumatique, phénomène bien connu et vécu par de nombreuses personnes ayant rencontré la situation de risque de mort pour elles-mêmes ou pour autrui.

d. La dépendance de son mari par rapport à elle : lorsque nous rappelons à Bernadette que son mari est en progrès – puisqu'il parvient maintenant à monter seul 4 étages en ascenseur et qu'il va continuer dans ce sens en se rendant dans un immeuble qui lui permette de monter beaucoup plus haut –, elle intervient en expliquant qu'il n'ira pas seul, qu'il est incapable d'y aller. De même, lorsque l'on en vient à la description des séances de relaxation, nous apprenons que c'est elle qui installe le magnétophone et appuie sur le bouton de lecture ; elle s'assied ensuite pour surveiller le déroulement de la séance et corriger l'élève inattentif ! Nous demandons alors instamment que Jean-Paul s'occupe seul de ses séances, en profitant tout particulièrement des moments d'absence de son épouse. Nous insistons également sur la nécessité qu'il s'expose seul à l'ascenseur, car il a montré qu'il en était capable.

e. L'absence de renforcement : nous présentons les progrès de Jean-Paul depuis le début des séances, à savoir :

- il est à présent capable de dire que son nez ne pose pas de souci, mais que « c'est dans la tête que ça se passe » ;

- il est capable de prendre l'ascenseur seul et sans pied-de-biche ;
- enfin, il a pu, à deux reprises, rester allongé et dormir quatre heures d'affilée dans son lit, au début de la prise en charge.

Nous insistons avec Bernadette sur l'importance de ces réalisations, dans le cadre d'un comportement vieux de 27 ans, et sur la nécessité de les valoriser en félicitant son mari pour chacun de ses progrès. Nous nous appuyons sur un schéma du modèle de l'apprentissage social par imitation (emprunté à Bandura) pour donner de l'autorité à cette explication. Petit clin d'œil de Jean-Paul : « Eh oui, c'est comme un chien à qui on apprend un nouveau comportement : si tu ne le félicites pas par une caresse, ça ne marche pas... ».

f. La peur de l'hémodialyse : Nous expliquons que lorsque le niveau jugé critique pour l'hémodialyse, mesuré sur la créatininémie, sera vraisemblablement atteint au cours de l'année 2006 ; il faudra alors réaliser la fistule au bras. Cela dit, à chaque jour suffit sa peine, et le travail actuel est de tout mettre en œuvre pour que Jean-Paul se débarrasse de son trouble psychologique auparavant, ce qui ne présente aucun souci au vu des résultats déjà atteints.

Séance 6

La phobie de l'ascenseur est cotée à 3/8, la phobie du lit à 8/8. Jean-Paul n'entre toujours pas dans sa chambre. Le patient est très satisfait de la séance précédente : son épouse est consciente de ses progrès, il réalise seul les séances de relaxation sans qu'elle les contrôle. Elle a une attitude moins critique vis-à-vis de lui.

Il explique également qu'il a pu, en 1993, monter plusieurs dizaines d'étages dans un ascenseur aux USA : il s'agissait d'un ascenseur extérieur à l'immeuble, avec parois vitrées et vue sur l'extérieur. On en vient à étudier ce qu'il redoute dans ses phobies : il s'avère donc que c'est d'une part la non-visibilité de ce qui se trouve de l'autre côté des portes (dans le cas d'un ascenseur d'intérieur, dans le cas de la panne d'électricité la nuit dans une grande surface) et d'autre part l'exiguïté de la cabine. Il explique par exemple à cette occasion sa phobie des cabines téléphoniques. « C'est comme dans une caisse... », souligne-t-il

On en vient à parler de ses réactions émotives lors des événements de l'actualité télévisée (tremblements de terre, inondations, souffrance d'autrui). Nous lui demandons d'expliquer la raison de ses réactions émotionnelles dans de telles circonstances, lui confiant que pour notre part nous trouvons ces événements regrettables et tristes, mais qu'ils ne provoquent pas chez nous de réaction émotive majeure. Il en arrive à la conclusion qu'il prend pour son propre compte la souffrance des autres. Nous lui expliquons qu'il s'agit là d'une erreur de personnalisation, fréquente chez les personnes souffrant d'états de stress post-traumatiques. Nous faisons un schéma reliant l'événement traumatisant initial à l'erreur par

personnalisation et aux réactions émotionnelles vis-à-vis des événements de l'actualité. On parle du phénomène de flash-back, qu'il connaît bien.

L'évitement du lit étant maximal, les séances de relaxation étant parfaitement assimilées par ailleurs (à condition qu'elles soient réalisées sur un fauteuil), nous proposons à Jean-Paul d'en réaliser une allongé sur un divan. En fin de séance, Jean-Paul explique que son nez ne s'est pas débouché comme d'habitude, et qu'il ressent une tension musculaire. On compare la position de la tête dans les deux situations : divan et fauteuil. Au fauteuil, Jean-Paul bascule la tête en arrière et se trouve donc visage à l'horizontale. Sur le divan, le dossier relevé fait que la position de la tête est plus inclinée vers l'avant, facteur qui est en principe rassurant pour Jean-Paul. Nous lui faisons prendre la position allongée sur le divan, visage à l'horizontale : le patient fuit immédiatement cette situation. Il en conclut que la position de la tête, supposée influencer selon lui sur la respiration nasale, n'est pas en cause ; le nez n'est pas impliqué, seule son appréhension de la position allongée sur le dos pose problème.

Séance 7

La phobie de l'ascenseur est cotée à 2/8, la phobie du lit à 4/8. Jean-Paul recommence à dormir dans son lit pendant une heure trente, ceci à deux reprises au cours de la semaine. Il monte régulièrement 4 étages d'affilée en ascenseur.

Séance 8

La phobie de l'ascenseur est cotée à 3/8, la phobie du lit à 5/8. Jean-Paul dort une heure et demie sur le divan du salon, allongé sur le côté : il a pu le faire trois fois dans la semaine. Nous lui donnons pour consigne de poursuivre la relaxation matin et soir, de s'exposer à l'ascenseur en montant aux 5^e et 6^e étages, de dormir sur le divan toutes les nuits.

Séance 9

Jean-Paul arrive avec un grand sourire : il est content de lui. Sa phobie de l'ascenseur n'est plus qu'à 1/8. Il est monté trois fois dans la semaine au 7^e étage, il s'est imaginé la situation d'une panne dans la cabine et s'est jugé tout à fait capable d'attendre le dépanneur pendant une heure.

La phobie du lit est à 3/8. Jean-Paul a dormi toutes les nuits une heure avant de se réveiller : deux fois dans son lit, les autres jours sur le divan du salon, en position allongée sur le côté droit (position contraphobique). À la question de la préférence du divan plutôt que le lit, il répond que la télévision du salon fait un peu de lumière et un bruit de fond qui le sécurisent. Nous lui proposons de poursuivre les expériences d'exposition avec une veilleuse dans la chambre.

Séance 10

Jean-Paul arrive souriant : « C'est impeccable ! », lance-t-il. Il a dormi une fois 3 heures d'affilée dans son lit, sans réveil en sursaut, et a passé ensuite une excellente journée. Il a en fait passé 3 nuits dans son lit, avec une veilleuse : dans un premier temps 1 heure, puis 2 heures, puis 3 heures. Depuis 15 jours, il n'a plus eu aucun réveil en sursaut. La phobie du lit est cotée à 3/8, la phobie de l'ascenseur à 2/8. Il monte régulièrement au 7^e étage.

Jean-Paul s'endort toujours sur le côté droit, dans sa position contraphobique, et se réveille sur le côté droit. Nous proposons de commencer une désensibilisation systématique pour régler le problème de la position allongée sur le dos et pour permettre de passer plus régulièrement de nombreuses heures dans le lit. Jean-Paul est en effet très sensible à la relaxation.

On réalise donc une nouvelle évaluation avec les 5 questionnaires initiaux, et on construit ensemble une hiérarchie de scènes dont le but final sera d'être allongé sur le dos dans un lit de façon détendue durant plusieurs heures dans le noir :

- scène 1 : être assis au fauteuil, à la lumière du jour ;
- scène 2 : être assis au bord du lit, à la lumière du jour ;
- scène 3 : être assis dans le lit, bien calé avec 3 oreillers, à la lumière du jour ;
- scène 4 : lit + 2 oreillers, à la lumière du jour, couché sur le côté ;
- scène 5 : lit + 2 oreillers, à la lumière du jour, couché sur le dos ;
- scène 6 : lit + 1 oreiller, à la lumière du jour, couché sur le dos ;
- scène 7 : lit sans oreiller, à la lumière du jour, couché sur le dos ;
- scène 8 : lit sans oreiller, à la lumière du jour, durant _ heure ;
- scène 9 : lit sans oreiller, à la lumière du jour, durant 1 heure ;
- scène 10 : lit sans oreiller, de nuit, durant _ heure ;
- scène 11 : lit sans oreiller, de nuit, durant 1 heure ;
- scène 12 : lit sans oreiller, de nuit, durant 2 heures ;
- scène 13 : lit sans oreiller, de nuit, durant 3 heures ;
- scène 14 : lit sans oreiller, de nuit, durant 4 heures ;
- scène 15 : lit sans oreiller, de nuit, durant 8 heures.

Phase B2

Séance 11

Jean-Paul a dormi 6 fois 3 heures dans son lit avec éveil sans sursaut, mais le nez « bouché ». Il s'endort toujours dans sa position contraphobique. Un seul jour, il n'a dormi qu'une heure. La phobie du lit est à présent cotée à 2/8, la phobie de l'ascenseur à 3/8. Jean-Paul décrit la disparition des réveils brutaux, de l'hypovigilance diurne, des réactions émotionnelles lors des informations radios ou télévisées.

On débute la désensibilisation par les trois premières scènes, sans problème particulier.

Pour ce qui concerne les tâches à réaliser au domicile, le patient va devoir continuer la relaxation et l'auto-exposition.

Séance 12

La phobie de l'ascenseur est cotée à 2/8, la phobie du lit à 3/8. Le patient a dormi dans son lit 5 jours sur 7, durant 3 heures. Le réveil est calme, sans sursaut. On évoque sous relaxation les scènes 3, 4 et 5, sans aucun problème. Jean-Paul poursuit la relaxation à domicile.

Séance 13

Jean-Paul a pris les ascenseurs du Centre Hospitalier, et s'est rendu au 12^e étage, ceci à 4 reprises. La phobie de l'ascenseur est cotée à 3/8. Il a dormi au lit une fois une heure, une fois 2 heures. Il souffre d'une rhinite, responsable de la recrudescence de la sensation d'obstruction nasale. La phobie du lit est cotée à 4/8.

On évoque sous relaxation les scènes 5, 6 et 7, sans aucune difficulté.

Séance 14

La phobie de l'ascenseur est à 2/8, la phobie du lit à 2/8. Enrhumé, Jean-Paul a le nez bouché, et cela le gêne. Il a dormi deux fois trois heures dans son lit, une fois une heure et demie. Un traitement antibiotique est prescrit, pour lutter contre cette rhino-sinusite qui traîne.

On évoque en imagination les scènes 7, 8 et 9, sans problème particulier.

Devant la difficulté éprouvée par Jean-Paul à s'exposer à l'ascenseur d'un immeuble de 28 étages, exposition dont nous avons parlé à plusieurs reprises, nous proposons un *modeling* de participation dans l'ascenseur de cet immeuble le 12 mars prochain.

Séance 15

Nous nous rendons avec Jean-Paul en voiture à l'adresse voulue. Nous découvrons à cette occasion un nouvel évitement problématique pour le patient : la ceinture de sécurité, que Jean-Paul n'a jamais bouclée de sa vie. Nous lui proposons de mettre sa ceinture, et il s'exécute. L'angoisse est pour lui de 7/8 à cet instant. Nous lui conseillons d'effectuer un contrôle respiratoire, et lui rappelons le modèle de l'habituation avec l'évolution des symptômes au cours du temps. Régulièrement, l'angoisse baisse : 4/8 sur la voie rapide, puis, parvenus au pied de l'immeuble, après un temps d'attente, elle est de 2/8 au bout de 30 minutes. Jean-Paul est satisfait, content d'avoir franchi un cap. À l'entrée de l'immeuble, son angoisse est à 0/8. On attend l'ascenseur,

avec pour but de monter au 7^e étage. Devant l'épaisseur des murs et l'aspect métallique des portes, l'angoisse remonte : 2/8, puis 5/8. À l'intérieur, nous demandons le 7^e étage. L'angoisse de Jean-Paul est à 2/8 à mi-parcours. Au 7^e, les portes s'ouvrent et, avec l'accord de Jean-Paul, nous restons dans l'ascenseur pour parvenir au 14^e étage : son angoisse est à 2/8. Nous montons au 21^e, puis au 28^e : l'angoisse est à 0/8. Après plusieurs voyages aller-retour au 28^e, nous proposons à Jean-Paul d'appuyer lui-même sur le bouton d'étage. On étudie les boutons « arrêt d'urgence » et « alarme en cas de blocage ». Nous demandons à Jean-Paul d'imaginer qu'une panne peut toujours arriver. Après un aller-retour au 28^e, nous proposons de laisser Jean-Paul voyager seul pendant 10 minutes. Nous l'attendons au rez-de-chaussée. Tout se passe bien, et il effectue plusieurs allées et venues au 28^e.

Nous serons restés une quarantaine de minutes dans l'immeuble. À la sortie, l'angoisse du patient est à 0/8.

Au retour, Jean-Paul accroche spontanément sa ceinture sans angoisse. À aucun moment du retour il ne sera angoissé, et il parlera abondamment de ses réussites, que nous renforçons positivement par des félicitations répétées.

Séance 16

La phobie des ascenseurs est cotée 2/8, la phobie du lit 2/8. Jean-Paul a dormi dans son lit 2 fois trois heures, et une fois 2 heures. La rhinosinusite, pas encore guérie, explique les mauvais résultats de durée de sommeil au lit. Nous modifions le traitement antibiotique pour assécher ce nez qui continue à être très encombré. Jean-Paul est enchanté des progrès de la veille, et très satisfait de ses réussites.

On aborde en imagination les scènes 9,10 et 11, sans aucune difficulté.

Pour ce qui concerne les tâches à réaliser au domicile, Jean-Paul va devoir poursuivre la relaxation 10-15 minutes matin et soir tous les jours, poursuivre l'exposition le plus souvent possible en ascenseur à l'immeuble de 28 étages, et s'exposer à la ceinture de sécurité de la voiture tous les jours (il lira le journal dans sa voiture garée, ou accompagnera sa femme chez le dentiste).

On propose de débiter maintenant des tâches à domicile sur le thème désensibilisé ; la hiérarchie suivante est établie avec le patient :

- tâche 1 : faire la sieste couché sur le côté, allongé dans le lit, avec la lumière qui filtre au travers des volets, durant une heure ;
- tâche 2 : même scène, couché sur le dos, allongé dans le lit, avec la lumière filtrant des volets, durant une heure ;
- tâche 3 : couché sur le dos, allongé dans le lit, durant une heure, dans le noir ;

- tâche 4 : idem, 2 heures, dans le noir ;
- tâche 5 : idem, 3 heures, dans le noir ;
- tâche 6 : idem, 4 heures, dans le noir ;
- tâche 7 : idem, 5 heures, dans le noir.

Jean-Paul va donc devoir effectuer la tâche 1 au cours de la semaine à venir : rester couché sur le côté, allongé dans le lit, avec la lumière du jour, durant une heure, de manière quotidienne.

Séance 17

La phobie de l'ascenseur est cotée à 2/8, la phobie du lit à 0/8. Jean-Paul a dormi 2 fois 3 heures et deux fois 2 heures dans son lit, une fois une heure, deux nuits au fauteuil. Il n'a plus aucune appréhension du lit, et se réveille détendu. La tâche 1 a été effectuée sans aucune difficulté, et sans aucun geste contraphobique sur la narine. Le patient s'expose aux ascenseurs (7^e étage) et à la ceinture régulièrement. Il ne se sert plus de la casquette de relaxation : il parvient à se relaxer tout seul deux fois par jour.

On aborde en imagination sous relaxation les scènes 11, 12 et 13 (6^e séance de désensibilisation).

Une tâche à réaliser au domicile est proposée : rester allongé sur le dos une heure par jour sur le lit, à la lumière du jour (tâche 2 de la hiérarchie).

Séance 18

La phobie de l'ascenseur est cotée à 2/8, la phobie du lit à 0/8. Jean-Paul a dormi 3 fois 3 heures dans son lit, et 3 fois 2 heures. Plus aucune appréhension du lit n'est relevée. La sieste allongé sur le dos (à la lumière du jour, pendant une heure) a été réalisée quotidiennement, sans difficulté. Le patient raconte qu'à l'âge de 3-4 ans, un cousin plus âgé, pour chahuter, au moment de la sieste de l'après-midi, l'a enroulé dans un matelas mince, de la tête aux pieds. Jean-Paul s'est senti pris dans ce cylindre sans pouvoir bouger, a eu très peur de rester coincé là, le cousin disant qu'il allait le jeter par la fenêtre. Cette épreuve a duré une dizaine de minutes. Le patient souligne qu'il a toujours détesté être sanglé ou maintenu par des camarades. Ce souvenir ne provoque actuellement aucune émotion particulière. Nous demandons à Jean-Paul de nous raconter à nouveau l'épisode de l'accident de camion, qui ne provoque plus non plus d'angoisse.

On aborde en imagination sous relaxation les scènes 13, 14 et 15, sans problème particulier.

Pour la semaine à venir, Jean-Paul va devoir rester couché sur le dos, allongé dans le lit, durant une heure, dans le noir (tâche 3). Un nouveau *modeling* de participation est prévu, en raison d'une anxiété anticipatoire

de 2/8 qui persiste pour l'ascenseur à l'idée de monter au 28^e étage (le *modeling* est réalisé le 2 avril, sans aucune difficulté).

Séance 19

La phobie de l'ascenseur est cotée à 1/8, la phobie du lit à 0/8. Jean-Paul a dormi toutes les nuits 3 heures dans son lit, sans aucune lumière. Il a poursuivi les séances de relaxation 2 fois par jour, et a continué à s'exposer à l'ascenseur et à la ceinture de sécurité. La tâche 3 a été réalisée sans problème particulier.

Pour la prochaine séance, Jean-Paul va devoir continuer la relaxation 2 fois par jour, poursuivre ses expositions à l'ascenseur, et faire la sieste, couché sur le dos, allongé dans le lit, durant 2 heures, dans le noir (tâche 4).

Séance 20

La phobie de l'ascenseur est à 0/8, la phobie du lit à 0/8. La tâche 4 a été effectuée sans aucun problème. Le patient dort toutes les nuits 3 heures dans son lit sans appréhension anxieuse ni éveil brutal, sans lumière. Il monte au 28^e étage en ascenseur sans aucune difficulté. Jean-Paul va débiter la dialyse d'ici quelques semaines. On aborde en imagination sous relaxation profonde la scène 15 de la hiérarchie de désensibilisation, puis la séance de dialyse, sans aucune appréhension. Pour la prochaine séance, le patient va devoir réaliser la tâche 5 : dormir tous les jours, couché sur le dos, durant 3 heures, dans le noir.

Séance 21

La phobie de l'ascenseur est cotée à 0/8, la phobie du lit à 0/8. Jean-Paul dort tous les jours 3 à 4 heures dans son lit, dans le noir. La séance de dialyse est abordée en imagination, sous relaxation profonde. La date du 6 mai a été retenue avec le néphrologue pour réaliser la fistule, et Jean-Paul a visité le centre de dialyse.

Séance 22

La phobie de l'ascenseur est cotée à 0/8, la phobie du lit à 0/8. Jean-Paul dort 3 à 4 heures par nuit dans son lit, sur le dos, dans le noir. L'appréhension de la fistule est cotée à 0/8 : elle aura lieu dans 6 jours. Une nouvelle séance de désensibilisation portant sur une séance de dialyse est réalisée, sans angoisse particulière.

Séance 23

Jean-Paul a bénéficié de la mise en place de sa fistule hier, sans problème particulier : il est resté allongé sur la table d'opération, sous anesthésie

locale du bras droit, durant 2 heures. Il ne présente plus d'anxiété à l'idée d'une séance d'hémodialyse. La phobie de l'ascenseur est cotée à 0/8, la phobie du lit à 0/8. Le patient dort tous les jours 4 heures dans le noir.

Résultats

	PPAG	PPAG	QP	QP	PCL-S	BDI
Séances	Phobie 1	Phobie 2	Agoraphobie	Sang - blessures		
A	7	8				
B	7	8	15	24	43	18
C	7	8				
1	7	8				
2	7	3				
3	7	3				
4	8	3				
6	8	3				
7	4	2				
8	5	3				
9	3	1				
10	3	2	13	17	28	13
11	2	3				
12	3	2				
13	4	3				
14	2	2				
15	2	2				
16	0	2				
17	0	2				
18	0	1				
19	0	0				
20	0	0				
21	0	0				
22	0	0	11	15	19	7

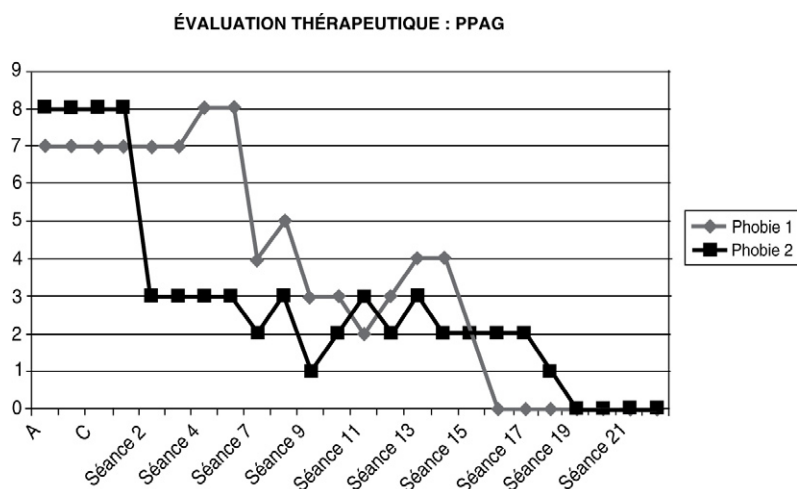


FIGURE 10.3. Évaluation thérapeutique : PPAG.

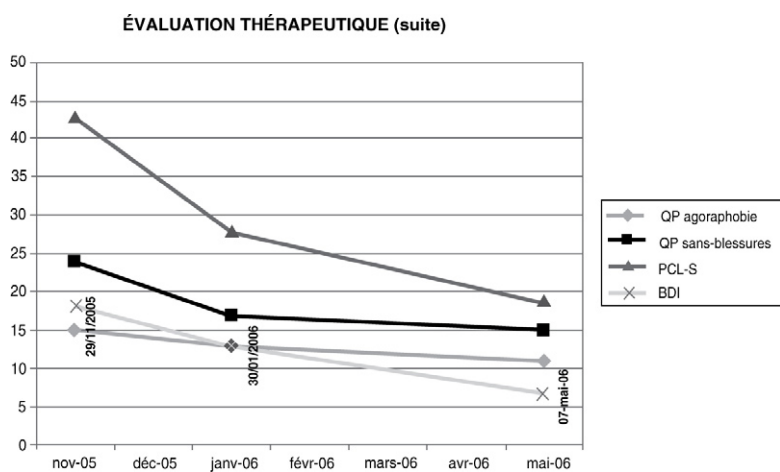


FIGURE 10.4. Évaluation thérapeutique (suite).

À la suite des explications données sur les attaques de panique, sur le stress post-traumatique, sur l'apprentissage conditionné de la peur, sur la physiologie du système nerveux autonome, sur les moyens tels que la relaxation et le contrôle respiratoire, Jean-Paul a acquis une compréhension de son trouble et un sentiment de maîtrise, de sorte qu'il a pu spontanément affronter la situation de la prise d'un ascenseur ; ceci moins d'un mois après le début de la prise en charge, alors qu'aucune thérapie d'exposition n'avait encore été mise en place.

Le contrôle du renforcement, c'est-à-dire la mise à contribution de l'épouse de Jean-Paul dans le processus thérapeutique, a permis de réduire cette anticipation anxieuse de façon très nette, si bien que, trois semaines plus tard, Jean-Paul se sentait capable d'affronter en imagination une panne d'ascenseur.

La période du 20 février au 13 mars est marquée par une recrudescence de l'anticipation anxieuse, notamment de la position allongée au lit, liée à une rhino-sinusite. La difficulté essentielle du traitement de ce cas de stress post-traumatique a été la correction des cognitions irrationnelles liées au nez, lesquelles ont été un facteur de maintien majeur du trouble dans le temps.

L'appréhension de l'étouffement nasal au cours du sommeil a nécessité une désensibilisation systématique qui a permis de séparer et de traiter séparément les différents éléments intervenant dans la problématique : position couchée sur le dos, durée du sommeil, rôle de l'obscurité, suppression de la position contraphobique.

La désensibilisation, provoquant l'exposition à la position couchée sur le dos, a permis de révéler un souvenir ancien d'une situation où Jean-Paul avait eu peur de mourir : le confinement allongé dans un matelas enroulé, dans le noir, par un cousin qui menaçait de le jeter par la fenêtre. Ce souvenir enfoui est probablement celui qui maintenait la peur du lit et de la position allongée dans le noir, ainsi que la peur des sangles et des ceintures. De nombreuses études ont démontré que l'existence d'un traumatisme antérieur augmente l'impact d'un nouveau traumatisme. L'accident de camion aura probablement réveillé un souvenir antérieur de peur de la mort, et aura été, lui, responsable de la peur du confinement dans les ascenseurs. On remarquera que la peur de l'ascenseur a été plus rapidement traitée que la peur du lit. Peut-être en liaison avec son caractère plus récent dans l'ordre des souvenirs traumatiques.

La stabilité à long terme du changement obtenu sera réévaluée à 6 et à 12 mois pour vérifier la guérison, et éventuellement intervenir sur une rechute.

SYNTHÈSE

Cette vignette clinique illustre le rôle de chacun des différents éléments intervenant dans un trouble anxieux, et la nécessité d'une action modificatrice sur chacun d'eux : contrôle du renforcement, exposition à toutes les situations redoutées, étude détaillée de tous les éléments situationnels (position allongée, obscurité, durée du sommeil, respiration nasale, position contra-phobique). C'est essentiellement la compréhension du trouble par le patient et la perception de son efficacité personnelle dans la maîtrise du problème qui lui ont permis de guérir.

CHAPITRE 11

Témoignages

Martine

Étonnamment difficile que cette démarche rétrospective de témoignage ! Il m'a fallu un effort de mémoire et de logique pour retracer les quelques années qui sont derrière moi, comme si je venais de marcher sur une ligne perpendiculaire à celle du temps, comme si, après avoir quitté une adolescente, je la retrouvais et réglais ses doutes après une nuit agitée, après un cauchemar, après l'enfer qui m'a rendu adulte.

J'ai finalement réussi. Cela donne ceci : ma logique est de livrer, comme ils me viennent, tous les éléments qui ont eu un sens dans ma maladie et mon rétablissement.

J'ai eu une enfance où je jouais entre mes parents un rôle de médiateur, de réconciliation, d'écoute, un rôle d'adulte face à des adultes qui ne l'étaient pas vraiment. Le climat était fait de tension, peur, violence (physique au début, verbale et morale toujours). Je trouve dans ce rôle que l'on me donne un sens à ma vie : je suis là pour eux, je dois leur plaire, faire ce qu'ils attendent, être eux (penser pour et par eux). Être à la hauteur, toujours, voilà ce qui m'obsède. Bien sûr je suis seule, mais, moi, j'ai un rôle : qu'ils restent ensemble, que nous soyons toujours une famille !

Tout va ainsi jusqu'en 1992. J'ai 15 ans, je suis en seconde et Valérie ma petite sœur vient de naître. Ceci a été le premier choc : non, là, ils n'ont pas eu besoin de moi ! Pire, ils sont allés contre mes projets. Jusque-là, j'avais tout maîtrisé : tout et tout le monde. Là non ! Mais je continue...

En seconde, donc, je rencontre une jeune femme, professeur de philosophie, grande, belle, très intelligente. Nous devenons les meilleures amies du monde. Ce ne sera que bien plus tard que je mettrai des mots sur mes sentiments : elle a été la première de qui je sois vraiment amoureuse. Nous passons un an de parfaite complicité... jusqu'à ce qu'elle parte... sa vie l'appelait ailleurs (je connaissais d'ailleurs ses projets depuis toujours, mais refusais de les voir !).

D'un seul coup je me suis retrouvée seule... abandonnée... Qu'est-ce qui me manquait, que n'avais-je pas su faire ?

En 1994 j'ai 17 ans, je suis en terminale et je tombe dans l'anorexie-boulimie après une visite chez le médecin. Il m'avait brutalement fait cette remarque, à moi qui faisais alors 58 kg : « Il va falloir penser à perdre un peu là ! »...

Quelques mois après et 20 kg de moins, je rencontre une fille de mon âge qui me pousse dans mes interrogations sur mon corps, la sexualité, l'amour, la solitude, mon rôle... Je durcis encore l'anorexie. Après le bac, je commence une fac de philosophie. Là, le système ne me correspond pas et, déjà malade, encore plus seule, je commence la boulimie, de mai 1996 à avril 1997. Après avoir dépensé environ 30 000 francs en nourriture et contracté un prêt, je rentre dans une clinique psychiatrique pour trois mois.

Pour ce qui est de la nourriture, j'avais mangé et vomi jusqu'à n'en plus finir pendant des journées entières, de tout et n'importe quoi, du très gras, du très sucré, du chaud, du froid...

Pour ce qui est de l'aspect psychologique, j'étais passée dans les cabinets de divers thérapeutes : psychologue, psychiatres, endocrinologue. À la clinique, j'ai arrêté les crises de boulimie et adopté un système alimentaire calculé (certains aliments seulement). Personne ne m'aiguillait sur ce plan. Là je suis aussi « sortie » avec un homme, semblant de normalité qui me faisait penser que tout allait pour le mieux !

Après cet épisode ma nourriture était uniquement constituée de boîtes de conserves, ce que mon père a pu supporter jusqu'en novembre, parce que je vivais chez mes parents. Le 11 novembre, après une crise familiale, j'ai pris une « chambre chez l'habitant ». Ça a été pendant un temps jusqu'au jour où il y a eu « la bouchée de trop », celle qui fait que « mille ne suffisent pas » et je suis retombée dans la boulimie : une crise de temps en temps, puis tous les jours et à n'en plus finir. Un jour, j'ai téléphoné à mes parents. Ils sont venus me chercher et je ne suis plus retournée dans cette chambre.

Je ne savais vraiment plus du tout quoi faire, je dormais mal, j'étais pleine d'angoisses et, au détour d'un journal, j'ai découvert les thérapies comportementales et cognitives. Un mois après, je commençais ma thérapie avec un psy qu'une amie m'avait conseillé ; je me suis clairement dit que si ma solution n'était pas là, elle n'était pas. Le 14 mars, après une colère noire de mon père, j'ai pris la décision de faire une crise de boulimie (je ne me suis pas laissé submerger par elle comme d'habitude), malgré mon désir exprimé à ma mère d'essayer de ne plus en faire. J'ai englouti les aliments devant ma mère. Elle m'a dit « je croyais que tu essayais de ne plus en faire... ». J'ai répondu : « oui, c'est vrai, mais là, je n'y arrive pas ». Elle s'est assise et m'a regardé faire, avec amour, en me parlant d'autre chose. Ce jour-là, c'était ma dernière crise. Par la suite, j'ai commencé à manger des biscuits, les mêmes à chaque repas, puis, au fil du temps et avec beaucoup de patience, j'ai varié les aliments en me faisant de petits plaisirs.

Aujourd'hui, grâce à ma prise en charge comportementale et cognitive, je creuse ma personnalité, je comprends mieux mes comportements dysfonctionnels et mes pensées toxiques, je vais bien et de mieux en mieux chaque jour. De la solitude, je suis passée à une phase de désir de rencontrer des gens, puis à une autre où je suis allée en rencontrer.

Aujourd'hui aussi j'essaie de m'écouter, de m'accepter, de me faire plaisir, de prendre mon temps. Être attentive à moi et me respecter, voilà ce qui me fait aller bien, être bien dans ma peau (plus de question de poids, de regard extérieur), bien dans ma tête (moins de culpabilité par rapport à ce que je fais, ne fais pas, pense, plus de jugement par rapport à ma sexualité, envie de relations, envie de mettre des limites.), et bien dans mon assiette...

C'est bon la vie ! Je crois que pour que ça marche avec les TCC, il faut être au bout de soi-même et être prêt à souffrir un peu, le temps du sevrage, pour aller mieux. Or, pour arriver à faire cela, il faut faire confiance à son thérapeute, à ceux qui sont déjà passés par là et qui vous disent que ça vaut le coup. Je peux le dire, ça vaut le coup ! Oh oui !

Stéphanie

J'ai 57 ans. J'ai souvent traversé les espaces les plus vastes, sans aucun problème pendant 42 ans ! Puis, un beau jour de 1996, devant une avenue banale empruntée quotidiennement, je me suis retrouvée subitement bloquée car assaillie de vertiges, mes jambes se dérobaient, ne me portaient plus, et je fus contrainte, dans un élan, de revenir sur mes pas, dans un état que je ne saurais décrire. J'ignorais qu'il s'agissait d'une première attaque de panique avec agoraphobie.

Cette agoraphobie est apparue de façon bien insidieuse. En effet, dans le passé, sur une période de dix ans, j'ai subi des épisodes de vertiges et de spasmes qui apparaissaient brutalement pour disparaître aussi vite quelques jours plus tard, et pour n'apparaître à nouveau, et dans les mêmes conditions, que trois ou quatre ans plus tard. Devant l'intensité de ces vertiges, des examens approfondis furent menés à bien en urgence afin de rechercher une tumeur éventuelle, et je dus subir scanners, radios du crâne, bilans ORL, etc., non sans angoisse ! Aucune anomalie particulière ne fut détectée. En dehors de ces malaises, ma vie était tout à fait normale. Cependant, il était clair que ces malaises se répétaient, et, à chaque fois, je ressortais de consultation sans aucune réponse médicale à mes symptômes, complètement désemparée, avec des vertiges qui me contraignaient à raser les murs, je ne pouvais que constater mon comportement anormal, sans que personne ne puisse m'en expliquer l'origine !

Après cette première crise d'agoraphobie de 1996, un soir, à la sortie de mon travail, devant une rue habituelle, je fus prise d'un malaise indéfinissable avec une faiblesse subite des membres inférieurs, les pieds et les mollets engourdis ; avec cette sensation de ne plus avoir de jambes pour me porter, isolée du monde entier, comme happée par le vide, je traversais la rue en zigzaguant, titubant, persuadée à chaque pas que j'allais tomber, pour me retrouver au prix d'un effort surhumain de l'autre côté de la rue, le visage livide, décomposé, avec une expression de peur, de terreur. Je pensais ne jamais pouvoir rentrer chez moi ; pourtant, je m'engouffrais dans le métro, je rasais les murs. Peu à peu, la crise se calma, je pus à nouveau marcher, monter les escaliers et au fur et à mesure que j'approchais de chez moi je sentais que j'allais mieux. Finalement, je marchais normalement pour rentrer à mon domicile, mais j'étais totalement épuisée.

Cette attaque de panique fut suivie de bien d'autres... dans les gares, sur les places, les boulevards, les rues, partout où le vide existait. Le jour où je m'aperçus que je traversais un immense boulevard accompagnée d'une amie sans aucun problème, je compris que j'étais devenue agoraphobe.

Mon agoraphobie devint très importante, les crises laissaient la place à d'autres crises et j'étais à chaque fois submergée. Chaque avenue était devenue un « spasme » à endurer, chaque rue était devenue un problème. Le moindre espace à traverser semblait s'allonger démesurément, et mes pas semblaient en revanche se rapetisser. Le souvenir de mes spasmes était tel que je tombais dans « la peur de la peur ». Je tentais de lutter seule, de me raisonner, de me secouer ; je me grondais sévèrement... en vain. Ce vide devint le problème de ma vie. Un cancer qui me rongait !

La moindre émotion provoquait un état vertigineux qui se terminait par un spasme. Ces émotions apparaissaient dans des situations tout à fait anodines : un rendez-vous, un pli à aller chercher à la poste, un document à aller chercher dans le bureau voisin, une conversation qui s'allongeait un peu, des nouvelles insatisfaisantes, ou pas de nouvelles, un regard glacial... et je sortais titubante pour éprouver, à nouveau, devant le premier vide, le vertige.

Je finis par me dire que je n'étais pas comme tout le monde, que je n'étais pas normale. Alors je tombais progressivement dans l'évitement, et ma vie se rétrécit peu à peu. Mes pensées étaient axées sur la rue et ses problèmes, je me confortais dans un périmètre de sécurité. Les flâneries d'autrefois dans les rues étaient devenues des errances. Je m'enfermais progressivement chez moi, refusant toutes les invitations susceptibles de me poser un problème pour m'y rendre. Lorsque je me hasardais à quitter mon quartier, c'était après avoir scruté le plan mille fois afin d'y trouver la sortie de métro la

plus proche et surtout sur le même trottoir. Le métro devint ma roue de secours, avec ses passages souterrains et ses murs ; il me permit d'effectuer les déplacements indispensables : domicile-travail, travail-domicile.

En 2008, je vivais sous terre, comme une taupe. Mes spasmes étaient suivis de crises de panique, véritable séisme intérieur qui vous fait perdre tous vos moyens. Comment expliquer cet état second dans lequel on se trouve pour une situation banale, avec une seule idée : « comment fuir ? ».

Cet état a aussi provoqué une autre peur, celle du regard des autres, dans la rue, dans les endroits où l'on pouvait m'observer, où l'on pouvait me voir perdre le contrôle. Une conversation, un rendez-vous, une sortie, une simple démarche et, tout à coup, une tension au niveau de la nuque d'abord, elle est là, bien là, l'angoisse, et c'est le vertige...

Ce fut une solitude et une souffrance intenses pendant des années, cet état : le doute permanent m'a conduit au repli sur moi-même. Cette énergie dont je disposais dans le passé, qu'était-elle devenue ? Toute cette énergie que je décuplais au quotidien pour éviter de perdre le contrôle de moi-même, pour me cacher, pour me taire. Anéantie, épuisée par ce combat intérieur permanent, ma vie a continué cahin-caha avec presque plus aucune saveur.

J'ai beaucoup lu d'ouvrages sur l'anxiété, les émotions et l'agoraphobie, et ces lectures m'ont seulement permis de comprendre ce qui m'arrivait, mais ne m'ont pas permis de m'en sortir. Cependant, je découvris ainsi qu'il existait des TCC (thérapies cognitives et comportementales) pour guérir de ces troubles anxieux. J'entrepris donc une thérapie, et, à mon grand étonnement, je fis peu à peu des progrès : je doutais moins de moi et je réussis à traverser des rues de plus en plus larges pour en arriver à une vie normale. En essayant de vaincre chaque jour les évitements, je vais beaucoup mieux, mais il faut toujours rester vigilant parce que cette phobie est sous-jacente, prête à guetter la moindre faiblesse.

Le thérapeute m'a apporté un soutien et un certain climat de confiance. Pendant longtemps j'ai porté seule ce lourd secret humiliant, mais pour la première fois, il y a une semaine, j'ai pu annoncer à mes proches de façon naturelle que oui, je suis agoraphobe. Et vraisemblablement plus pour très longtemps...

Esther

Comme de nombreuses femmes, j'ai souffert de dépression. Cela a commencé à se manifester vers l'âge de 23-24 ans. Mariée et enceinte, je n'ai pas supporté cette grossesse. J'étais très euphorique et je n'avais plus les pieds sur terre, à tel point que j'ai dû subir un avortement.

C'était terrible, et c'est de là que date ma première dépression. J'étais révoltée, j'en étais venue à détester tous les bébés et parfois j'aurais été peut-être jusqu'à en tuer un tellement j'étais blessée. On m'avait enlevé une partie de moi-même. Mais petit à petit, grâce à l'amour de mon mari, j'ai remonté peu à peu la pente et finalement accepté de ne jamais avoir d'enfant. Mais malgré tout, depuis cette période, j'atterrissais tous les deux ans à l'hôpital. Cela se passait ainsi : sans savoir exactement pourquoi, je perdais confiance en moi, je commençais à avoir des angoisses, je ne dormais plus, je n'arrivais plus à me concentrer.

Je me dévalorisais, j'avais des idées fixes. J'étais à un tel point perturbée que, par exemple, je devenais incapable de faire un café après le repas du soir. J'étais désespérée. J'ai également fait trois tentatives de suicide. La première fois, persuadée que je ne valais plus rien et que mon mari ne m'aimait plus, j'ai avalé une trentaine de comprimés de neuroleptiques et deux-trois verres d'alcool de pommes. C'était le matin où j'avais rendez-vous avec la psychiatre qui me suivait. J'ai naturellement manqué ce rendez-vous. La psy, voyant que je ne m'étais pas présenté, a téléphoné à mon mari qui est rentré chez nous. Je lui ai expliqué ce qui était arrivé. J'ai été conduite au CHU, où l'on m'a fait un lavage d'estomac, puis je suis restée pendant une journée en soins intensifs et, ensuite, je me suis retrouvée hospitalisée en psychiatrie où j'ai été prise en charge. Quand je n'avais pas le moral, je remettais tout en question : notre couple, mon existence, le sens de la vie. Comme je crois en Dieu, je suis sûre que cela m'a beaucoup aidée.

J'ai habité Paris pendant onze ans. Puis mon mari et moi avons déménagé. On avait décidé d'oublier le passé et de repartir à zéro. Mais au bout de quelques mois, j'étais à nouveau hospitalisée, à Chambéry cette fois. Là-bas, mon mari ne venait pas souvent me trouver. Il souffrait trop de me voir malade.

Ma troisième tentative de suicide aurait pu être fatale : j'étais en pyjama, j'ai rempli d'eau la baignoire, je me suis assise dans l'eau avec le grille-pain que j'avais branché auparavant. J'ai bien ressenti une petite secousse, mais c'est tout. Là j'ai vraiment compris que Dieu avait veillé sur moi. J'ai dû tout de même aller une fois de plus à l'hôpital. Avec mon mari, nous avons entamé une psychothérapie de couple. Je ne crois pas que cela nous ait apporté grand-chose. Je l'ai ressentie plutôt comme un échec.

Mais l'hospitalisation la plus douloureuse fut certainement la dernière en date. Petit à petit, la situation entre mon mari et moi se dégradait. Je l'exaspérais, j'avais peur de lui, il s'est mis à me frapper.

J'avais depuis deux ou trois ans une aide-ménagère qui venait deux fois par semaines. Les derniers temps, j'étais tellement peu bien qu'à 9 heures, lorsqu'elle arrivait, j'étais encore en pyjama. Je bénéficiais alors, en plus des visites de l'aide-ménagère, de celles d'un infirmier

psychiatrique et d'un assistant social. Sur les conseils de l'assistant social, à bout, j'ai quitté le domicile conjugal. Là, j'ai vraiment touché le fond, les abîmes de la déprime. Tous les jours je pleurais, j'avais les yeux gonflés et rougis, je ne pouvais plus m'arrêter. Mais tout de même, grâce à l'assistant social, au soutien de ma famille, à l'avocat, j'ai trouvé la force d'emménager dans un appartement d'une pièce, en centre-ville. Peu de temps après, mon mari et moi avons décidé de reprendre la vie commune. Mais à nouveau j'étais fatiguée, le moral au plus bas, et je ne dormais presque plus. Ce fut l'infirmier qui, un matin, m'annonça qu'il fallait m'hospitaliser à Chambéry. Ce fut très dur. Je ne pouvais pas sortir. J'ai dû ensuite apprendre à m'assumer, à me responsabiliser, à me déplacer par mes propres moyens depuis Chambéry, en bus ou en train. Heureusement j'avais une doctoresse et une ergothérapeute qui m'ont beaucoup aidée. Je tiens à les remercier toutes deux particulièrement.

Puis le couperet est tombé. Lors d'une réunion avec les médecins, mon mari fit part de sa décision : il voulait divorcer. J'ai eu beaucoup de peine à accepter ce changement dans ma vie, et j'ai été transférée dans un service ouvert d'où j'ai appris à faire mes premiers pas dans ma nouvelle vie. Petit à petit, j'ai pris de l'assurance, de la confiance en moi. L'hospitalisation aura duré huit mois et demi en tout. À ma sortie d'hôpital, j'ai changé de médicament. Ce changement ne s'est tout de même pas fait sans peine. J'étais angoissée. Ma psy a insisté pour que nous poursuivions le traitement et elle a eu raison, c'est un médicament qui m'assure un confort psychique certain. Voilà... Cela fait maintenant trois ans que je ne suis plus allée à l'hôpital, et maintenant un mois et demi que j'ai arrêté de fumer. Quelle victoire !

Alexandre

Je ne pourrais pas vous dire quand cela a commencé, car moi-même je ne le sais pas. Tout ce que je sais, c'est qu'aujourd'hui j'ai 18 ans et que cela fait plus de sept années que ça dure... J'ai toujours eu peur que quelque chose – n'importe quoi de tragique – arrive à quelqu'un – n'importe qui – à cause de moi. Ainsi, dans ma tête, je me disais que si je faisais certains gestes, si je touchais certains objets, si je prononçais des mots que je ne pensais pas (mais qu'il fallait que j'énonce), c'était pour éviter un tel « accident ». Mes rituels étaient en quelque sorte magiques...

Ces gestes incontrôlables par ma seule volonté commençaient à être extrêmement gênants en public. J'avais tellement peur de devenir fou qu'il fallait pour me libérer le dire à quelqu'un (le fait de le dire était aussi une compulsion, je crois). Je l'ai dit à mes parents, mais ils ne m'ont pas très bien compris. Ma mère m'a emmené voir notre médecin traitant ; ce dernier m'a dit que je souffrais de troubles obsessionnels

compulsifs, et il m'a prescrit des antidépresseurs. Il a rajouté que ce n'était pas de son ressort, qu'il fallait que je prenne rendez-vous chez un psychiatre. Ce que j'ai fait... Étant timide, il m'était difficile de lui dire expressément les choses telles qu'elles étaient. Je ne pouvais pas lui avouer : « Il faut absolument que je fasse un certain geste, sinon quelqu'un que j'aime bien ou même un inconnu va mourir à cause de moi ! ». Le thérapeute n'a pas très bien compris mon problème, il a supposé que j'étais en pleine crise d'adolescence. À cette époque j'étais en seconde, j'avais 15 ans.

Puis un jour le psychiatre m'a dit que si j'allais bien on pouvait arrêter les consultations ; j'ai répondu que j'étais OK, que ça allait effectivement mieux. Ce qui, bien sûr, était faux. Mais rien ne pouvait m'encourager à dire la vérité, car mon entourage avait honte de mon comportement ! Ma famille ne supportait pas que je puisse avoir des TOC ! Mais que devrais-je dire, moi qui tous les jours me répète : « Demain, j'arrête ! Demain, c'est fini ! » ?

J'ai honte de moi. Je sais que ce n'est pas de ma faute, mais j'ai honte ; d'ailleurs je ne pourrais même pas dévoiler mon identité car je n'en ai pas le courage. Tout comme je ne peux dire à mes parents : « Écoutez-moi, j'ai un truc important à vous apprendre ».

Depuis que je suis étudiant, je me suis renseigné sur cette maladie ; j'ai compris que je n'étais pas le seul, et que c'est à cause du regard de la société que certaines personnes n'osent pas avouer leur mal. J'ai vu des émissions qui concernaient les TOC ; j'avais honte de regarder ces programmes en compagnie de ma famille, car je voyais bien leur regard, j'imaginai leurs pensées : pour eux, c'était impossible que je puisse souffrir d'une telle maladie ! Je crois que seules les personnes qui vivent avec des TOC peuvent savoir ce que l'on endure réellement au quotidien. Si je n'avais pas ces troubles, je penserais certainement la même chose que les autres : « Pourquoi ils font ces gestes débiles ? Il suffit d'arrêter une bonne fois pour toutes, et on n'en parle plus ! ». C'est ce que je me dis tous les jours, et quand je regarde derrière moi ce ne sont plus des journées, ni des semaines ni des mois, mais bien des années qui se sont écoulées...

Le plus difficile, c'est de savoir que ce que l'on fait est anormal, savoir que les gens qui nous regardent et s'aperçoivent de quelque chose pensent que l'on est fou. Je ne supporte plus cette maladie, je perds du temps dans mes études, dans ma vie quotidienne. Au total, si je fais le calcul, je passe plus de 6 heures par jour à accomplir des rituels ! Les pensées obsédantes m'envahissent l'esprit, il ne se passe pas plus d'une heure sans que j'en aie.

Actuellement, personne ne sait que j'ai des TOC ; ils croient tous qu'un garçon dynamique qui affiche constamment un sourire en public ne peut souffrir à l'intérieur de lui-même. Je ne prends plus aucun médicament, je

ne suis aucune thérapie ; je sais que la vie n'est pas un long fleuve tranquille qui coule paisiblement, mais je sais aussi que malgré mon optimisme et ma volonté je ne pourrai pas guérir seul...

Quand ces rituels cesseront-ils ?...

Audrey

Mes doigts criblés de trous dus aux nombreux dextros que je m'inflige chaque jour ne m'empêcheront pas de pianoter sur ce clavier, le temps que je puisse raconter tout ce qui me tourmente depuis bien longtemps ; et j'aspire à cette drôle de fierté que de faire partie de cet ouvrage.

Je suis née en 1975, couverte de plaques d'eczéma. Un bébé très moche d'après ma mère.

Plus tard, j'ai développé un asthme, agrémenté de toutes sortes d'allergies.

Cet asthme m'accompagna toute mon enfance, ponctué de ces fameuses crises où l'on n'a pas vraiment l'impression d'étouffer, mais où l'on étouffe tout simplement.

Je fis même plusieurs séjours, dès l'âge de 6 ans, dans diverses cures thermales. Je restais tous les soirs seule, au réfectoire, car je n'arrivais pas à vider mon assiette remplie de ces monstrueuses pâtes blanches. J'y restais un mois chaque hiver, en Auvergne. Bon Dieu, je n'avais que 6 ans !

Ma mère a toujours feint une totale indifférence envers moi.

En fait c'est mon père qui passait ses nuits à la fenêtre, pour me faire respirer lorsque j'étouffais.

Nous habitions dans un petit village de 500 habitants. J'ai un frère de deux ans mon aîné.

Ma mère est d'origine réunionnaise ; ni mon frère ni moi n'avons hérité de caractères physiques flagrants des « pays chauds » ; je ressemble plutôt à une Italienne.

Je ne supportais pas que ma mère vienne me chercher à l'école, on la surnommait « la négresse », et moi l'enfant sorti de nulle part. De plus elle s'exprimait très mal, en parlant toujours très fort et se faisant à tous les coups remarquer.

Elle avait des difficultés à écrire, ne savait pas remplir une feuille maladie ou bien un chèque. Par ailleurs, elle aimait beaucoup l'argent.

À 14 ans, je fus diagnostiquée anorexique mentale. J'étais au collège, je n'aimais pas les cours et puis un jour je me suis évanouie. Je n'avais pas de problème réel avec mon corps, seulement je n'avais pas le temps de manger ; à choisir entre la cantine et les garçons, le choix était vite fait.

Mon anorexie ne dura pas, mais c'est à ce moment-là qu'elles apparurent : les crises.

Il m'arrivait souvent en classe de revivre la scène de l'évanouissement, et ça déclenchait quelque chose d'étrange en moi : une peur incompréhensible m'envahissait et toujours cette impression imminente de partir...

Je passais mes journées à l'infirmerie, mes nuits à prier pour que je ne meure pas pendant mon sommeil, que je me réveille chaque matin ; ça je le fais encore aujourd'hui.

Mes parents disaient : « C'est du cinéma ! ». Il m'était devenu impossible de suivre régulièrement les cours, le médecin m'a alors prescrit du *Xanax*.

Je ne me sentais plus normale.

On m'emmena voir des psychiatres. Je ne leur parlais jamais, impossible qu'ils puissent violer mon inconscient ! Je fixais obstinément le plafond tandis que ma mère disait : « C'est une comédienne, une bonne à rien ! ».

Les crises vinrent de plus en plus fort, je ne respirais plus, mes membres s'agitaient dans tous les sens, je devenais folle ! Folle ! Je me sentais ailleurs, en dehors. Un jour j'ai même pris un couteau de cuisine pour tenter de mettre fin à mon supplice. Résultat : je me suis pris une baffe de mon père et c'est tout.

Quatre années passèrent et l'on mit un mot sur ces états : crise d'angoisse avec dépersonnalisation.

Traitement : *Xanax*. Ô *Xanax*, mon amour qui me met toujours dans des états immédiats de bien-être. Le plus fidèle de mes amants, et légal en plus ! Avec lui, je me sentais moi-même.

Ma première cuite, je l'ai eue à 16 ans ; même impression qu'une crise, du coup je n'ai jamais retouché à une seule goutte d'alcool. Je ne sais pas dans quel état pourrait me transporter un verre de vin aujourd'hui...

En boîte de nuit, les stroboscopes déclenchaient mes crises.

Je n'allais pratiquement plus en classe, mes parents étaient en train de divorcer, j'avais 19 ans.

Je me suis retrouvée à l'hôpital psychiatrique suite à un joint fumé pour la première fois. Affolement total, les patients m'effrayaient, j'avais peur, je me sentais très mal. On me soulageait avec du *Solian*, médicament étrange sans notice explicite.

Je voulais savoir ce que l'on me donnait, mais peine perdue...

Dix ans plus tard, je me suis procuré un *Vidal* dans une brocante et j'ai su : *Solian*, indications : traitement des psychoses, schizophrénies paranoïdes et productives.

Tout allait trop vite, ma mère venait me voir à l'hôpital pour me soutirer des renseignements sur un éventuel adultère de mon père, uniquement pour racler un maximum de fric pour son divorce.

Mon père m'avoua que ma mère était une ancienne prostituée, et qu'en se mariant avec elle, il l'a tirée d'un mauvais pas.

Même une cousine que je ne voyais ordinairement jamais vint me rendre visite, histoire de voir Audrey l'animal, dans un HP !

Sur mon dossier médical, il y avait écrit *toxicomane*. J'hallucinais, je ne me droguais pas !! Ce sont les psys les fous !

Ma mère a fait des démarches et m'a placée dans un foyer de jeunes filles mal équilibrées.

Là-bas, je me suis sentie un peu mieux, j'ai essayé de me réorienter professionnellement, je voulais passer mon bac et devenir écrivain, un vieux rêve, qui le restera toujours. J'arrivais toujours à me procurer du *Xanax*, on ne sait jamais...

Un an après, j'obtins « le droit de retourner vivre chez mon père », mon père que j'ai toujours idéalisé...

D'importants problèmes d'argent ont fait que mon père décida de vendre la maison. Il s'acheta un deux pièces à la place en me faisant bien comprendre qu'il n'y avait pas de place pour moi. Il était temps pour moi de me prendre en charge !

Donc voilà, 21 ans et à la rue. J'étais immensément déçue par mon père, et ça ne sera pas la dernière fois.

J'ai vécu dans plein d'endroits différents, me servant de mes charmes pour escroquer quelques hommes parfois. Promettre la lune, sans jamais en montrer un seul bout.

Je fréquentais ce que mon père appellerait des gens malsains, des anciens taulards, des alcooliques...

Évidemment, je m'étais inventé une « belle vie », pour ne pas passer pour une ratée aux yeux de mon père. « Tout va bien, disais-je, j'ai un petit travail et je loue une chambre, tu vois je m'en sors ! ».

Mentir, pour me valoriser, me donner de l'importance.

Aucune nouvelle de ma mère ; j'appris qu'elle s'était mariée à plusieurs reprises, le dernier en date étant un gros pédophile plein de fric.

J'allais voir mon père de temps en temps, nous n'avions pas de réels dialogues, et je continuais à espérer qu'il m'aime, qu'il me voie telle que j'étais avec tous mes travers.

Avec du recul, je conçois ne pas avoir réellement connu ma mère, elle a dû souffrir de ce racisme, le même racisme que j'avais envers elle ; je conçois que mon père ait dû se servir de moi quelque part pour mieux divorcer. J'ai dit un jour à un psychiatre que j'aurais aimé connaître les conditions de ma conception, de ma naissance, que cela me serait utile pour comprendre ce que je suis aujourd'hui. Il m'a répondu que cela ne devait pas me concerner, que cela relevait de l'histoire personnelle de mes parents. Je reste persuadée du contraire. Qui sait ? Ma mère n'a peut-être jamais été une prostituée ? C'est peut-être une invention de mon père ? Les hommes ont souvent tendance à comparer les femmes à des putains.

Je ne me rappelle pas avoir eu de rêves à cette époque. J'ai toujours voulu devenir écrivain, je possédais des dizaines de cahiers relatant mon parcours, des histoires inventées ; c'était mon seul échappatoire, mes cahiers et la rue.

À 23 ans, je suis tombée enceinte d'un militaire.

Ce dernier me trompa à plusieurs reprises, j'appris même plus tard qu'il avait volontairement fait un enfant à une autre, et ce pendant ma propre grossesse.

Finalement, il me quitta et j'ai accouché seule à l'hôpital avec les réprimandes des médecins, qui je pense me jugeaient irresponsable.

Mon père s'est trouvé une nouvelle compagne ; pour bien faire il m'acheta du matériel et des couches pour le bébé et me laissa choir dans ma petite chambre d'hôtel carrément médiocre que je louais à l'époque.

Pourtant, Louis est né et je me suis sentie changée, pleine d'amour.

Hélas, le militaire revint dans ma vie. Je lui pardonnais, croyant enfin pouvoir fonder une vraie famille.

Pauvre idiote ! Comment pouvais-tu croire qu'il était facile de changer un homme qui n'avait jamais cessé de te tromper ?...

Me tromper pouvait encore passer, mais il ne s'est pas arrêté là.

Une première baffe et le cercle vicieux a commencé. Il me séquestrait dans la salle de bain, j'étais couverte de bleus. Une nuit j'ai même atterri aux urgences, croyant qu'il m'avait pété le tympan. Évidemment je niais toute violence de sa part. Se faire battre, mériter une correction, c'était devenu normal pour moi. Il ne travaillait plus, disait que c'était à cause de moi, que j'avais gardé cet enfant pour bénéficier des allocations familiales ; il disait que j'étais une mauvaise mère et qu'il allait me dénoncer à la DDASS. Il avait mon père, mon propre père comme allié ! Et toute sa famille à lui derrière. J'ai fini par le croire, j'étais une bonne à rien. Je ne pardonnerai jamais à mon père d'avoir feint la totale indifférence lorsque je lui téléphonais pour dormir chez lui par peur de rentrer chez moi le soir avec Louis ; je ne lui pardonnerai jamais de ne pas avoir vu ces bleus qui me couvraient le corps.

Je ne le trompais pas, moi, ce militaire !

Un soir j'ai eu un accident de voiture, apparemment grave, mais je m'en suis sortie avec la clavicule cassée. L'hôpital a téléphoné à mon père, qui ne s'est pas déplacé pour autant. Je me rappelle encore ses mots : « Je me lève tôt demain, je dois dormir, on passera demain ». Glacial !

Le lendemain il est venu avec sa compagne et le militaire pour rajouter une sacrée couche du genre : « Tu n'avais qu'à pas sortir ».

En sortant de l'hôpital, cet abruti de bidasse m'a refracturé la clavicule avec un « bon poing ». C'est tout ce que je méritais.

Lors d'un stage de reconversion professionnelle dans un théâtre, je finis par rencontrer le garçon le plus gentil du monde.

Nous sommes tout d'abord devenus de très bons copains et jouions un peu de musique ensemble. Et un jour je compris qu'il comptait beaucoup pour moi et que c'était réciproque.

Je décidais alors de tout lui avouer, et surtout de lui parler du militaire qui s'était incrusté dans ma vie et de ce qu'il me faisait subir.

Au début je pensais qu'il fuirait ce genre de situation un peu délicate, mais non ce n'était pas le genre.

Nous avons emménagé ensemble, et Louis semblait s'attacher plus à lui qu'à son géniteur ; ce dernier d'ailleurs me suivait et m'attendait à chaque coin de rue pour me donner quelques baffes au passage et me rappeler que je n'étais RIEN sans lui.

J'étais complètement déboussolée, j'avais l'impression d'être en permanence suivie, il tenta même de nous enlever Louis un jour.

Mes crises revenaient en force, je n'osais plus sortir de chez moi. J'avais peur, peur qu'il s'en prenne à mon ami, à Louis.

Un jour j'avais laissé la porte entrouverte ; je ne peux même pas décrire ce qu'il m'a fait ce jour-là. C'était la dernière fois.

Alors, je commençais à maigrir, à boire beaucoup et je me sentais mince, mince et tellement assoiffée...

J'ai atterri aux urgences. Je suis devenue diabétique insulino-dépendante. J'ai perdu la vue pendant un bon mois, et quatre semaines à l'hôpital ça donne à réfléchir.

L'insuline m'a fait grossir et je détestais mon nouveau corps, je m'auto-mutilais parfois car un surplus de graisse me rendait terriblement malheureuse ; tout le monde vous dit : « mais non, tu n'es pas grosse », mais ce genre de phrases on le dit même à des grosses plus grosses.

Depuis lors, je ne vois plus aucun psy ; c'est bien simple, je ne suis pas un livre ouvert et je n'aime pas l'idée de payer pour être aidée.

Je ne suis plus aussi dépendante de mon père, je ne l'idéalise plus. Ma mère est une femme absente que je ne connais pas.

Chanter et faire de la musique avec Manu est pour moi une bonne thérapie, et même si avant un concert je prends deux ou trois *Xanax*, je sais que je suis dans mon élément.

Louis a son papa bien à lui.

J'ai passé mon diplôme d'éducatrice technique spécialisée il y a quelques semaines, sans aucune félicitation de mon père (eh oui ! encore lui !).

Je suis sous *Deroxat*, depuis pas mal d'années maintenant, j'ai encore des crises plus ou moins fortes, mes quatre piqûres d'insuline par jour, mais je me sens plus proche, plus proche chaque jour, d'une certaine vérité...

Lorsqu'une crise atteint son paroxysme, j'ai vraiment l'impression d'être catapultée dans une autre sphère où je ne me sens plus moi-même, où toute réalité est superflue, où je suis submergée par une gigantesque vague d'adrénaline.

Quelque part cela ressemble un peu à ma personnalité en société : un pied dans le rêve, un autre dans la réalité.

David Cronenberg a dit : « Pourquoi ne pas inventer un concours de beauté d'organes, puisqu'il existe déjà nombreux concours de beauté plastique ? ». J'aime beaucoup cette phrase...

Conclusion

De plus en plus largement reconnues et pratiquées, les thérapies cognitivo-comportementales offrent aux professionnels de la santé des outils efficaces et validés pour le traitement d'un grand nombre d'affections.

Basées sur une démarche scientifique expérimentale, elles s'attachent à une évaluation rigoureuse des méthodes utilisées et des résultats obtenus. Leurs indications sont très vastes, et la prise en charge est adaptée au sujet adulte, à l'enfant, à l'adolescent, tout comme aux personnes âgées.

Le thérapeute adopte un style particulièrement apprécié par les patients. Ce style est très différent de l'image classique du praticien imperturbable, distant, souvent muet ou au contraire tenant un langage ésotérique. Comme nous avons pu le constater dans les cas exposés tout au long de cet ouvrage, la relation thérapeutique est ici :

- interactive : pendant une séance, le thérapeute explique, pose des questions et répond à celles du patient ;
- pédagogique et explicite : le langage utilisé est simple, les explications sont compréhensibles ;
- collaborative et égalitaire : il s'agit de déterminer, en collaboration avec le patient, des objectifs concrets et réalistes, ainsi que les techniques pour parvenir à les atteindre. Rien n'est imposé mais tout est exposé, discuté et proposé.

Les dix cas cliniques présentés dans cet ouvrage illustrent bien la diversité du champ d'action des thérapies cognitivo-comportementales, et mettent en exergue l'importance d'une relation soignant-soigné de qualité.

Nous espérons que ces vignettes cliniques auront permis au lecteur de suivre la progression d'une telle modalité de prise en charge sur le moyen terme, et que l'évolution salubre des patients, relatée le plus précisément possible, pourra souligner tout l'intérêt de ce type d'approche psychothérapique.

Enfin, nous concluons sur une citation de George Orwell : « Bien que tous les hommes soient égaux, certains sont plus égaux que d'autres », en rappelant que, peut-être, pour les dix cas exposés ici, la thérapie aura été l'occasion d'une avancée vers une part d'égalité retrouvée...

Bibliographie

Références

- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*. Traduction française par J.D. Guelfi et al. Paris : Masson ; 1996.
- Bourque P., Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement* 1982 ; 14 : 211-218.
- Bouvard M., Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson ; 1998.
- Cherrier A., Palazzolo J. *Schizophrénie: l'annonce du diagnostic*. Paris : Éditions In Press ; 2006.
- Cottraux J. Échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété diffuse. In : *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* J.D. Guelfi, ed. Boulogne : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1997, p. 391-396.
- Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4^e édition. Paris : Masson ; 2004.
- Cottraux J. *Les thérapies cognitives*. Paris : Retz ; 1992.
- Cottraux J., Fontaine O., Ladouceur R. *Thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Masson ; 1992.
- Cottraux J., Bouvard M., Légeron P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Paris : Établissement d'applications psychotechniques ; 1985.
- Cungi C. *Savoir gérer son stress*. Paris : Retz ; 1998.
- Cyrułnik B. *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette ; 1997.
- Gray J. *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*. Paris : Michel Laffon ; 1997.
- Gray J. *Mars et Vénus en amour*. Paris : Michel Laffon ; 1999.
- Légeron P. Place de la thérapie comportementale et cognitive dans le trouble panique. *Les Cahiers de Psychiatrie*. Actes du colloque franco-américain de psychiatrie: « Psychiatrie et environnement bio-psycho-social », Paris, 13-17 mai 1996: 53-59.
- Masters W.H., Johnson W.C. *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Robert Laffont ; 1971.
- Mellman T.A., Uhde T.W. Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry* 1989 ; 146 : 1204-1207.
- Mihaescu G., Séchaud M.C., Delsignore A. *Précis de thérapies comportementales et cognitives*. Chêne-Bourg : Éditions Médecine et Hygiène ; 1998.
- Mumford S. *Le bien-être par le massage sensuel*. Paris : Hachette ; 1995.
- Sami Ali M. *L'impasse relationnelle : temporalité et cancer*. Paris : Dunod ; 1982.

Pour en savoir plus

Références générales

- Ladouceur R., Fontaine O., Cottraux J. *Thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Masson ; 1998.
- Ladouceur R., Bouchard M.A., Granger L. *Principes et applications des thérapies comportementales*. Paris : Maloine ; 1977.
- Mirabel-Sarron C., Véra L. *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. 3^e édition. Paris : Dunod ; 2011.
- Palazzolo J. *Les thérapies comportementales et cognitives. Manuel pratique*. Paris : Éditions In Press ; 2007.
- Palazzolo J. *Guérir vite. Soigner les angoisses, la dépression, les phobies par les TCC*. Paris : Hachette ; 2005.
- Willson R., Branch R. *Les thérapies comportementales et cognitives pour les nuls*. Paris : First ; 2009.
- Wolpe J. *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson ; 1975.

Affirmation de soi

- Alberti R., Emmons M. *S'affirmer*. Paris : Le Jour Éditeur ; 1992.
- Andre C. *Imparfais, libres et heureux. Pratiques de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob ; 2009.
- André C., Légeron P. *La peur des autres*. Paris : Odile Jacob ; 1995.
- Chalvin D. *L'affirmation de soi. Mieux gérer ses relations avec les autres*. Paris : ESF ; 2009.
- Cungi C. *Savoir s'affirmer*. Paris : Retz ; 1996.
- Fanget F. *Affirmez-vous !* Paris : Odile Jacob ; 2000.
- Palazzolo J., Pinna C. *Coachez votre vie*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- Young J.E., Klosko J.S. *Je réinvente ma vie*. Montréal : Éditions de l'Homme ; 1995.

Communication et relations de couple

- Barrier G. *La communication non verbale*. Paris : ESF ; 2010.
- Boisvert J.M., Beaudry M. *S'affirmer et communiquer*. Montréal : Éditions de l'Homme ; 1979.
- Chatel V. *Communication de couple. Comment ne pas virer au dialogue de sourds*. Paris : Favre ; 2011.
- Jarrousse N., Poudat X. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson ; 1992.
- Poudat X., Jarrousse N. *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson ; 1992.
- Watzlawick P. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil ; 1972.

Phobies

- André C. *Les phobies*. Paris : Flammarion ; 1999.
- Marchand A. *La peur d'avoir peur*. Paris : Stanke ; 2005.
- Palazzolo J. *La gestion du stress et de l'aquaphobie par les TCC. L'apport de la plongée sous-marine*. Paris : Mon Petit Éditeur ; 2010.
- Pedinielli J.L., Bertagne P. *Les phobies. Agoraphobies, phobies sociales, phobies simples*. Paris : Armand Colin ; 2009.
- Peyre F. *Faire face aux paniques. Comment vaincre les crises et l'agoraphobie*. Paris : Retz ; 2006.

Psychoses

- D'Amato T., Saoud M. *La schizophrénie de l'adulte*. Paris : Masson ; 2006.
- Franck N. *La schizophrénie*. Paris : Odile Jacob ; 2006.

- Gourion D., Gut-Fayand A. *Les troubles schizophréniques*. Paris : Ellipses ; 2004.
- Monestès J.L. *La schizophrénie. Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne*. Paris : Odile Jacob ; 2008.
- Polosan M., Palazzolo J., Gallarda T. *Vieillesse, trouble bipolaire et schizophrénie*. Paris : CNRS Éditions ; 2006.
- Palazzolo J. *Les psychoses : données actuelles et perspectives*. Paris : Elsevier ; 2005.

Troubles anxieux

- André C., Muzo. *Petites angoisses et grosses phobies*. Paris : Seuil ; 2002.
- Ladouceur R., Marchand A., Boisvert J.M. *Les troubles anxieux*. Paris : Masson ; 1999.
- Marchand A., Letarte A. *La peur d'avoir peur*. Paris : Stanké ; 1993.
- Servant D. *Attaques de panique et agoraphobie. Diagnostic et prise en charge*. Paris : Masson ; 2001.

Troubles de la personnalité

- Blackburn I.M., Cottraux J. *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson ; 1995.
- Debray Q., Nolle D. *Les personnalités pathologiques*. Paris : Masson ; 1997.
- Roure L., Duizabo P. *Les comportements violents et dangereux*. Paris : Masson ; 2003.
- Young J.E., Klosko J.S. *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Paris : De Boeck ; 2005.

Informations utiles

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) : <http://www.aftcc.org>

L'objectif de l'AFTCC, fondée en 1971, est de promouvoir la pratique, l'enseignement et la recherche en matière de thérapie comportementale et cognitive. Sont disponibles sur ce site de nombreux renseignements concernant les formations, les congrès, les autres associations, etc.

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (AFFORTHECC): <http://www.afforthecc.org>

L'AFFORTHECC propose sur son site de nombreuses rubriques. Des programmes de formation, d'information et de supervision peuvent y être consultés.

Enfine : <http://www.enfine.com>

Association d'information et d'entraide autour des troubles du comportement alimentaire (TCA), créée par des proches et des patients, Enfine s'adresse aux personnes concernées par la boulimie et/ou l'anorexie. Elle a pour but d'informer, de mener une action préventive, d'apporter une dynamique d'entraide et de permettre aux personnes concernées par les TCA de rompre leur isolement en les aidant à exprimer leur souffrance et à s'orienter vers des relais de prise en charge thérapeutique ayant pour visée le rétablissement, la réactivité ainsi que la résilience. En outre, l'association Enfine a pour vocation de développer des réseaux, des partenariats, et de participer aux diverses actions menées autour des TCA.

Le site web Enfine.com existe depuis 1999, avec 56 000 pages vues et 18 000 visites par mois.

Fédération nationale des associations de (ex) patients en psychiatrie (Fnap Psy) : <http://www.fnapsy.org/>

La Fnap Psy se donne pour objectifs :

- de recenser et de regrouper les associations françaises de patients ou ex patients en psychiatrie, tout en œuvrant dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts de leurs adhérents ;
- d'accueillir les personnes ayant été soignées en psychiatrie, et de les orienter vers les associations de patients ou ex patients capables de les aider ;
- de faciliter l'action de ces associations ;
- d'aider à la création de nouvelles associations ayant des motivations similaires ;
- de démystifier la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades ;
- de diffuser l'information auprès du public par tous les moyens appropriés.

Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique : <http://www.graap.ch>

Créé en 1987, le GRAAP est une association de 808 membres, malades mentaux ou proches. Il compte aussi quelque 7000 membres de soutien. Le GRAAP fonctionne selon un principe de cogestion entre des patients et des professionnels expérimentés. Les membres sont encouragés à prendre des responsabilités concrètes. Son site propose de nombreux témoignages et articles portant sur les diverses modalités de la pratique psychiatrique.

Médiagora : <http://mediagora.free.fr/index.htm>

Médiagora, association loi 1901, a été créée le 12 juillet 1995. Elle a pour vocation de venir en aide aux personnes souffrant de troubles anxieux, que ces personnes soient en soin ou non, ainsi qu'à leur famille et entourage.

Le principe premier des membres de l'association est un engagement bénévole ; ce sont des personnes en souffrance ou guéries qui animent l'association.

Les objectifs de l'association sont les suivants :

- agir sur l'environnement (familial, scolaire, universitaire, professionnel) et le sensibiliser vis-à-vis des troubles anxieux ;
- aider les personnes et leur entourage proche en leur apportant un soutien moral durant leurs démarches de soin ;
- favoriser la communication entre personnes pendant les réunions et après, grâce notamment au journal *Le Paris des phobiques* et à l'écoute téléphonique ;

- recréer un réseau social. Celui-ci doit permettre à chacun de faire le point sur son propre vécu en le partageant, et d'aiguiller les autres vers différentes thérapies efficaces car précédemment éprouvées ;
- contribuer à instaurer à terme un modèle relationnel triangulaire « patient/thérapeute/association » qui s'inscrit dans l'esprit des TCC, thérapies qui redonnent au patient, soutenu par le médecin et relayé par l'association, un rôle actif dans la gestion de son mal-être au sein de son environnement propre.

Soin étude et recherche en psychiatrie : <http://www.serpsy.org>

Créé en avril 1998, le site SERPSY est destiné aussi bien aux professionnels de santé mentale qu'au grand public. C'est un espace de réflexion et d'échange autour de la relation soignant-soigné sous forme de témoignages, articles, comptes-rendus... Des thèmes diversifiés sont abordés.

Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) : <http://www.unafam.org>

L'UNAFAM propose sur son site une aide aux familles et un accompagnement des patients. Une série d'ouvrages sur la maladie mentale est recommandée.

INDEX

A

Abandon 35
 Acupuncture 4
 Addiction 5
 Adolescence 38
 Affect 132
 Affirmation de soi 179
 Affrontement 66
 Agenda de séance 112
 Agoraphobie 20, 56, 81
 Alliance thérapeutique 113
 Analyse
 fonctionnelle 5, 10, 28, 83
 transactionnelle 130
 Anamnèse 54, 61, 82, 106, 127, 155
 Angoisse 1, 26, 53, 61
 Anorexie 26
 Anticipation 188
 anxieuse 56, 64, 92
 Anxiété 83
 anticipatoire 228
 de situation 72
 généralisée 1, 89
 Aphonie 155
 Appréhension 164
 Apprentissage social par imitation 230
 Apprentissages 190
 Approche psycho-éducative 209
 Aquaphobie 159
 Assertivité 163
 Attaque de panique 1, 54, 81, 130, 217
 Autodépréciation 178
 Auto-injonction 132
 Automutilations 195
 Autonomie 75
 Auto-observation 32, 111

B

Benzodiazépine 94
 Bilan 72
Body Mass Index 27
 Borderline 127
 Boulimie 25
 Bromazépam 2, 17

C

Céphalées 3
 Claustrophobie 127, 215
 Cognitions 67
 dysfonctionnelles 189
 Communication 139
 Compétences sociales 163
 Comportement 12, 35, 169
 agressif 171, 185
 assertif 171, 185
 inhibé 171
 passif 171, 185
 Concentration 108
 Conceptualisation 61, 88
 Conditionnement 60
 classique 61, 144
 opérant 61
 Conflit 139
 interne 13
 Conséquence
 négative 42
 positive 42
 Contrat
 thérapeutique 8, 31, 59, 86, 111, 136
 Contrôle 27
 respiratoire 9, 21, 64, 88
 Conversion 159
 Crainte 83, 164
 Croyance 36, 132
 Culpabilité 10, 35, 82, 85, 108, 116

D

Défi 37
 Dépression 19, 25, 29, 105
 Déréalisation 55, 82
 Désensibilisation 144
 in vivo 117
 systématique 75, 117, 138
 Désir 137
 sexuel 129
 Détente musculaire 12
 Dévalorisation 108, 121

Diachronie 5, 29, 56, 83, 109, 132, 135, 160

Difficultés
de l'affirmation de soi 163
sexuelles 127

Distanciation 188

DSM-IV 27, 55

Dynamique de groupe 179

Dysphonie psychogène 155

E

Écoute 15

Élan vital 105

Émotion 12, 35, 91, 162, 188

Entretien 144

Étouffement 83

Évaluation 7, 18, 58, 59, 111

Évitement 56, 61, 220

Excitation 137

Exposition 31, 34

in vivo 59, 67, 75, 138

Expression des émotions 140

F

Facteur

de protection 198

de stress 198

désorganisé 202

négatif 202

positif 202

Fatigue 37, 108

Feed-back 33, 63, 112, 137, 163, 184, 188

Fiches

à 3 colonnes de Beck 12, 114

maîtrise-plaisir 113, 125

Frénésie alimentaire 30

Frustration 132

G

Gène thoracique 22

Généralisation des acquis 178

H

Habiletés sociales 171

Habituation 31, 34, 74, 88

Handicap 81

Harcèlement moral 157, 189

Haschich 82, 85

Hiérarchisation 143

Hypercontrôle 142

Hyperpression abdominale 11, 89

Hypersensibilité 178

Hyperventilation 9, 11, 138, 227

I

Idée

noire 48, 108

suicidaire 30

Image 39

corporelle 48

Impuissance apprise 113

Impulsion 34

Impulsivité 131, 219

Inquiétude

comportementale 77

physique 77

sociale 77

Insomnie 25, 108

Intégrité 169

Interactions sociales 179

Interprétation réaliste 42

Intoxication médicamenteuse volontaire
196

Isolement 15

J

Jeu de rôle 59, 69, 184

L

Lâcher-prise 165

Ligne de base 61

Long now 117

M

Malaise 83

Mal-être 37

Marqueurs

d'épisode 198

d'état 198

de trait 198

de vulnérabilité 198

résiduels 198

Mesure 59

Méthode socratique 14

Migraine 1, 3

Modèle

cognitif 63

stress-vulnérabilité 198, 209

Modeling 60

N

Nausée 55

O

Objectif 9, 97

thérapeutique 31, 60, 87

Objet contra-phobique 55, 217

Optimisme 48

P

- Pensée
 - alternative 37, 67, 93
 - automatique 9, 12, 37, 65, 93, 112, 188
 - logique 189
 - rationnelle 189
- Personnalité
 - évitante 159
 - histrionique 155
- Phase
 - d'évaluation 31
 - de suivi 31
 - de thérapie 31
- Phobie
 - des blessures 76
 - du lit 215
 - du sang 76
 - sociale 20, 53, 179
 - spécifique 218
- Physiopathologie 145
- Plateau orgasmique 137
- Pleurs 127
- Postulat 9, 12, 72, 112, 115
- Pragmatisme 54
- Prévention de la réponse 31, 34
- Prise de distance 70
- Problème-cible 112
- Protocole
 - de cas individuel 87
 - thérapeutique 9

Q

- Questionnaires 8, 20, 49, 58, 75, 85, 98, 110
- Questionnement socratique 31, 64, 112

R

- Ralentissement respiratoire 138
- Rapport sexuel 139
- Réattribution cognitive 10
- Réévaluation 162
- Reformulation 113, 162, 187
- Régulation 9
- Relation d'objet
 - anacritique 131
 - contraphobique 131
- Relaxation 5, 9, 11, 59, 88, 112, 142, 143, 165, 225, 227
 - de type Jacobson 64
- Renforcement 63
 - positif 121, 189
- Représentation 188
- Résignation 54
- Résolution 137
 - de problème 60, 189

- Restructuration cognitive 9, 12, 14, 48, 60, 111
- Rupture 29
- Rythme respiratoire et cardiaque 12

S

- Scarifications 201, 207
- Schéma
 - cognitif 115
 - conditionnel 132
 - d'abandon 119
 - de perfection 37
 - inconditionnel 132
- Schizophrénie 198
- Sensation 34
- Sensibilisation 31, 88
- Sentiment de dévalorisation 48
- Situation 12
- Solitude 26, 35
- Sommeil 5
- Soutien 15
- Stress 1, 12, 37, 82
 - post-traumatique 215
- Synchronie 5 28, 56, 83, 108, 132, 135, 160
- Système nerveux végétatif 164

T

- Tâche à domicile 10, 112
- Technique
 - de la flèche descendante 31, 112
 - de Valsalva 11, 64
 - thérapeutique 31
- Tension musculaire 12
- Tentatives de suicide 195, 201
- Terreur nocturne 81
- Test comportemental d'évitement 44, 226
- Thérapie sexuelle 139
- Training* autogène 116
- Traitement de l'information 113
- Transpiration 22
- Tristesse 2, 37
- Troubles
 - anxieux 127
 - anxieux généralisés 3
 - dépressifs 127
 - du comportement alimentaire 25
 - phobiques 127

V

- Vaginisme 127
- Ventilation forcée 89
- Vertige 26
- Vulnérabilité 178