

**L'approche cognitivo-comportementale
de la comorbidité psychiatrique et la
prévention de la rechute chez les patients
toxicodépendants**

**Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire en
Thérapie Comportementale et Cognitive**

**Formation dirigée par Dr. Jean Cottraux
et Prof. Lionel Collet
Université de Lyon I**

**Travail présenté par Javad Nazery
clinicien au Département Universitaire de la Psychiatrie Adulte,
Prilly, CH
Juin 2003**

Plan	Page
1. Introduction générale	2
2. Présentation du cas	2
2.1 Eléments anamnestiques	
2.2 Analyse fonctionnelle	
2.3 Diagnostic	
3. Méthode d'évaluation	8
3.1 Protocole thérapeutique	
3.2 Mesures initiales	
3.3 Mesures durant le traitement	
4. Description brève des séances	9
5. Résultats	18
6. Discussion	22
7. Conclusion	23
8 . Bibliographie	24

1.Étude de cas : Madame C

Il s'agit d'une patiente adressée à notre centre hospitalier spécialisé en toxicodépendance pour un sevrage aux benzodiazépines. La demande d'une thérapie s'est faite dans un deuxième temps.

2. Présentation

2.1 Éléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

Mme C est une patiente âgée de 30 ans qui vit seule dans son appartement. Elle est employée de commerce et travaille depuis un an comme téléphoniste dans une entreprise de communication. Depuis 6 mois, elle consomme des benzodiazépines en plus de la médication prescrite par son médecin traitant. Occasionnellement elle consomme également de l'alcool avec les médicaments.

Ce dernier mois son anxiété est devenue de plus en plus importante. Elle n'arrive plus à assumer correctement ses responsabilités au travail ; c'est la raison pour laquelle la patiente a reçu un avertissement de sa cheffe lui demandant de se faire soigner.

Suite à la demande de la patiente, appuyée par son médecin, nous avons fait le sevrage aux Benzodiazépines avec un schéma dégressif de Seresta sur deux semaines.

Le sevrage s'est bien déroulé mais nous avons constaté une importante anxiété dont la patiente se plaint et un problème d'insomnie malgré les somnifères administrés.

Elle se dit très motivée pour rester abstinente, et semble avoir une bonne conscience de son problème de dépendance. Contenue de la crise survenue actuellement dans sa vie au niveau relationnel, professionnel, et familiale, elle verbalise le désir et la motivation de se donner des moyens de se soigner.

A la fin de l'hospitalisation et lors du bilan de sortie, la patiente et son médecin ont demandé un traitement psychothérapeutique cognitivo-comportemental pour le problème d'anxiété.

L'évaluation et le traitement psychothérapeutique ont débuté une semaine plus tard.

Histoire familiale et personnelle

Mme C est la cadette d'une fratrie de deux. Son frère aîné vit et travaille à Genève. Ses parents sont originaires de Sion où ils tenaient un restaurant. Ils ont divorcé lorsque la patiente avait onze ans. Le père est décrit comme une personne froide, alcoolique et souvent absente. D'après la patiente, sa mère a beaucoup souffert du départ de son mari pour vivre avec une autre femme. Elle a fait plusieurs dépressions et elle est actuellement suivie.

La petite enfance de la patiente est relatée comme une période sans événement particulier, si ce n'est le manque affectif dû à l'absence du père. Elle a fini sa scolarité obligatoire à Fribourg, après plusieurs déménagements provoqués par le divorce de ses parents. Vers l'âge de quatorze ans, à cause de troubles du sommeil, elle prend les médicaments de sa mère. A seize ans, elle évite toute relation avec des adolescents de son âge et commence à boire de l'alcool seule et régulièrement. Cette période est décrite comme très difficile pour elle à cause de la solitude. Deux ans plus tard, elle prend rendez-vous chez un médecin généraliste pour un problème d'insomnie et mélange les somnifères et l'alcool pour se sentir mieux.

Les relations affectives de Mme C avec les hommes sont décrites comme des aventures qui finissaient par la décevoir. Mais elle est toujours restée très attachée à sa mère. Actuellement et depuis environ 3 ans, elle a une relation avec un homme. Cette relation est problématique surtout à cause des inquiétudes excessives de la patiente qui doit tout planifier très à l'avance par peur de perdre son ami.

Après avoir terminé son école d'employée de commerce, Mme C travaille comme secrétaire à Lausanne. D'après ses dires, elle aimait beaucoup son travail mais continue à consommer de plus en plus de médicaments et de l'alcool à cause de ses inquiétudes permanentes dans sa vie en général.

Anamnèse spécifique

Depuis 1993, après avoir été licenciée de son travail à cause d'un problème de dépendance, Mme C a fait plusieurs tentatives, sans succès, d'abstinence à l'alcool et aux médicaments. Malgré les consommations régulières et massives, son anxiété n'a pas diminué. Un retrait de permis de 6 mois en 1996 pour excès d'alcool au volant, une fracture de la jambe, deux ans plus tard, due à une consommation massive de benzodiazépines, la péjoration de sa situation socio-économique et une tentative de suicide sont les conséquences de la toxicodépendance sur la vie de Mme C. Elle est mise sous un traitement

antidépresseur de Fluctine (Fluoxétine), à raison de 20 mg par jour depuis environ 9 mois.

L'anxiété ne s'étant pas améliorée, la patiente continue depuis 6 mois à consommer régulièrement des benzodiazépines et occasionnellement des quantités importantes d'alcool. Elle a manqué à plusieurs reprises son travail et certains jours elle a été à son travail dans un état intoxiqué. Sa responsable hiérarchique, qui est au courant du problème de la patiente, lui signale, après plusieurs entrevues, que son poste de travail est sérieusement menacé si elle ne se prend pas en charge.

Elle nous est arrivée sur le conseil de son médecin traitant qui la suit depuis environs 5 ans.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : anxiété dans la relation avec les autres

A) Synchronie

Situation :

- Je suis très tendue sur mon lieu du travail et je n'arrive pas être moi-même dans la relation avec mes collègues
- Je m'ennuie quand je suis chez moi surtout le soir.
- Je n'arrive pas être comme j'aimerais dans mes relations sociales.
- Je ne sais pas comment être quand je suis en compagnie de son ami chez moi et je m'angoisse

Emotion :

- Anxiété
- Inquiétude
- Colère
- Ennuie

Postulats (schémas cognitifs) :

- "Ça va être une catastrophe si je ne prévois pas tout à l'avance"
- "ça va être pénible si je ne dois plus prendre de l'alcool et des médicaments"
- "mon copain va me quitter si je ne suis pas tout le temps avec lui"
- "je dois toujours lui proposer quelque chose à faire sinon il va préférer ses copains moi"

- "Il faut être toujours avec les gens sinon ils nous quittent"

Cognitions :(monologue intérieur, imagerie)

- Mon ami va partir et je vais me trouver seule"
- "Il préfère ses copains à moi"
- "je vais perdre mon travail"
- "Je ne vais pas m'en sortir"

Comportements :

- consommation de médicaments et d'alcool
- agitation motrice
- tension musculaire
- Symptômes végétatifs
- difficultés de concentration

Conséquences :

- Trouble de sommeil
- Conflit de couple
- Problème au travail
- Inquiétude de la mère et du frère

Anticipation :

- "je vais encore rechute
- "Je vais rester encore seule ce soir"
- "Je ne vais à nouveau pas pouvoir aller travailler demain"

B) Diachronie

Données structurales possibles :

- Génétique: - Hypothèse d'un "terrain" anxieux :
 - Chez le père une dépendance alcoolique.
 - Chez la mère un état anxio-dépressif.
- Personnalité: - Dépendante

Facteurs déclenchants initiaux invoqués :

- La relation affective avec le père et son départ.
- Le divorce des parents.
- La dépression de la mère.

Facteurs historiques de maintien possible :

- Multiples changements de lieux de vie.
- La dépendance à l'alcool et médicaments.
- La relation très proche avec une mère souffrant d'une séparation
- Multiples ruptures des relations interpersonnelles

Evénements précipitant les troubles :

- Difficulté à assumer ses responsabilités au travail.
- Conflits fréquents avec l'ami.

Autres problèmes :

- Absence de relations interpersonnelles
- Manque d'une vie sociale suffisante

Traitements antérieurs ou en cours :

- suivi pendant plusieurs années pour problème d'alcool, dépression et dépendance aux médicaments.
- Traitement d'antidépresseur Fluctine, 20 mg par jour depuis 6 mois.

2.3 Diagnostic (Selon DSM-IV)

Axe I :

- Anxiété généralisée (**300.02**)
- Syndrome de dépendance aux benzodiazépines (**304.10**)
- Dépendance alcoolique (**303.90**)
- Trouble dépressif d'intensité moyenne

Axe II : Trouble de la personnalité dépendante (**301.6**)

Axe III : Nihil

Axe IV : Problème professionnel : menace de perte d'emploi

Axe V : EGF : 60

Les critères DSM retenus pour trouble de la personnalité dépendante sont les suivants :

- se sent mal quand elle est seule par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
- est préoccupée de manière irréaliste par la crainte d'être laissée à se débrouiller seule

- A du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassurée de manière excessive par autrui.
- Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de se porter volontaire pour faire des choses désagréables.

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale planifiée en trois phases principales : une première phase de 15 jours environ avant traitement (ligne de base), une phase d'auto-observation et une phase de traitement. La thérapie va se dérouler à raison d'une séance hebdomadaire, avec quelques exceptions prévues pour l'agenda de la patiente ou du thérapeute.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété de la patiente.

3.2 Mesures initiales

Elles ont été faites lors de la deuxième séance.

1. Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton : intensité de l'anxiété.

Score total : 21

2. Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (Meyer) : évaluation de trouble de l'anxiété généralisé.

Score total : 70

3. Echelle de phobie sociale de Liebowitz

Score totale : 73

4. Inventaire de Beck (21 items)

Score totale : 29

3.3 Mesure spécifique durant le traitement

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Dès le début de la phase d'auto-observation (la quatrième séance) et jusqu'à la huitième séance la patiente a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations effectives de médicaments ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brève des séances

Séances 1 à 3 :

Elles sont consacrées au recueil de données anamnestiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Contenue de l'importance de l'anxiété pour Mme C., sur sa demande nous avons décidé de consacrer nos séances à l'anxiété. Toutefois nous tiendrons compte des éventuelles consommations de Benzodiazépine ou de l'alcool durant notre thérapie.

Nous avons abordé l'importance de la relation collaborative, ensuite nous avons évalué ses motivations pour la thérapie afin de diminuer son anxiété, en lui expliquant que la consommation de benzodiazépines et l'alcool n'est pas recommandée durant la thérapie. Par la suite nous avons toutefois convenu d'un contrat verbal signifiant que toute consommation d'alcool ou de médicament durant le traitement devait être mentionnée à la séance suivante.

L'analyse fonctionnelle est établie en définissant avec la patiente l'anxiété comme problème cible.

Après l'explication du modèle cognitivo- comportemental, pour lui illustrer le lien entre les cognitions et les émotions, nous avons pratiqué l'exercice suivant :

"Vous allez fermer les yeux pendant 20 secondes et vous imaginer dans un endroit calme et agréable où vous êtes en sécurité totale"

Après 20 secondes : "Comment vous sentez-vous ?"

Mme C. : Je me sens "calme et détendue"

Nous avons contrôlé ensemble avec la patiente si les concepts des émotions, les cognitions et le lien entre les deux étaient bien clairs pour la patiente.

La patiente est renforcée positivement et rapidement après chaque effort fourni et chaque tâche réussie.

Séances 4 à 7 :

A cette séance, on observe une attente d'efficacité du traitement de la part de Mme C. Dès lors nous avons commencé l'apprentissage de la relaxation avec la méthode Jacobson. Après la séance de relaxation, la patiente se sent "calme et détendue". Nous avons fait le lien avec l'exercice de la séance précédente pour vérifier si elle réussissait à comprendre l'impact de ses pensées sur ses émotions. Ensuite on lui a demandé d'associer les mots "calme et détendue" à la relaxation. L'exercice a été réalisé et la patiente est renforcée tout de suite après chaque étape. Par la suite elle a été invitée à pratiquer la relaxation quotidiennement.

La patiente montre une bonne collaboration, les tâches à domicile sont revues régulièrement en début de chaque séance.

L'analyse fonctionnelle ainsi que d'autres tâches étant accomplies nous pouvons poursuivre la thérapie et passer à la phase d'auto-observation.

L'apprentissage de la sensibilisation à l'identification des situations, cognitions, émotions et les comportements étant en bonne évolution, la patiente est invitée à utiliser le tableau des trois colonnes de Beck pour noter et rapporter des situations de sa vie quotidienne et en discuter pendant les séances en mentionnant les émotions et les cognitions correspondantes.

Nous avons approfondi les explications de l'anxiété généralisée pour bien informer et de répondre aux questions de la patiente.

Les sondages cognitifs sont pratiqués régulièrement durant ces séances toujours en utilisant la technique de la flèche descendante pour identifier les conséquences appréhendées des situations anxiogènes par la patiente.

Mme C. a d'importants problèmes avec son ami, elle ne supporte pas qu'il passe de temps en temps des soirées seul avec ses amis et elle doit toujours savoir où et avec qui il est. Lorsqu'ils passent une soirée ensemble elle dit ne pas être à l'aise parce qu'elle réfléchit déjà aux prochaines soirées. Souvent elle aborde le sujet avec son ami pour planifier le programme des autres soirées qui provoque des disputes dans le couple.

Ces derniers temps la situation est très tendue car l'ami n'accepte plus les anticipations et les inquiétudes excessives de sa copine et il sort régulièrement

avec ses amis. Pendant les soirées où il sort, elle l'appelle plusieurs fois sur son portable pour savoir si tout va bien et s'il va passer chez elle.

Son ami n'acceptant plus cette situation, Mme dit devenir de plus en plus anxieuse et cela provoque des disputes de plus en plus fréquent. Elle se sent en colère et triste et ses pensées dans cette situation sont les suivantes :

"Il n'a pas le droit de me traiter comme ça"

"Ce n'est peut-être pas de sa faute mais c'est moi qui ne sais pas comment faire"

"Je suis vraiment nulle "

Cette situation est abordée lors d'une séance.

Nous avons fait une restructuration cognitive de la manière suivante :

En utilisant la technique de la flèche descendante nous avons constaté que Mme C. appréhende le faite que :

"Il préfère ses copains à moi"

"Si je le laisse continuer, il va finir par rencontrer une autre femme et il va me quitter".

La conséquence appréhendée est de se "trouver seule". Nous avons évalué la probabilité d'une telle conséquence a cause des sorties de son ami à l'aide d'une liste et la probabilité de chaque item. Elle réalise que son inquiétude par rapport à la probabilité d'un tel événement est excessive.

Lors d'une séance nous avons abordé un des soucis important de Mme C. qui est de rester seul toute une soirée elle ne supporte pas cette situation et en souffre. Cette inquiétude se manifeste également sur le lieu de travail sous forme d'une montée d'anxiété pendant les pauses café lorsqu'elle se trouve seule. Après avoir discuté sur la signification personnelle de "être seule" pour la patiente, nous avons constitué une liste des avantages et des désavantages pour cette inquiétude comme suite :

Etre seule	
Désavantages	Avantages
<ul style="list-style-type: none"> - Tristesse - Anxiété - Peur de l'infini - Etre mal dans sa peau 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur soi - Plaisir d'avoir du temps - Aide mieux à se découvrir - Moins de problèmes avec mon ami - Moins d'anxiété à vivre par la suite

Tout d'abord nous avons constaté que la signification personnelle de "être seule" est la même chose que les désavantages cités par la patiente.

Nous avons procédé a une restructuration cognitive pour passer le message que les avantages peuvent être aussi une définition de "être seule", ensuite nous avons demandé a la patiente de citer la conséquence positive de chaque avantage sur sa vie, les réponses de la patiente (dans l'ordre des avantages selon le tableau) sont les suivantes :

- Je connaîtrais mieux mes émotions et mes comportements.
- Je réussirais à faire des choses que je n'arrive jamais à faire a cause de mes préoccupations et qui me font plaisir.
- Je pourrais découvrir les côtés positifs en moi et dans ma vie.
- Je peux mieux profiter de ma relation.
- Je serrais moins anxieuse.

A la fin nous avons suggéré à la patiente d'accepter de faire face aux désavantages qui sont des sensations désagréables afin de lui permettre un traitement des émotions habituellement évitées.

Les différents points des avantages ont constitué une des taches principales a domicile pendant plusieurs semaines, elle doit prévoir des soirées pour "être seule" et réaliser les avantages point par point. Ces prescriptions sont revues a chaque fois lors de la séance suivante.

Séance 8 :

Mme C. est contente de l'évolution, elle dit se sentir mieux, s'est fait féliciter à son travail et la relation de couple s'est améliorée. Elle est très régulière et accomplit ses tâches à domicile.

Nous avons constaté lors des séances précédentes une possessivité chez Mme C. envers son ami. Elle exerce une importante pression afin d'avoir le contrôle sur lui. Pour ce faire et pour diminuer son anxiété elle vérifie souvent et de manière très régulière les actes de son ami par exemple en lui téléphonant plusieurs fois dans une soirée sur son portable.

Pour ce problème nous avons également utilisé la technique de constitution de liste des avantages et des désavantages à l'aide d'un tableau. Elle reconnaît sa possessivité et ne trouve aucun avantage à ce comportement. Par contre elle cite les désavantages suivants :

- Il le ressent et refuse de me voir certain soir.
- Quand je lui impose de passer la soirée avec moi, il vient mais on se dispute.
- Je suis angoissée parce que je me culpabilise.
- Je ne sais pas comment assumer mon comportement vis à vis de lui.
- Ça peut causer la rupture.

Elle exprime le désir de faire l'effort pour améliorer ce comportement. Nous mettons au point avec la patiente la tâche de ne plus vérifier les actes de son ami.

Dans la même séance nous faisons une hiérarchie des problèmes en vue d'une désensibilisation systématique dès la prochaine séance.

Contenue de la demande et des situations problématiques rapportées qui concerne la relation avec l'ami, nous avons décidé d'établir la hiérarchie du problème sur ce thème. (voir la séance 11-14).

Les tâches à domicile en plus de prévention de réponse de vérification seront comme convenu avant de continuer le travail sur les avantages de "être seule".

Séance 9

A cette séance et depuis plusieurs jours Mme C. est très angoissée, elle a consommé des benzodiazépines et de l'alcool. Elle n'a pas vu son père depuis plusieurs années, la semaine dernière il prend contact et insiste pour la voir. Elle ne comprend pas la réapparition de son père dans sa vie et surtout le fait qu'il insiste. Elle dit être décidée de ne pas le voir. Pendant cette séance nous avons abordé le divorce des parents. Mme C. est très triste et pleure et dit

qu'après le départ de son père elle s'est sentie abandonnée par lui et elle en a beaucoup souffert. A la fin de la séance elle se sent mieux et dit avoir décidé de s'en sortir.

Séance 10

Elle se sent un peu mieux que lors de la séance précédente mais toujours très angoissée, le retour de son père a provoqué un conflit au sein de la famille, elle a consommé une importante quantité de l'alcool le samedi durant toute la journée. Elle a été conduite à l'hôpital psychiatrique par sa mère et son ami où elle avait passé une nuit. Elle parle de son tentamen de suicide de l'an dernier, en disant que cette année ce n'était pas la même parce que je n'avais pas envie de mourir et j'ai utilisé les moyens qui m'ont aidé.

Mme C. aimerait que nous parlions de stress qu'elle vit à cause de sa situation financière. Elle est très stressée par quelques paiements en retard et se demande si elle pourra payer les impôts de cette année dans les délais prévus. Elle ne sait pas s'il faut demander un prêt pour payer ses factures ou un délai supplémentaire pour les impôts.

S'agissant d'un problème immédiat et modifiable nous avons proposé une technique de résolution de problème en sept étapes.

Durant la résolution de problème nous avons tenté de mettre en question certaines perceptions erronées de la patiente. Par exemple elle perçoit le fait d'avoir du retard pour ses paiements comme un problème qui ne doit jamais arriver et pense que si elle a du retard pour payer ses impôts elle aura certainement des poursuites. Après la résolution de problème que nous avons effectué, elle décide de diminuer ses dépenses pour l'achat de vêtements et demander un paiement fractionné pour les factures en retard. Au sujet des inquiétudes concernant le paiement des impôts de l'année en cours après avoir fait le budget annuel elle constate qu'il n'y aura pas de problème pour les payer dans les délais.

L'application de cette technique pour la résolution d'autres problèmes dans la vie quotidienne est prescrite comme la tâche à domicile.

Séance 11-14 :

Mme C. se sent beaucoup mieux, elle a réussi à discuter avec son père et elle a décidé de le revoir de temps en temps mais en gardant ses distances.

Nous n'avons pas réussi à pratiquer la désensibilisation systématique comme prévue à la séance 9 suite à la crise de ses dernières semaines qui nécessitait la prise en considération.

Après la crise nous pouvons commencer la désensibilisation systématique selon la hiérarchie du problème que nous avons déjà établi.

Mme C. pratique régulièrement la relaxation dans son quotidienne.

Après explication du déroulement de la désensibilisation, la patiente se montre très motivée pour l'exposition en imagination. Durant ces séances nous avons procédé à une désensibilisation systématique selon la hiérarchie que nous avons révisée à la séance 11. En passant deux items par séance et de moins anxiogènes aux plus anxiogènes.

La désensibilisation systématique se déroule de la manière suivante :

La patiente est assise très confortablement sur un fauteuil elle est relaxée et nous lui expliquons que nous allons lui demander d'imaginer de façon aussi claire que possible la situation. Dès qu'elle arrive à se représenter la scène elle doit faire signe avec son index. Nous commençons la relaxation et l'exposition en imagination

Nous avons coté l'anxiété avant, en début et à la fin de l'exposition en imagination. (voir le graphique de la désensibilisation systématique)

Hiérarchie du problème :

- 30: Prendre un café avec son ami discuter et ne pas demander ce qu'il fait le soir
- 40: Son ami lui dit qu'il rentrera tard chez lui et elle ne sait pas quand
- 50: Refuser une soirée à son ami parce qu'elle est fatiguée et elle doit se reposer
- 60: Téléphoner à son copain pour lui annoncer qu'elle va voir une amie
- 70 : Demander à son ami de reporter le rendez-vous d'une soirée parce qu'elle aimerait voir une amie
- 80 : Son ami lui annonce qu'il va sortir avec ses copains
- 90: Passer la soirée seule à la maison sans appeler son ami sur son portable
- 100: Passer toute une soirée chez elle avec son ami sans savoir s'il va rester ou pas

Séance 11

Après explication des principes de la désensibilisation systématique en imagination Mme C. est exposée aux items 30 et 40, à savoir " : Prendre un café avec son ami discuter et ne pas demander ce qu'il fait le soir" et "Son ami lui dit qu'il rentrera tard chez lui et elle ne sait pas quand".

Nous avons proposé les deux items comme la tâche à domicile pour une exposition *in vivo*. (Item 40 si l'occasion se présente)

Les critères d'une bonne relation de couple pour la patiente sont discutés à la fin de cette séance.

Séance 12

L'exposition *in vivo* de l'item 30 est réalisée avec succès

La patiente pratique la relaxation quotidiennement et la trouve très utile. Elle est renforcée positivement et nous continuons avec les items 50 et 60 qui sont les suivants : "Refuser une soirée à son ami parce qu'elle est fatiguée et elle doit se reposer". "Téléphoner à son copain pour lui annoncer qu'elle va voir une amie".

Elle est invitée à l'exposition *in vivo* des items après chaque séance.

Par ailleurs le travail cognitif se poursuit à l'aide des situations amenées par la patiente.

Séance 13

Mme C dit qu'elle se sent bien et son anxiété diminue de plus en plus. La semaine passée, elle a fixé un rendez-vous avec une amie elle a réussi à se concentrer sur la soirée et elle a même eu du plaisir. Le travail comportemental continue avec succès sur les deux items suivants : "Demander à son ami de reporter le rendez-vous d'une soirée parce qu'elle aimerait voir une amie" et "son ami lui annonce qu'il va sortir avec ses copains".

Séance 14

Durant la semaine écoulée Mme C a fait quatre débuts de relaxation sur indice avec un certain succès. Ces soirées avec son ami sont toujours bien organisées à l'avance mais elle ressent moins la contrainte de tout prévoir et elle est moins anxieuse.

Nous avons procédé à l'exposition des deux derniers items suivants : "Passer la soirée seule à la maison sans appeler son ami sur son portable" et "Passer toute une soirée chez elle avec son ami sans savoir s'il va rester ou pas".

Le travail cognitif de cette séance est sur les moments que son ami est présent et comment elle vit ces moments ? Partir c'est partir pour toujours ? Nous avons tenté de démontrer la distorsion cognitive en mettant plus d'importance sur l'arrivée et moins sur son départ.

À la fin de cette séance Mme C. constate qu'il y a un lien entre son anxiété et le départ de son père.

1. Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton : intensité de l'anxiété.

score total : 14

2. Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (Meyer) : évaluation de trouble de l'anxiété généralisé.

score total : 54

3. Echelle de phobie sociale de Liebowitz

Score totale : 63

4. Inventaire de Beck (21 items)

Score totale : 15

Notre discussion comprend un bilan global et des perspectives de traitement complémentaire, le cas échéant (cf. discussion).

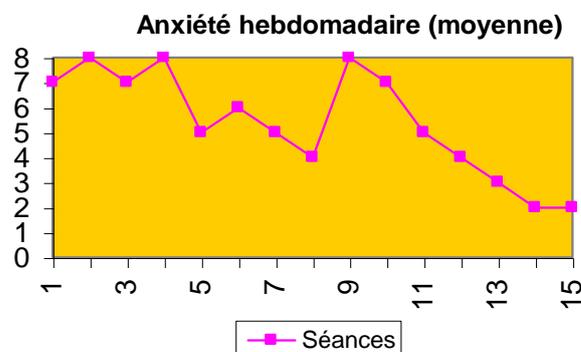
5. Resultats

Le traitement a été évalué par l'évolution de la cotation de l'anxiété et par la comparaison des échelles en début et fin de traitement qui évaluent les aspects suivants : **l'intensité de l'anxiété, trouble de l'anxiété généralisée, la phobie sociale et la dépression.**

En ce qui concerne la désensibilisation systématique, le niveau de l'anxiété a été coté avant en début et à la fin pour chaque item (cf. graphiques I, II, III)

Nous avons répertorié également toutes les consommations de l'alcool et médicament de la patiente durant le traitement.

Ainsi l'anxiété a été cotée de manière quotidienne durant tout le traitement dès la première séance. La valeur moyenne de l'anxiété de la semaine écoulée entre les séances est reportée dans le graphique ci-dessous.



Légende du graphique :

La phase d'observation (**ligne de base**) va de la séance 1 à la séance 3.

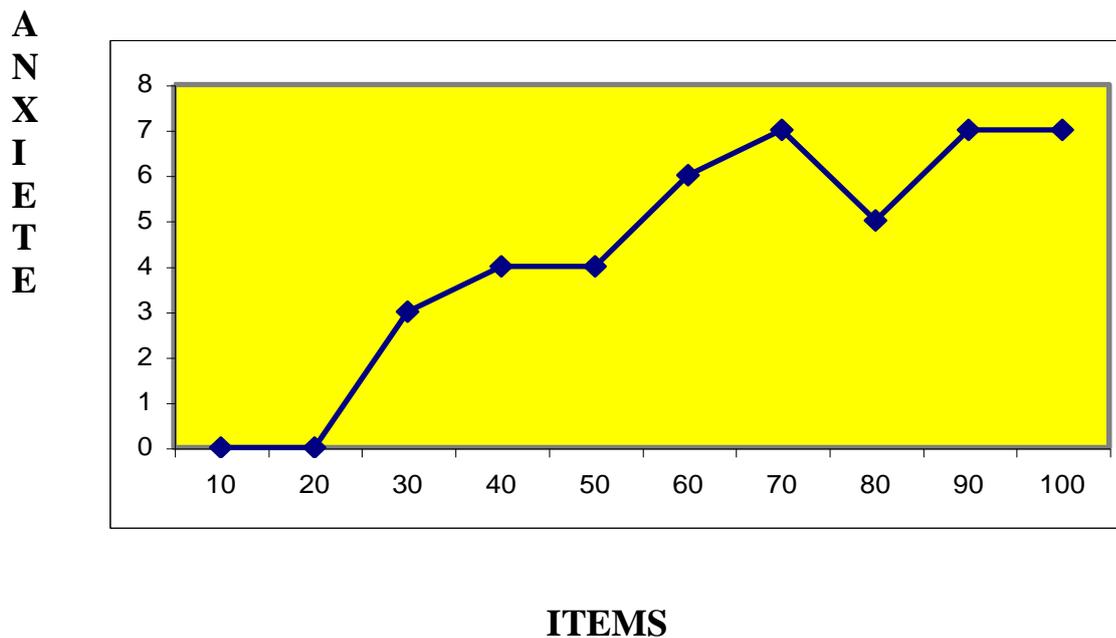
Dès lors débutent, en parallèle, le travail cognitif (investigation puis restructuration cognitive) et comportementale.

La **relaxation** (selon Jacobson) est pratiquée de manière quotidienne dès la séance 4.

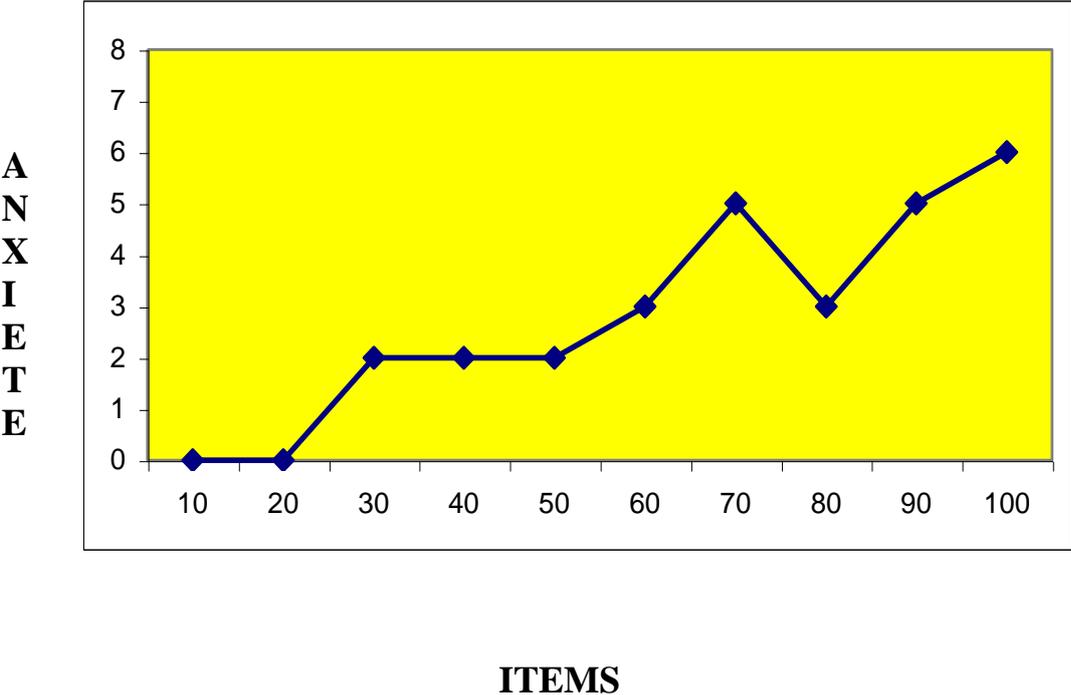
L'exposition en imagination débute à la séance 11 et se termine à la séance 14.

Graphiques de la désensibilisation systématique :

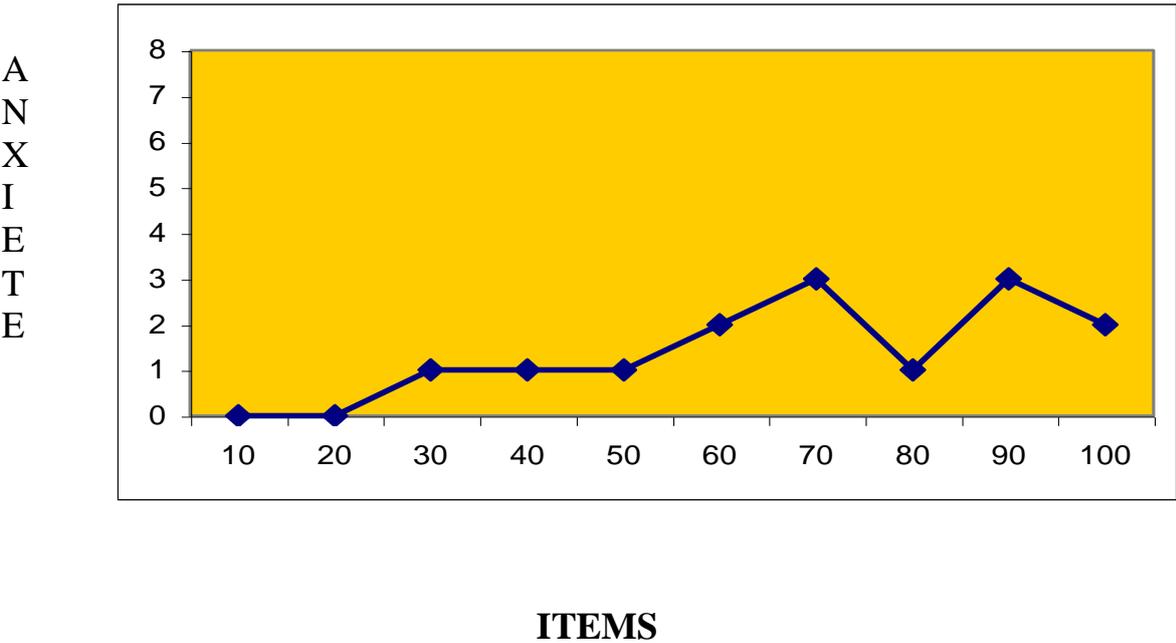
Graphique I : Anxiété avant l'exposition



Graphique II : Anxiété pendant l'exposition



Graphique III : Anxiété a la fin de l'exposition



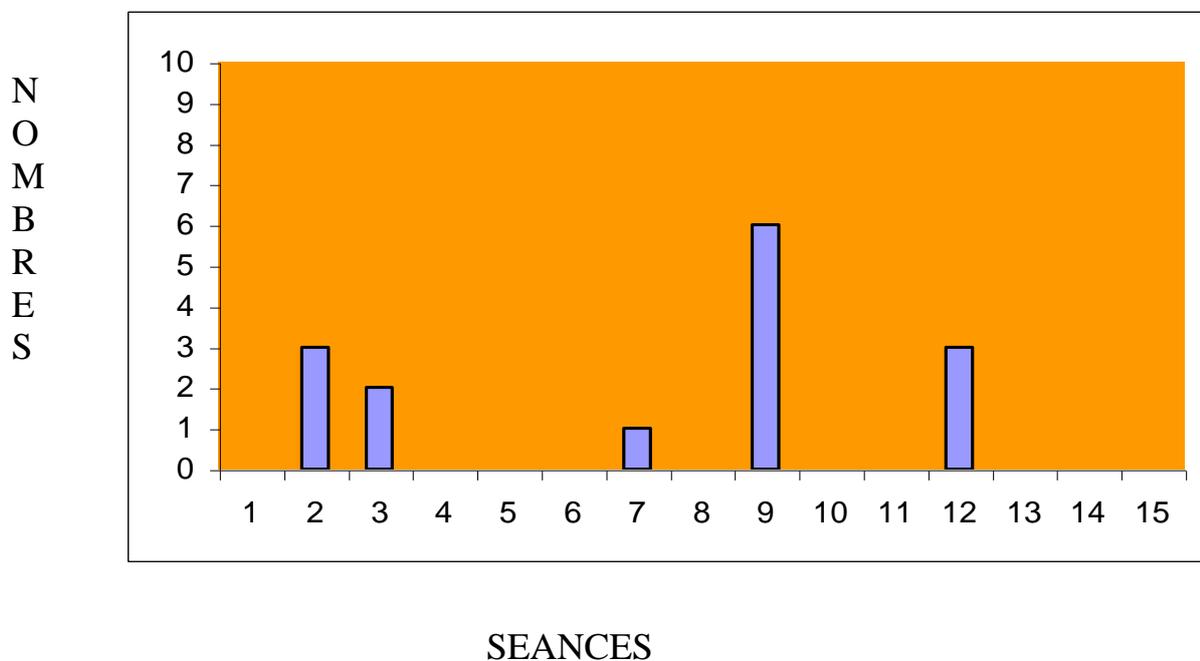
L'évaluation de **l'intensité de l'anxiété** (échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton) passe de 21 à 14.

Le score de l'évaluation de **trouble de l'anxiété généralisée** (questionnaire sur les inquiétudes de Penn State) passe de 70 en début du traitement à 58 en fin de traitement.

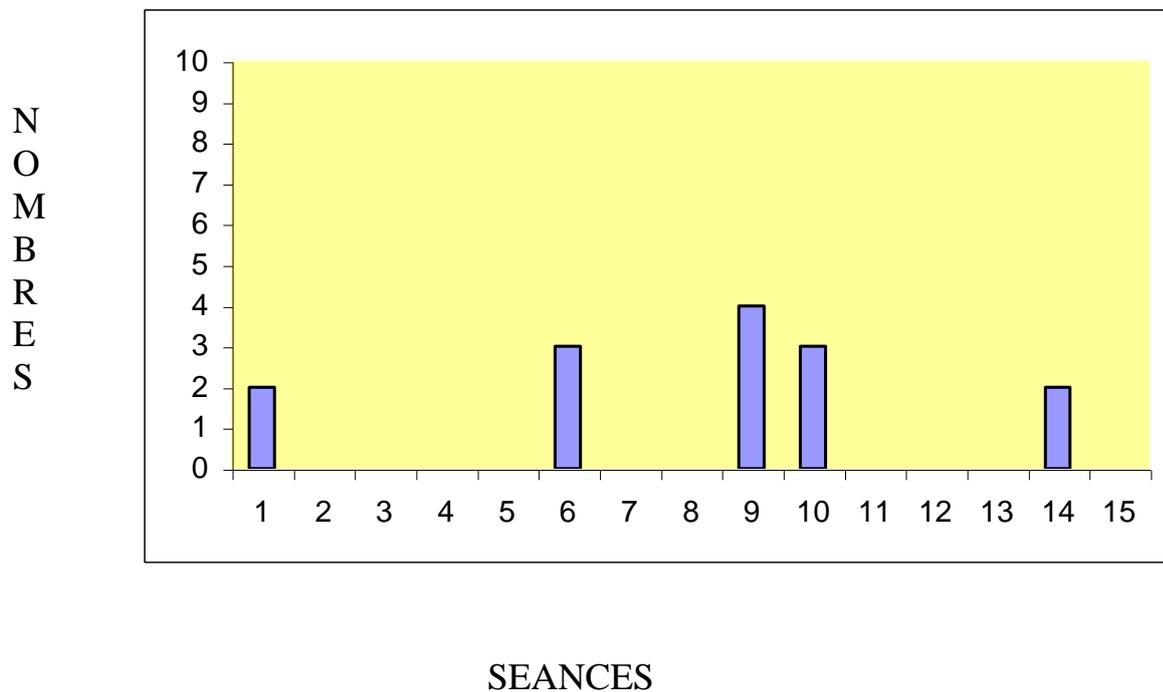
Le score de la dimension **phobique sociale** (questionnaire sur les inquiétudes de Penn State) a passé de 73 à 63.

Concernant l'aspect **dépressif** l'inventaire de Beck (21 items) passe de 29 à 15.

Graphique des consommations de médicament



Graphique des consommations de l'alcool



Discussion:

Rappelons d'abord que la consommation des médicaments et d'alcool est un comportement toxicomaniaque important chez cette patiente. Dès le début du traitement nous nous sommes contentés uniquement de répertorier les consommations. Nous avons trouvé thérapeutique le fait que la patiente ne dissocie pas son anxiété de son problème de toxicodépendance. Nous n'avons pas fait de cotation d'envie de consommer versus ne pas consommer selon le modèle proposé par Charli Cungi pour les benzodiazépines et l'alcool, d'une part pour tenir compte de la demande qui était de diminuer l'anxiété et d'autre part pour se concentrer sur un problème bien précis.

Cependant il serait souhaitable qu'en deuxième temps la patiente entreprenne une thérapie de prévention de la rechute afin de pouvoir faire face aux "craivings" qui ont été présents durant le traitement.

Les résultats obtenus montrent une baisse marquée de l'anxiété qui se situe aux alentours de 7 en début de traitement et à 2 à la fin. La courbe d'évolution montre une première baisse importante dès la séance 4 qui pourrait être attribuée à la relaxation et l'attente d'efficacité de la part de la patiente.

D'une manière générale la courbe d'anxiété baisse entre la séance 4 et 8, l'utilisation de tableau "3 collons" de Beck et la restructuration cognitive pourrait expliquer cette amélioration.

Une importante montée d'anxiété à la séance 9 que nous pourrions mettre en lien avec le retour inattendu du père de Mme C. dans la famille qui a provoqué une situation très stressante pour elle.

La baisse régulière de l'anxiété à partir de la séance 10 pourrait être en rapport avec l'utilisation des différentes méthodes cognitivo-comportementales et une bonne alliance thérapeutique.

Un travail de restructuration cognitif semble avoir favorisé le bon résultat de la désensibilisation systématique.

La baisse de score de questionnaire sur les inquiétudes du Penn State est assez sensible qui est due à la baisse de l'anxiété. Par contre moins sensible pour l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Le traitement pharmacologique est un facteur important dans le changement de score d'inventaire de dépression de Beck.

Mme C. est très satisfaite de son traitement qui lui a permis de se sentir mieux et plus détendue dans sa relation de couple et également sur son lieu de travail. Elle réussit à mieux reconnaître ses émotions, ses pensées et ses comportements. Cependant dans des situations inattendues elle continue à ressentir une anxiété importante surtout dans des situations sociales.

D'entente avec elle, il a été convenu que nous rediscutions de sa situation lors d'une séance de rappel prévue 3 mois après la fin du présent traitement.

Conclusion:

Les méthodes cognitives et comportementales utilisées dans ce protocole ont permis à cette patiente de diminuer sensiblement son anxiété.

La relation collaborative a joué un rôle très important dans le déroulement de la thérapie et les résultats obtenus.

Le comportement toxicomane de la patiente n'a pas été traité de manière directe, cependant un traitement de l'anxiété généralisée a permis une abstinence relative à la patiente.

Dans notre cas clinique nous nous sommes particulièrement intéressés aux situations de la vie relationnelle et affective de Mme C. Toutefois nous avons constaté qu'un travail de restructuration cognitive a apporté des améliorations sur son état général.

L'établissement d'une analyse fonctionnel chez une patiente avec plusieurs pathologies selon DSMIV, a permis de travailler le problème de manière ciblé et concrète.

Bibliographie:

Cottraux J. : Les thérapies comportementales et cognitives - 3eme édition - Masson, Paris, 1998

Cottraux J. : Les thérapies cognitives - Retz, 1992

Bouvard M. et Cottraux J. : Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie -Masson, 1996

Cungi C. : savoir gérer son stress - Editions Retz, 1998

Ladouceur R., Fontain O et cottraux J : Abrégé de thérapie comportementale et cognitive - Masson, Paris, 1992

Cungi C. : Savoir s'affirmer - Edition Retz 1996.

Cungi C. et Note I. : Faire face à la dépression - Edition Retz, 1999

Approche cognitivo-comportementale de la le comorbidité psychiatrique et la prévention de la rechute chez les patients toxicodépendants

<u>Plan de mémoire</u>	<u>page</u>
Sommaire étude 1 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Monsieur J	2
Sommaire étude 2 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Madame R	23
Sommaire étude 3 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Monsieur C	40

Sommaire Etude 1

	Page
1. Etude de cas : Monsieur J	3
2. Présentation	
2.1 Eléments anamnestiques	3
2.2 Analyse fonctionnelle	8
2.3 Hypothèses diagnostiques	10
3. Méthode d'évaluation	
3.1 Protocole thérapeutique	10
3.2 Mesures initiales	11
3.3 Mesures durant le traitement	11
4. Description brève des séances	11
5. Résultats	19
6. Discussion	21
7. Conclusion	22
8. Bibliographie succincte	22

1. Etude de cas de Monsieur J.

Il s'agit d'un patient adressé à notre unité pour un sevrage de la cocaïne. La demande d'une thérapie s'est fait dans un second temps.

2. Présentation

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

M. J est âgé de 40 ans, d'origine portugaise, il vit seul depuis son divorce en 1996. Il travail depuis 12 ans comme manutentionnaire dans un supermarché. A la fin de l'année passée, le patient a fait un séjour dans notre unité de sevrage, il a été sevré de la Cocaïne en deux semaines avec un traitement médicamenteux de Tégrétol (carbamazépine), 600, mg par jour. Au cours la deuxième semaine de sevrage, le patient a fait une demande de suivi ambulatoire en thérapie cognitivo-comportementale, et nous avons fixé un rendez-vous.

Cependant après sa sortie, le patient a rechuté assez rapidement et n'est pas venu à son rendez-vous. Il ne s'est rendu qu'une seule fois chez son médecin généraliste qui lui a prescrit un antidépresseur. Par la suite il n'a plus donné de nouvelles.

Durant les 7 mois suivants, le patient ne s'est rendu à aucun des rendez-vous fixés soit par téléphone, soit au moyen de cartes de visites laissées sur sa porte, car malgré les multiples visites, il était toujours absent.

Après quelques mois le patient a repris contact pour demander un sevrage et il a été rapidement hospitalisé.

Entre temps, sa situation sociale s'est détériorée et sa consommation de cocaïne est devenue plus importante.

Au cours de son hospitalisation, nous avons eu un contact avec le service de la médecine du personnel de son employeur en vue d'une éventuelle reprise du travail. En effet M. J était en arrêt maladie depuis plusieurs mois et n'avait donné aucune nouvelle à son chef.

Le service de la médecine personnel s'est alors dit prêt à entrer en matière sur une reprise de travail à condition que le patient suive une thérapie.

Avec le service de la médecine du personnel et M.J, nous avons établi un contrat pour une thérapie.

Finalement c'est après ce nouveau sevrage que nous avons débuté la thérapie en ambulatoire et, depuis le patient a toujours été très régulier à ses rendez-vous.

Histoire personnelle et familiale

M. J est âgé de 40 ans, d'origine portugaise il est le neuvième d'une fratrie de 12 enfants et il vient de la campagne près de Porto.

Il est divorcé depuis 1996 et a deux garçons de 13 et 11 ans qui vivent avec leur mère, elle-même remariée et habite en Italie.

Sa mère est morte heurtée par une voiture sous ses propres yeux. Un an et demi après son père est décédé d'une maladie pulmonaire (il est déjà retraité à 50ans). Les trois cadets de la famille sont alors partis en France chez une tante. Quant à lui, il a été placé chez un oncle maternel. Les souvenirs qu'il garde de ses parents sont ceux d'un père sévère et d'une mère avec qui il s'entendait bien et dont il se dit très proche.

Sur le plan de sa scolarité, il a terminé l'école obligatoire mais n'a pas pu poursuivre ses études plus loin faute de moyens financiers. Il se déclare plus ou moins bon élève mais a tout de même refait une année suite à un changement de professeur (le nouveau professeur ne l'aimait pas, dit-il).

Du point de vue social, étant enfant, il a eu quelques camarades de jeux avec qui il s'entendait bien, mais il se décrit d'une manière générale, comme quelqu'un de plutôt solitaire qui préférerait rester à la maison en compagnie de sa mère.

Il travaille ensuite dans la menuiserie, puis comme bûcheron et, à 17-18 ans, il est employé dans une usine de métallurgie pour faire des moules. Après 2 ans, on le change de poste sans augmenter son salaire, raison pour laquelle il quitte son emploi et se retrouve au chômage durant une année. Il trouve ensuite un travail dans un café en tant que serveur.

M.J n'a pas fait l'armée qui est obligatoire au Portugal et dure une année et demi, prétextant qu'il devait travailler pour nourrir ses frères. Il est alors mis en réserve. Il aurait en fait peur de devoir partir en Afrique car on lui avait proposé un poste dans la marine.

En 1982, le patient a un cousin en Suisse qui lui propose de venir le rejoindre. Il arrive donc à Lausanne à l'âge de vingt ans et fait d'abord différents petits boulots avant d'obtenir un permis de séjour temporaire et de pouvoir faire de la maçonnerie pendant 9 mois. C'est à cette période qu'il fait la connaissance de sa future femme, alors âgée de 14 ans. Par la suite, son permis ne sera pas renouvelé et il trouve, alors un emploi au noir comme cuisinier dans un club à Genève, travail qui lui plaît alors qu'il n'aimait pas la maçonnerie.

Depuis son arrivée en Suisse, il vit chez son cousin mais, un jour, les policiers arrivent chez ce dernier et comme M.J possède ni papiers ni permis, il est expulsé de Suisse pour 2 ans. Durant ces années il reste en contact avec son amie qui lui rend visite 2-3 fois au Portugal. Il se rend également en Suisse clandestinement.

Au Portugal, il reprend son poste dans le café qu'il a quitté lors de son départ du pays. Après 2 ans d'expulsion, à l'âge de 26 ans, il revient en Suisse et se marie avec son amie qui n'a que 18 ans à l'époque. Il entretient de bonnes relations avec sa belle-famille. C'est à ce moment qu'il obtient un permis de séjours et trouve le travail qu'il a encore actuellement, c'est à dire manutentionnaire dans un supermarché.

Au début du mariage, sa femme travaille à 50% comme vendeuse, puis après la naissance de leur deuxième garçon en 1991 (le premier naît en 1989) elle arrête complètement. A ce moment, ils commencent à éprouver des difficultés financières. Il demande à son épouse de travailler l'après-midi, chose qu'elle refuse car elle n'aime pas travailler selon lui.

Il dit ne pas être heureux avec elle, et n'être bien que lorsqu'il est seul à la maison. Le couple commence à se disputer sans cesse, puis ils ne se parlent plus pendant 6 mois avant de se séparer en 1995 alors que les garçons ont 4 et 6 ans. Le divorce est prononcé en mai 1996.

Par la suite, l'entente avec son ex-épouse s'améliore et ils se voient parfois le week-end. En 1997, elle se remarie avec un italien et part avec lui et les 2 enfants en Italie (selon le patient, ils vivent là-bas avec l'assurance invalidité du nouveau mari). Le patient vit mal le départ de ses enfants et fait alors une tentative de suicide (alcool + médicaments) se disant très triste de ne voir ses fils plus qu'à Noël et durant les vacances scolaires. Il ne les a plus vu depuis août 2000, la mère ayant appris qu'il avait un problème de drogue ne les a plus envoyé en Suisse et il en souffre.

Anamnèse de la phobie sociale et de la toxicomanie

M.J se dit une personne solitaire et étant petit se sentait mieux seul, souvent il passait ses dimanches avec sa mère et un peu plus grand ne sortait pas beaucoup. Il dit que les contacts sociaux ont toujours été pénibles pour lui et malgré ses efforts, n'a jamais réussi à se sentir à l'aise.

L'adolescence est relatée comme une période de timidité et l'évitement de toute relation avec les filles.

Plus tard lorsqu'il vivait avec son ex-femme, pendant les jours de congé, il refusait d'aller aux soirées chez les connaissances alors qu'il a toujours voulu travailler de nuit pour éviter la vie sociale. Selon le patient pendant une période la consommation d'alcool l'a aidé à se sentir moins anxieux.

Ces dernières années et après le départ de ses enfants, il travaillait seul la nuit dans le dépôt du grand magasin et passait la journée chez lui sans voir personne. Il sort de moins en moins de chez lui et actuellement, uniquement pour faire ses achats de nourriture.

Le problème de consommation de drogue date de juin 2000, date à laquelle le patient se sent souvent seul et décide de se faire des amis.

Il fait alors la connaissance de jeunes portugais par un cousin qu'il héberge chez lui quelques temps. Ces personnes consomment de la cocaïne et c'est à ce moment qu'il commence à en fumer. Il dit que sous l'effet de la drogue il se sent bien, oublie tous ses soucis, et se sent plus à l'aise en société. Il dépense tout son argent pour en acheter, s'endette, ne paye bientôt plus son loyer.

Il fait alors un premier sevrage dans notre unité, qui se déroule sans problèmes particuliers chez un patient qui est décrit comme très anxieux.

Après sa sortie, rechute rapidement et ne se présente pas au rendez-vous fixés. Il avertit son ex-femme de sa situation qui décide de ne pas envoyer les enfants chez lui pour Noël.

Etant donné les circonstances. M.J commence alors à déprimer. Cet état s'aggrave le 24 janvier, jour de son anniversaire, pour lequel il ne reçoit pas de téléphone de ses fils. Le patient est vu par son médecin généraliste qui le met en arrêt de travail, lui prescrit un antidépresseur et lui recommande de reprendre contact avec nous, le patient ayant recommencé consommer de la cocaïne.

A cette période nous n'avons réussi qu'à avoir quelques contacts téléphoniques de part et d'autre car il ne venait à aucun des rendez-vous fixés.

Au mois de mars 2001 il a un accident de voiture alors qu'il avait laissé conduire sa voiture par un ami qui n'avait pas de permis et il s'est déclaré comme conducteur pour rendre service à cet ami. Lors de l'accident, le patient est toujours à l'arrêt maladie en raison de cette dépression, et a recommencé à consommer régulièrement de la cocaïne.

L'accident a lieu lors du retour à la maison. Son ami (élève conducteur) est au volant, ils ressentent un choc et M.J lui demande d'arrêter la voiture. Il sort, découvre le blessé, appelle la police et les secours, et revient vers la voiture. Son ami lui demande alors de dire que c'est lui-même M.J, qui conduisait, ce qu'il fait, ne se rendant pas bien compte de la gravité de la situation, et surtout il n'ose pas refuser cette demande.

Il est ensuite mis en cellule durant une semaine. Les policiers vont découvrir dès le lendemain qu'il n'était pas au volant de son véhicule.

Suite à cet accident, il se remet à consommer de plus en plus de cocaïne pour essayer d'oublier ces faits pénibles pour lui. C'est à ce moment qu'il commence à se sentir persécuté par ses amis et par des inconnus qui lui veulent du mal.

Le 31 mai 2001, il appelle la police se sentant menacé par tous ces gens qui lui veulent du mal. Mais selon M.J, ce n'est pas la vraie police qui arrive chez lui, car ils cachent leur voiture, savent différentes choses sur sa vie privée et l'amènent au poste de police avant de l'hospitaliser à l'hôpital psychiatrique où il passe 24 heures. Tout cela est, selon le patient, un complot monté contre lui par ceux qu'il considérait comme ses amis dans le but de le faire passer pour un fou et ainsi le rendre responsable de l'accident. A noter que cet épisode est unique.

Durant cette période nous avons gardé le contact avec M.J surtout par téléphone et en laissant les cartes de visite à sa porte car il ne répondait pas à la porte. A cette époque il dépense tout son argent pour se droguer, a perdu du poids (environ 9 kg), ne paye plus ses factures, fait un crédit pour finalement se retrouver en poursuite. Il voit sa situation s'empirer, se sent de plus en plus mal et finalement décide de prendre contact et se faire soigner dans notre unité.

Pour résumer

Après ce second sevrage nous avons pu établir une bonne alliance thérapeutique avec M.J, qui demande une thérapie individuelle pour son problème de phobie sociale. Depuis lors, il s'est présenté à tous ses rendez-vous.

Relevons également un syndrome de dépendance à l'alcool avec consommation d'un litre de vin par jour jusqu'en 1998, le patient affirme qu'après avoir acheté sa voiture en 1998, il a fortement réduit sa consommation d'alcool ne buvant plus qu'un verre de vin/jour et occasionnellement un peu plus. Le jour de l'accident le patient avait bu de l'alcool. Actuellement, il ne boit plus.

Le syndrome de dépendance à la cocaïne est, quant à lui, apparu en juin 2000, avec un premier sevrage à la fin novembre 2000, puis une reprise de la consommation. Au moment de l'accident, M.D. consommait de la cocaïne tous les jours. Suite à l'accident, il rechute dans une dépendance plus marquée avec l'apparition d'une épisode unique de trouble psychotique aigu avec au premier plan des idées délirantes de type paranoïde.

Actuellement cela fait 8 mois qu'il est en arrêt maladie et il passe la plus part de son temps seul à la maison. M.J travaille la nuit depuis 12 ans, il dit que c'est pour éviter les contacts sociaux et reste très soumis dans ses rapports avec les autres. Il pense que sa phobie sociale a toujours été un problème, mais particulièrement ces dernières années car il se rend compte de la gravité des conséquences de ce problème.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : Phobie sociale

a) Synchronique

SITUATIONS :

- Aller vers les autres
- Sortir en ville et se promener

COGNITIONS

- « Tout le monde me regarde »
- « Qu'est-ce qu'ils vont penser de moi ? »
- « Je vais rougir »
- « Pourquoi je suis toujours comme ça ? »

EMOTIONS

- La colère
- La tristesse
- La culpabilité
- La déception
- La perte d'estime de soi

COMPORTEMENTS

- Ne pas répondre à la sonnerie de la porte
- Consommation de la Cocaïne
- Evite de sortir de chez lui

ANTICIPATIONS

- « Si quelqu'un vient à ma porte comment je vais faire ? »
- « C'est mieux de rester à la maison et je ne serais pas mal »

ENVIRONNEMENT

- Les copains toxicomanes viennent sonner plus fréquemment
- Les copains le cherchent et l'appellent au téléphone, ce qu'il trouve « valorisant » et « angoissant »
- Sa famille ne revient plus le voir

b) Diachronie

Données structurales possibles : PHOBIE SOCIALE

Génétique :

- Hypothèse d'un "terrain" anxieux

-Personnalité:

- Évitante

Facteurs déclenchant initiaux invoqués:

- Le père autoritaire
- Le décès des parents
- La mort violente de la mère devant ses yeux.
- Nombreuses séparations et changements de lieu de vie.

Facteurs historiques de maintien possible:

- Toxicodépendance (alcool et cocaïne)
- Migration
- Multiples ruptures des relations interpersonnelles

Événements précipitant les troubles:

- Divorce et séparation problématique avec son ex-femme
- Départ de ses enfants en Italie
- Perte totale de contact avec ses enfants
- Accident de voiture

Traitements antérieurs ou en cours:

- Traitement d'antidépresseur en 1996 suite à une tentative de suicide.

2.3 Hypothèses diagnostiques

Axe I :

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.3 [296.31]**
- Syndrome de dépendance à la cocaïne **F14.24 [304.20]**

Axe II:

- Personnalité évitante, **F60.6 [301.82]**

Axe III : Nihil

Axe IV :

- Arrêt maladie
- Dettes
- Inculpation pour avoir prêté sa voiture à un conducteur en état d'ébriété sans permis qui a renversé un piéton.

Axe V : EGF 61

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de réduire l'anxiété du patient dans les relations sociales, améliorer son état dépressif et, conjointement, prévenir la rechute à la cocaïne.

Le but final attendu par le patient est d'avoir une vie normale, sans problèmes de consommation, de pouvoir reprendre son travail et retrouver une relation stable avec ses enfants.

3.2 Mesures initiales

Elles ont été faites lors de la deuxième séance.

Echelle de phobie sociale de Liebowitz

Score : Anxiété=57 Evitement=65

Inventaire de Beck, Score : 29

PPAG :

- Phobies,
 1. Phobie I (pouvoir aller vers les autres) score : 8
 2. Phobie II (pouvoir sortir seul en ville) score : 6
- Panique, score : 2
- Anxiété généralisée, score : 6

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Questionnaire des phobies :

Pouvoir aller vers les autres de 0 à 8

Pouvoir sortir seul en ville de 0 à 8

Envie de consommer versus envie de ne pas consommer de 0 à 100

Dès le début de la phase du traitement le patient a régulièrement utilisé un tableau à "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations de la cocaïne et de l'alcool ont été systématiquement questionnées et répertoriées dès la première séance, elles constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brèves des séances

Séances 1 à 3

Elles sont consacrées au recueil de données anamnestiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Dès la deuxième séance, des tâches à domiciles sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide du tableau à trois colonnes de Beck.

A noter que durant cette période, avec l'accord de M.J nous avons eu un contact téléphonique avec Mme Leuba infirmière de la médecine du personnel de l'employeur patient, pour l'informer de la mise en place de la thérapie et former un réseau utile à la prise en charge.

Séances 4

M.J se sent coupable de sa toxicomanie, il se sent également un mauvais père pour ses enfants. Au travers d'une discussion sur ce que signifie d'être un bon père pour lui, nous abordons les expériences de sa vie qui ont fait qu'il a une telle perception de son rôle de père. Son père était un homme d'autoritaire et il réalise maintenant qu'il voit son rôle de père comme celui de son propre père. Nous avons mis en évidence les croyances du patient sur le rôle d'un père, ensuite nous avons travaillé sur des distorsions cognitives telle que la maximisation et la sur généralisation.

Séance 5

La semaine précédente, il a reçu un téléphone de l'infirmière de son entreprise qui lui a fait part de son souhait de fixer d'un rendez-vous avec le chef de M.J qui veut savoir ce qui s'est passé durant les 8 mois d'arrêt maladie et faire le point sur sa situation professionnelle. Suite à cette situation anxiogène, il a consommé une fois de la Cocaïne.

M.J est très inquiet, ne sait pas s'il pourra conserver son travail. Il a toujours été très angoissé à l'idée d'avoir un entretien avec son chef. De plus, compte tenu des circonstances actuelles, il ne sait pas comment son chef va réagir et quelles seront les conséquences de son absence.

Il dit qu'il n'aime pas cette situation, se sent très mal et pense que son entretien se passera mal, s'il se trouve dans cet état d'anxiété.

Nous avons procédé à une désensibilisation systématique en établissant tout d'abord une hiérarchisation de la situation de la manière suivante :

Hiérarchisation du problème

- 10 : L'infirmière l'appelle pour fixer rendez-vous.*
20 : Le jour du rendez-vous, il se prépare pour y aller.
30 : Il prend le bus.
40 : Il descend du bus et marche vers le dépôt (lieu de travail)
50 : Il entre dans le dépôt et voit les collègues du travail.
60 : Il prend l'ascenseur et monte au troisième étage.
70 : A la réception, il s'annonce à la secrétaire.
80 : Il attend pour être reçu par son chef.
90 : Il entre dans le bureau.
100 : Il s'assied en face de son chef et commence l'entretien.

A la fin de la séance son anxiété pour cette situation est diminuée à 3 alors qu'en début elle était à 8/8.

Tâche à domicile:

- Pratique de la relaxation avec un CD qui lui est mis à disposition.

Séance 6

Lors de cette séance nous abordons la question des connaissances qui l'ont initié à la consommation de substances et sa relation actuelle avec ces personnes.

M.J dit qu'ils insistent pour maintenir le contact. Il lui est difficile de se protéger car ils font tout pour le revoir tout en étant au courant de son abstinence.

Ensemble nous avons mis en place un programme d'occupation hebdomadaire avec des activités comme des sorties à la campagne (qu'il aime beaucoup) et la reprise de contact avec sa cousine à Genève (qui n'est pas dans la toxicomanie) dans le but de créer progressivement un entourage hors toxicomanie (la Zone).

Tâche à domicile : mise en pratique de ce programme d'occupation.

Séance 7

M.J accomplit bien ses tâches à domicile, il pratique la relaxation, n'est pas resté seul chez lui, il a beaucoup de plaisir à faire des sorties à la campagne. Il utilise le tableau à trois colonnes pour rapporter des situations en séance.

Le patient a téléphoné à sa cousine de Genève (il avait rompu sa relation avec elle depuis le début de sa toxicomanie), elle l'a invité chez elle pour le W/E suivant.

Il aimerait y aller mais ne sent pas à l'aise. Au cours d'une discussion, nous avons évalué ensemble les avantages et les désavantages d'aller passer le W/E chez elle. Finalement M. J décide d'y aller.

Tâches à domiciles :

- programme d'occupation
- relaxation

Séance 8 à 10

M. D. se sent bien et aimerait reprendre son travail assez rapidement, si possible avec un horaire de jour (il a travaillé la nuit pendant 12 ans).

Nous avons eu un contact téléphonique avec l'infirmière de l'entreprise qui a organisé un entretien avec le chef de M.J. Pendant cet entretien téléphonique nous avons évoqué l'intérêt d'horaires de jour pour le patient, compte tenue de sa phobie sociale.

M.J s'est rendu à cet entretien avec son chef et tout s'est bien passé. Il recommencera à travailler deux semaines plus tard avec des horaires de jours. Il a commencé son travail, il va régulièrement chez sa cousine. Il a également rencontré une personne non-toxicomane, avec laquelle il a été au restaurant.

Au cours de cette période le patient réussira à parler de son problème de toxicomanie avec son chef. Ce dernier, qui est décrit comme une personne assez dure, s'est montré très compréhensif et lui a parlé de son fils, toxicomane, décédé d'une overdose il y a 8 ans. Les confidences de son chef ont beaucoup touchés le patient qui réalise que le fait d'avoir réussi à s'affirmer et à parler de ses problèmes lui a permis de nouer des liens avec une personne. Il pense qu'auparavant il n'aurait pas réussi à avoir un entretien avec son chef, sans anxiété importante.

Séance 11 à 14

M.J a des problèmes d'insomnies, il fait des cauchemars au sujet de ses enfants. Dans ses rêves, il imagine qu'il ne verra plus ses enfants.

La relation qu'il entretient avec ses fils est abordée à plusieurs reprises. Il ne supporte pas l'attitude de son ex-femme qui donne actuellement une très mauvaise image de lui à leurs fils en leur parlant de sa toxicomanie. Il a écrit à ses enfants pour leur expliquer ce qui s'est réellement passé mais son ex-femme ne leur a pas donné la lettre.

Nous avons continué le travail d'affirmation de soi sur les différents types de comportement et les techniques de gestion de conflits.

Le patient ne riposte plus contre les critiques de ses enfants et de son ex-femme mais essaye plutôt de parler de ce qui s'est passé et de comprendre leurs points de vue au lieu de tenter de s'expliquer face à chaque critique.

Les vacances de fin d'année sont discutées et planifiées à l'avance afin de prévenir la solitude durant cette période qu'il appréhende. Compte tenu de la relation actuelle avec ses enfants et son ex-femme, il sait qu'ils ne viendront pas en Suisse lui rendre visite. Il passera la période de Noël et Nouvel-an chez sa cousine à Genève.

Lors d'une séance, nous avons fait appel au médecin de notre service pour évaluer si M.J pourrait bénéficier d'un traitement médicamenteux. Un traitement de Remeron 15mg le soir est prescrit pour améliorer le sommeil.

Entre temps et suit à son accident de voiture de M.J (mars 2001), la justice a demandé une expertise psychiatrique. Le patient s'est rendu à plusieurs reprises aux rendez-vous fixés par l'expert.

Il est très inquiet de cette expertise et le jugement qui s'en suivra dans le courant de l'année. Il se montre très méfiant envers l'expert, a peur que le résultat de l'expertise soit en sa défaveur.

A partir de ses pensées automatiques nous avons tenté d'assouplir son schéma de méfiance de la manière suivante :

Qu'est-ce qui a fait que le schéma s'est mis en place ?

Quelles sont les expériences dans sa vie qui l'ont rendue méfiant ?

Y a-t-il des expériences qui allaient dans le sens contraire ?

Quels avantages a-t-il à garder son schéma ?

Quels désavantages a-t-il à garder son schéma ?

M.J a réalisé que son schéma lui jouait des mauvais tours, qu'il y avait plus de désavantages que d'avantages à conserver ce schéma. Il comprend que sa perception de la réalité empreinte de méfiance complique sa vie. Il souhaite changer, être plus confiant dans ses rapports avec autrui.

L'utilisation du tableau à 5 colonnes de Beck (tâche à domicile) lui a permis de découvrir les avantages de ces nouvelles pensées rationnelles dans sa vie quotidienne.

Il pratique régulièrement la relaxation avant d'aller au lit et a diminué considérablement ses contacts avec la « zone ».

Séance 15 à 18

M.J se sent à nouveau bien. Lors d'un entretien il révèle qu'il est bisexuel, ceci étant la raison principale de son divorce. Il a eu plusieurs relations homosexuelles avant son mariage et après environs dix ans de mariage, a eu à nouveau une aventure avec un homme. Suite à cette relation, il s'est senti très perturbé et de plus en plus mal dans son couple. Il n'en a jamais parlé à son ex-femme mais il aurait fait en sorte qu'elle le quitte. Il s'est senti toujours mal à l'aise avec sa bisexualité dont il n'a jamais parlé par peur de la réaction de sa famille.

On relève 2 consommations abusives d'alcool dans un but sédatif. Nous l'informons des dangers de la dépendance à l'alcool ainsi que son effet négatif sur l'humeur.

M.J a téléphoné à ses enfants en Italie et son fils aîné qui refusait de lui parler jusqu'à présent a accepté de discuter avec lui et lui a même proposé de le voir. Le patient est très content de ce changement d'attitude.

Séance 19-20

Nous avons organisé un bilan avec l'intervenante de la médecine du personnel en présence du patient.

- Le changement du rythme de travail de nuit au travail de jour se passe bien.
- Son chef est très content des ses prestations.
- Son entourage professionnel a constaté une amélioration nette de son état.
- M.J a pu dire que la charge du travail est parfois excessive.

Lors d'une séance nous avons abordé la question des vacances de Pâques car M.J, ambivalent, ne savait pas ce qu'il voulait faire et nous avons appliqué à sa situation la technique de résolution de problèmes en sept étapes. Il décidera de partir au Portugal pour rendre visite à sa famille.

Comme tâche à domicile, le patient est invité à utiliser cette technique dans d'autres situations (la généralisation).

Séance 21-22

Nous avons fait le point de la situation en se basant sur l'évaluation des avantages et des désavantages de son abstinence à court et long terme ainsi que les avantages et les désavantages de la consommation de cocaïne en général.

Le sommeil s'est nettement amélioré, il dort mieux mais se réveille 2 à 3 fois par nuit. M.J dit qu'il n'a plus besoin de téléphoner aussi souvent à sa cousine. Par rapport à ses enfants, dit que ils ne l'appellent pas mais que cela ne lui pose pas de problème car il se sent actuellement bien.

A cette période, M.J a une relation affective avec un ami qu'il voit pendant la semaine.

Depuis plusieurs mois, il rembourse ses dettes et actuellement il éprouve quelques difficultés financière. En accord avec le service de la médecine du personnel, le bureau du personnel du magasin lui accord un acompte sur son salaire pour payer ses factures avant de partir en vacances au Portugal.

M.J dit que la semaine dernière, lorsqu'il a été en possession des 1000 francs pour payer son billet d'avion, il a eu envie de consommer de la cocaïne mais a réussi à gérer son envie en utilisant la liste des avantages et des désavantages de la consommation que nous avons établie lors d'une séance. Il savait également que l'envie finirait par passer. Ce soir-là, il avait bu de l'alcool et a réalisé qu'il devrait mettre des limites à sa consommation de vin, occasionnelle actuellement.

Les vacances au Portugal se sont bien passées, il s'est rendu chez sa belle sœur qui l'a accueilli chaleureusement et l'a aidé financièrement pendant ses vacances. Le patient a réussi à parler des problèmes qu'il a eu et sa bisexualité avec elle. Il est très satisfait de son voyage et envisage y retourner plus souvent.

Un projet de changement d'appartement est discuté, il ne se plaît plus dans son quartier actuel et veut commencer ses recherches.

Il arrive à la fin du remboursement de ses dettes, pourra être plus à l'aise financièrement dès le mois prochain. Il aimerait commencer à payer la pension alimentaire de ses enfants.

A noter que M.J n'a pas payé de pension en raison de sa consommation de cocaïne, ce qui avait provoqué le conflit avec son ex-femme.

Nous avons également abordé la question de la nationalité de M.J, il se montre intéressé par une naturalisation suisse car il habite ce pays depuis 18 ans et se sent mieux ici qu'au Portugal.

Séance 23-24

Les mesures finales sont pratiquées et nous avons fait un bilan global de la thérapie. M.J se dit satisfait du déroulement de la thérapie qui lui a permis de gérer une crise importante dans sa vie, de ne pas retomber dans la consommation de cocaïne et de se sentir globalement mieux. Il pense que sa dépression était due à son problème de la phobie sociale qui le faisait souffrir depuis plusieurs années.

M. J se montre très reconnaissant pour le contact que nous avons gardé malgré lui durant sa période de consommation et pense que « si vous n'aviez pas pris de mes nouvelles durant cette période, je me serais défoncé encore plus et je ne sais pas ce que je deviendrai aujourd'hui ».

5. Résultats

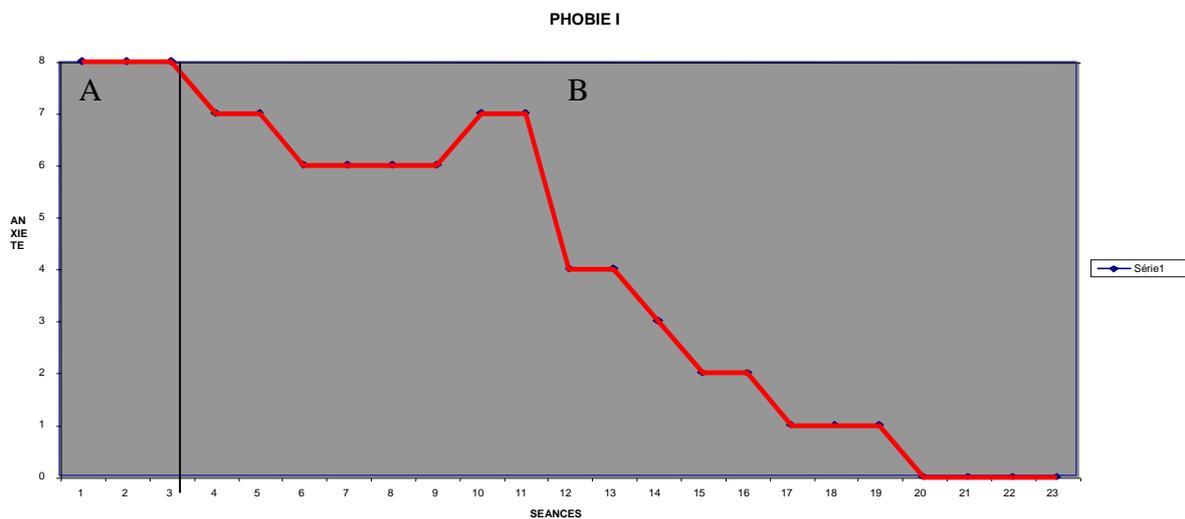
Echelle de phobie sociale de Lebowitz, Score : Anxiété=42 Evitement =38
Inventaire de Beck, Score : 8

PPAG :

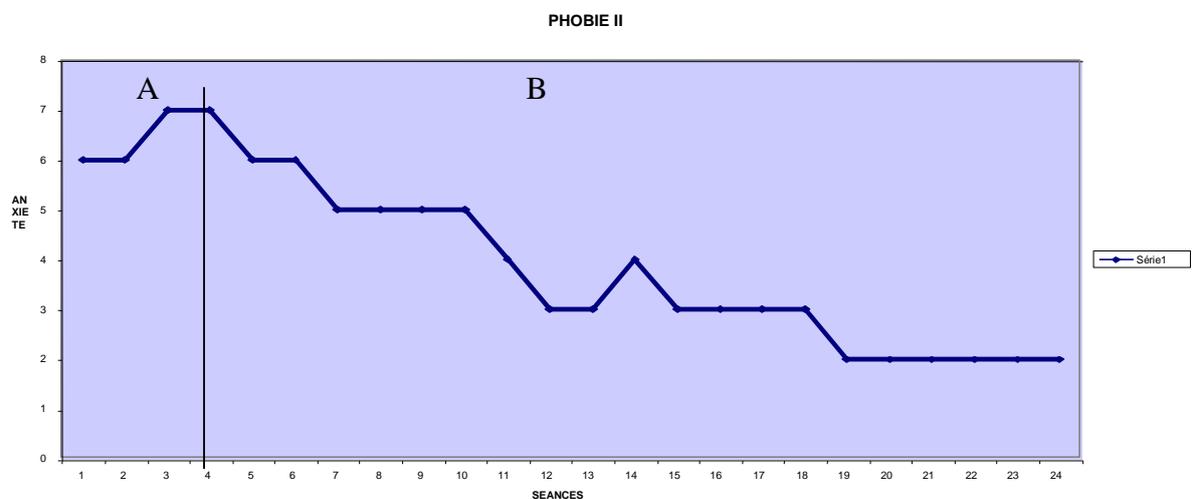
- Phobies I, score : 0
- Phobie II, score : 2
- Panique, score : 0
- Anxiété généralisée, score : 2

Graphiques

I- Phobie I: pouvoir aller vers les autres

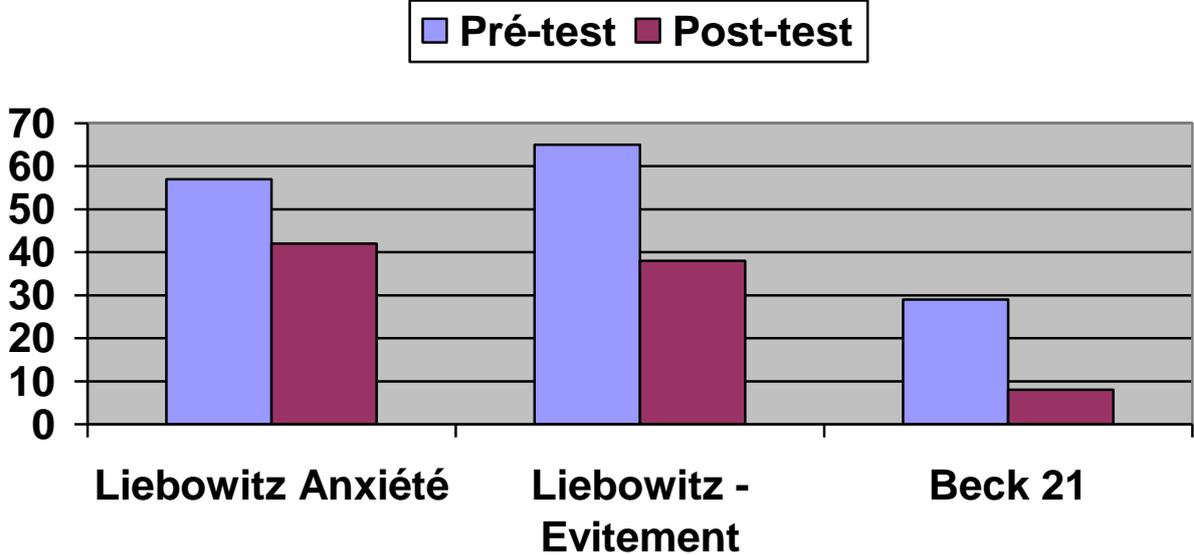


II- Phobie II: pouvoir sortir seul en ville

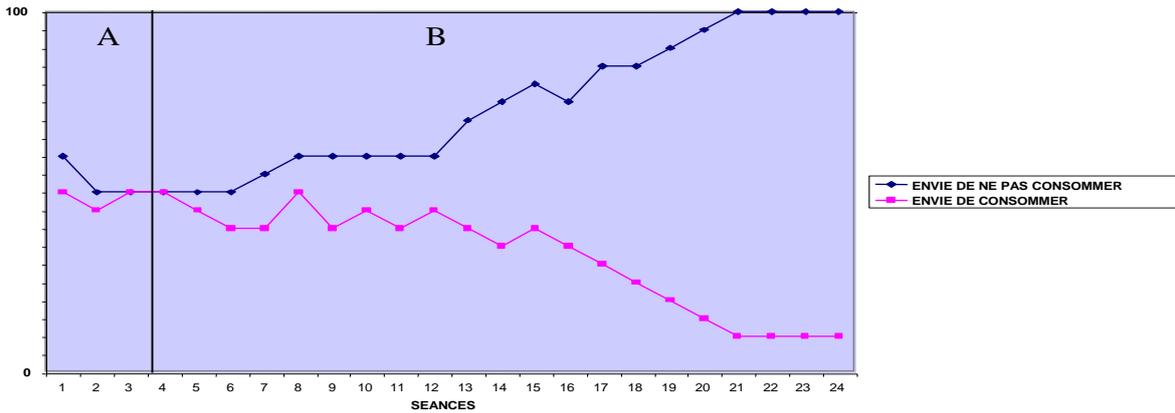


Graphique III

Mesures en pré- et post-tests



Graphique IV



6. Discussion

Les résultats indiquent que la thérapie a été efficace sur les deux types de phobies traitées. Cela se manifeste par une baisse régulière des courbes. Il est intéressant de constater que l'amélioration des phobies est corrélée avec la baisse de l'envie de consommer des toxiques. Ceci suggère que la phobie sociale avait un effet important sur le problème de toxicomanie. Toutefois deux épisodes de consommation de cocaïne ont été rapportés par le patient durant la thérapie, une au début et l'autre en milieu de thérapie. Ce deuxième épisode de consommation est décrit par le patient comme une consommation test qui n'a pas conduit au soulagement et au plaisir provoqué par la drogue dans le passé. Le patient se demande même s'il s'agissait bien de la cocaïne !

L'intervention sur les phobies sociales est associée à une amélioration importante de la dépression.

La thérapie a nécessité de la persévérance pour construire le lien thérapeutique. Ce dernier s'est concrétisé lorsque le patient a été motivé pour passer au stade d'action d'abstinence.

Le travail en réseau a contribué à l'efficacité du traitement et a renforcé le patient dans son environnement professionnel.

Le changement du réseau social du patient lui a permis de diminuer les risques de rechute et d'établir des relations sociales à conséquence positive. Par exemple il a repris contact avec un vieil ami qui lui propose des sorties en bateau sur le lac.

M.J est devenu capable de s'affirmer sur son lieu de travail. Alors que depuis 12 ans il n'avait pas osé le faire, 3 mois après la thérapie, selon ses dires, il a été promu dans son poste.

Son estime de soi a augmenté considérablement. Il a rendu visite à sa famille au Portugal.

En milieu de thérapie, le patient rapporte une consommation d'alcool celle-ci a été reliée au changement du rythme éveil-sommeil. En travaillant de jour, le patient ne pouvait plus dormir la nuit. Le problème a été réglé par une prescription de Remeron 15 mg.

Ce passage à un horaire de jour a été possible grâce à la baisse de la phobie sociale. En effet, le travail de nuit était une façon d'éviter les contacts sociaux, à ce sujet le patient dira : « je pouvais dormir la journée et travailler seul la nuit, ainsi je ne rencontrais personne, maintenant je vois mes collègues la journée et ça se passe bien, c'est même très agréable avec certain et je peux profiter de la soirée pour faire autre chose ».

7. Conclusion

La thérapie cognitive et comportementale a été efficace dans le traitement de la phobie sociale et la prévention de la rechute chez un patient toxicomane. Elle a permis de renforcer l'abstinence du patient par les avantages de ses nouveaux comportements affirmés.

Cette expérience m'a permis de prendre encore plus conscience de l'importance d'une étroite collaboration avec l'environnement professionnel du patient et ses intérêts pour le bon déroulement de la thérapie. J'ai pu également constater que l'établissement d'une alliance thérapeutique est indispensable et favorise les bons résultats obtenus par la thérapie.

8. Bibliographie succincte

- Cungy C., Faire face aux dépendances, Retz, 2000
Cottraux J., Les thérapies cognitives, comment agire sur nos pensées, Retz 2001
Cungy C., Savoir s'affirmer, Retz. 2001
Aron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, Cognitive therapy of substance abuse.
Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychiatric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).
Blackburn I-M. , Cottraux J., Thérapie cognitive de la dépression, Masson, 1998.
Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 276-288.
Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse Prévention*. 1985. Guilford Press, New York
Cungy C., Note I-D. , Faire face à la dépression, Retz, 1999
Bouvard M., Cottraux J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson Paris 2000

Sommaire étude 2 :

	Page
1. Etude de cas de Mme R	23
2. Présentation du cas	23
2.1 Eléments anamnestiques	23
2.2 Analyse fonctionnelle	26
2.3 Hypothèses diagnostiques	28
3. Méthode d'évaluation	29
3.1 Protocole thérapeutique	29
3.2 Mesures initiales	29
3.3 Mesures durant le traitement	29
4. Description brèves des séances	30
5. Résultats	36
6. Discussion	37
7. Conclusion	38
8. Bibliographie succincte	38

1. Introduction générale

Au moment de la thérapie, Mme R. bénéficie d'une prise en charge ambulatoire post-cure suite à un sevrage à l'héroïne, ceci à sa demande.

Mme R. a fait un séjour de deux semaines dans l'unité de sevrage où elle a été traitée avec un schéma dégressif de Topamax (topiramate) sur dix jours pour soigner les symptômes de manque aux opiacés.

La demande d'une thérapie cognitive et comportementale est faite par la suite sur la recommandation d'une collègue de l'unité de sevrage.

2. Présentation du cas

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

Patiente âgée de 28 ans, Mme R. vit seule et travaille depuis une dizaine d'années comme aide soignante dans un hôpital général.

Ces derniers temps, sa consommation d'héroïne est devenue journalière. Elle éprouve des difficultés croissantes à assumer ses responsabilités professionnelles à cause de sa dépendance.

Elle se sent très stimulée par sa cheffe qui l'apprécie et lui propose (depuis deux ans) une formation de perfectionnement. La patiente se sent incapable d'entreprendre une telle démarche particulièrement avec une dépendance à l'héroïne. Elle n'arrive pas à dire à sa responsable qu'elle ne se sent pas prête pour cette formation. Ceci est devenu une source d'anxiété.

Sur les conseils de sa cheffe, Mme R avait déjà tenté d'entreprendre une formation de perfectionnement l'année dernière qui n'a pas aboutit. Suite à cet échec elle a été hospitalisée pour une dépression. A la sortie de l'hôpital, elle a été adressée à un psychiatre installé. Mme R. a mis fin à sa thérapie après quelques séances. Elle a continué sa consommation qui devenait de plus en plus importante.

Depuis plusieurs mois, elle réalise que sa consommation d'héroïne pose des problèmes croissants dans son activité professionnelle ainsi que dans ses relations familiales. Se sentant toujours déprimée, finalement, elle se décide à entamer les démarches d'un sevrage.

Histoire familiale et personnelle

Mme R est la fille unique d'un deuxième mariage. Du côté de sa mère d'un premier mariage, elle a un demi-frère de 41 ans décrit comme ayant un problème de dépendance à l'alcool. Elle a également une demi-sœur de 42 ans mariée qui est mère d'un garçon de 10 ans.

Sa propre mère, âgée de 61 ans, vendeuse de profession est actuellement à la retraite. D'après la patiente, sa mère a eu un problème de dépendance aux benzodiazépines dans sa jeunesse. A cette période, elle manifestait de l'agressivité envers la patiente et la frappait. Actuellement, elle est suivie pour une dépression et reçoit un traitement d'antidépresseur.

Le père, âgé de 63 ans, est d'origine italienne. Il a immigré en Suisse où il y travaille encore en tant qu'employé de bureau.

La patiente habite depuis plusieurs années dans le même immeuble que ses parents.

Mme R s'entend bien avec son père et un peu moins bien avec sa mère qu'elle décrit comme trop protectrice ce qui occasionne souvent des conflits interpersonnels.

La relation entre les parents est décrite comme mauvaise. Elle trouve que ses parents ne sont pas heureux et ne dialoguent pas entre eux. Le père se rend souvent seul en Italie pour visiter sa famille.

La patiente entretenait de bonnes relations avec une tante du côté paternel qui était toxico dépendante. Celle-ci est décédée du SIDA à l'âge 35 ans.

Une autre tante, également du côté paternel, a eu dès son plus jeune âge des problèmes psychologiques qui ont nécessité de multiples hospitalisations. Elle est décédée à l'âge de 37 ans à l'hôpital psychiatrique d'une crise cardiaque selon la patiente.

La petite enfance est relatée comme une période difficile ; d'une part à cause d'une mère qui était parfois assez dure avec elle et d'autre part, selon ses dires, par une carence de vie sociale et un certain isolement. Elle restait souvent seule à la maison avec ses parents.

En septième année, suite à des problèmes d'apprentissage, Mme R. a dû changer de classe pour suivre un programme dans une classe spéciale pour élèves à problème. Elle n'a pas réussi à terminer son école obligatoire.

A quinze ans, elle commence à travailler puis quitte le foyer parental à 16 ans et emménage dans son propre appartement. A cette époque ses relations affectives sont instables. Elle tombe enceinte à l'âge de 18 ans et subit un IVG. Elle ne se sent alors pas capable d'assumer la responsabilité d'un enfant.

Entre 18 ans et 22 ans, elle entretient une relation amoureuse avec une personne rencontrée à l'hôpital. Cette relation se termine avec le départ de cet ami à l'étranger.

Mme R. a toujours travaillé dans le domaine hospitalier. Depuis une dizaine d'année, elle travaille au sein du même hôpital. Son activité professionnelle lui plaît et elle lui accorde une grande importance.

Anamnèse de la phobie sociale et de la toxicomanie

Mme R a eu une enfance où elle passait beaucoup de son temps seul, sa mère ne voulait pas la laisser jouer avec les autres enfants par peur de se faire du mal. Durant l'adolescence, elle se sent assez mal dans sa peau. Suite aux problèmes scolaires, la patiente développe un sentiment d'infériorité par rapport aux autres. Elle quitte relativement tôt le foyer familial pour travailler et vivre seule. Son travail lui apporte d'abord du bien-être et de la satisfaction : elle s'y trouve alors valorisée. Mais peu à peu, elle se trouve surmenée dans son travail sans que cela ne lui pose de problème majeur. Elle décrit son travail comme son seul plaisir.

Ses relations avec les hommes sont souvent difficiles. Elle se retrouve systématiquement dans des relations où elle adopte une position soumise adjoint d'un fort taux d'anxiété. Actuellement, la vie affective de Mme R est instable ; elle sort depuis quelques mois avec un ami qui selon elle ne l'aime pas et ne la respecte pas et ne veut pas rester longtemps avec elle.

Elle dit avoir peur du fait que les gens la rejettent. Elle se trouve ainsi toujours à faire des efforts pour se montrer aimable et serviable. Elle souffre de solitude et se culpabilise à cause des conséquences négatives de son comportement malgré les efforts qu'elle fait.

Mme R se décrit comme une personne qui veut *aider tout le monde* même si elle doit en *payer les frais*. Elle se rend compte que les gens profitent souvent d'elle mais sans arriver à faire autrement.

Sa première consommation d'héroïne est advenue lorsqu'elle sortait avec un ami toxico-dépendant qu'elle voulait à tout prix aider : elle finit par consommer avec lui pour mieux le comprendre et c'est ainsi qu'elle devient dépendante à l'héroïne.

Mme R. consomme de l'Héroïne depuis l'âge de 24 ans. Durant la première année la consommation est occasionnelle puis devient rapidement régulière et indispensable. Elle a fait diverses tentatives de sevrage sans succès seule à la maison.

En 1999, la patiente a fait une overdose nécessitant une hospitalisation dans un service somatique. Depuis l'année dernière, suite à une rupture sentimentale, elle consomme de plus en plus d'héroïne, parfois avec de la cocaïne. La relation avec les parents est de plus en plus conflictuelle ; le père ne supporte plus la toxicomanie de sa fille. Mme R. est anxieuse autour de son activité professionnelle. Elle garde secret sa toxicomanie.

Selon elle, sa dépendance à l'héroïne est survenue à cause de difficultés relationnelles. Elle s'identifie parfaitement à une phobie sociale et pense qu'elle a ce problème depuis bien avant sa dépendance à l'héroïne.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : Phobie sociale.

a) Synchronie

Situation :

- Savoir s'affirmer dans une relation sentimentale avec un homme.
- Dire ce que je pense à mes collègues, surtout quand on me donne trop de travail à faire.

Cognitions :

- Qu'est qu'ils vont penser de moi ?
- Ils vont dire que je ne suis pas une bonne collègue.
- Ils vont penser que je ne veux pas travailler.
- Ma cheffe ne sera pas contente de moi.
- Je ne suis pas capable d'assumer une relation avec un homme.
- Je me fais toujours avoir par les autres.
- Les hommes profitent et abusent de moi et je ne suis pas capable de me défendre.
- Je suis une conne.

Emotions :

- Peur
- La colère envers elle-même.
- La tristesse
- La crainte de perdre l'amitié.
- Anxiété

Comportements :

- Consommation de substances.
- Evitement de la situation.
- Travailler plus que les autres.
- Être toujours disponible pour les autres.
- Accepter et ne pas refuser.

Anticipation :

- Je vais avoir de nouveau besoin du produit.
- Comment vais-je faire ?
- Je vais devoir mentir.
- Je ne vais pas pouvoir m'en sortir.

Conséquences :

- Dévalorisation de soi
- La solitude
- Dépression
- Consommation de l'héroïne « pour se détruire »

Environnement

- L'inquiétude de la famille
- Certaines personnes abusent d'elle
- Ami insiste lorsqu'elle refuse quelque chose (particulièrement l'héroïne)

b) Diachronie

Données structurales possibles :

Génétique: -Hypothèse d'un « terrain » favorable à un trouble anxieux.
-Hypothèse d'un « terrain » favorable à la dépendance.

- Chez une tante dépendance à l'héroïne décédée du SIDA.
- Chez le frère une dépendance alcoolique.
- Chez la mère un état dépressif, consommation de benzodiazépine.
- Chez une tante décédée après multiples hospitalisations en hôpital psychiatrique.

Personnalité : A trait dépendante

Facteurs déclenchant initiaux invoqués:

- Manque de communication dans la famille.
- Vie sociale réduite dans l'enfance.
- La relation affective avec une personne toxico-dépendante durant 4 ans.
- Atteinte de plusieurs personnes de la famille par la toxicomanie.

Facteurs historiques de maintien possible :

- toxicomanie
- Stress et surmenage au travail
- Multiples ruptures des relations affectives
- Sentiment d'infériorité

Evénements précipitant les troubles:

- Echec scolaire
- Echec sentimental

Autres problèmes:

- Absence de relations interpersonnelles
- Manque d'une vie sociale suffisante

Traitements antérieurs ou en cours:

- Nefadar de janvier 2001 décembre 2001. Selon ses dires ce traitement l'a aidé un peu mais elle ne prenait pas son traitement régulièrement.
- Truxal pendant deux mois janvier et février 2001.

2.3 Hypothèses diagnostiques

Axe I

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.2 [296.31]**
- Syndrome de dépendance aux opiacées **F11.24 [304.00]**
- Syndrome de dépendance à la cocaïne **F14.24 [304.20]**

Axe II Nihil

Axe III Asthme

Axe IV Nihil

Axe V EGF : 60

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété de la patiente dans les relations sociales, améliorer son état dépressif et finalement prévenir la rechute à l'héroïne et la cocaïne.

Le but final attendu par la patiente est de retrouver la confiance en elle sans consommer de drogues, être moins anxieuse dans la relation avec les autres (particulièrement les hommes) et pouvoir continuer son travail.

3.2 Mesures initiales

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

Score : 57

Echelle d'affirmation de soi (RATUS)

Score : 156

Inventaire de Beck (21 items)

Score : 25 (dépression modérée)

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Questionnaire des phobies :

Refuser et pouvoir dire non autres si je le veux de 0 à 8

Envie de consommer versus envie de ne pas consommer de 0 à 100.

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Dès le début de la phase du traitement la patiente a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations rapportées d'héroïne et de cocaïne ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brèves des séances

SEANCE 1 à 3

Sont consacrées au recueil de données anamnestiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales, à l'information et à la planification du traitement.

Dès la deuxième séance, des tâches à domicile sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide de tableaux trois colonnes de Beck.

SEANCES 4

Mme R. y fait part de ses appréhensions au sujet de sa relation avec son ex-ami qui cherche à la revoir alors qu'elle veut l'éviter pour se protéger de ses propositions de consommation.

La patiente avait commencé sa consommation avec cet ami durant la période où ils sortaient ensemble. Celui-ci était alors déjà héroïnomanie.

Mme R. se sent encore très fragile au produit. Elle exprime encore des sentiments pour cet ami après les quatre ans passés ensemble.

Elle dit : " j'appréhende le fait de me trouver face à lui et ne pas pouvoir lui dire non car il connaît très bien mes faiblesses".

Après la discussion sur les facteurs de rechute et le danger de se trouver dans une situation de proposition de consommation, nous avons étudié ensemble ses difficultés et j'utilise le questionnement socratique pour mettre en évidence les croyances en lien avec les situations sociales suivantes :

- Je suis émotionnellement faible et si on est gentil avec moi on peut tout me demander.
- J'ai peur de perdre les gens si je ne suis pas gentil avec eux.

Suite à cette discussion sur les croyances et leurs liens avec les dangers sociaux perçus par la patiente, elle réalise que ses croyances l'ont toujours obligée à avoir un comportement soumis dans ses relations sociales et sont à l'origine de son anxiété. Ensuite, nous avons étudié ensemble les quatre types de comportement passif, agressif, passif-agressif et affirmé avec leurs définitions, leurs conséquences personnelles, les conséquences sur l'entourage et les émotions ressenties par l'individu et son entourage.

Nous avons pratiqué en jeu de rôle un comportement affirmé pour refuser une demande avec insistance.

Tâches à domicile :

1. Eviter les situations dans lesquelles on peut lui proposer du produit.
2. Utilisation des stratégies d'affirmation de soi pratiquées dans le jeu de rôle.

SEANCE 5

Mme R a revu son ex-copain qui est actuellement en cure de méthadone et consomme tout de même de l'héroïne. Elle a réussi à refuser de consommer avec lui. Après cette expérience, elle s'est sentie valorisée et satisfaite de son comportement affirmé.

Lors de cette séance, nous avons abordé le lien entre les pensées et les émotions dans l'interaction sociale et les différentes situations à risques dans lesquelles elle pourrait se trouver. Nous pratiquons une courte séance de relaxation selon la méthode Schulz, lors de laquelle elle réussit à se détendre. Je l'invite à réitérer seule la relaxation à domicile.

Nous avons discuté des points suivants :

Ce que je vais me dire quand l'envie de consommer commence :

- Elle va finir par passer.
- Si je consomme ça ne va pas résoudre mon problème.
- Je vais parler de mes pensées qui me font souffrir.
- Le fait de parler de mes pensées est un travail qui va me faire du bien.
- Le fait de consommer est une fuite qui va me faire du mal.

Ensemble nous avons fait une liste et la patiente la garde sur elle pour la revoir comme tâche à domicile en plus de la relaxation.

SEANCE 6

Elle a réussi à discuter ouvertement avec son copain actuel et de lui dire ses attentes. Cette discussion a permis de clarifier la situation et la patiente a entendu que pour lui cette relation n'est pas sérieuse. Mme R. a pu dire qu'elle voulait une relation sérieuse et elle décide de changer la nature de sa relation avec lui car elle ne se sent pas bien dans cette situation.

Elle se dit soulagée car selon ses dires elle était très mal dans une relation où elle ne se sentait pas respectée mais continuait malgré tout parce qu'elle n'osait pas s'affirmer.

Durant cette séance nous avons vu les 7 messages principaux du comportement affirmé qui sont les suivantes :

- Se faire respecter par les autres tout en les respectant
- Affirmer ses droits
- Oser se confronter aux autres
- Garder une image positive de soi tout en acceptant la contradiction, la critique ou le refus
- Accepter de ne pas être aimée toujours par tous
- Parvenir à vaincre la dépression
- Persévérer dans l'affirmation malgré les échecs

A la fin de la séance la patiente reçoit cette liste imprimée sur une feuille afin de consulter à domicile et la mettre en pratique dans son quotidien.

SEANCE 7

Mme R. est triste à cause d'une relation débutée depuis deux semaines dont elle n'avait encore pas parlé. Elle a repris contact avec un ami rencontré il y a sept mois et dont elle est tombée amoureuse. Elle a pu lui parler des sentiments qu'elle avait pour lui : ils sont sortis ensemble et tout se passait très bien. Hier soir, en fouillant dans les affaires de la patiente, cet ami a découvert la toxicodépendance de Mme R. Une dispute a alors eu lieu à ce sujet. Suite à ce problème, la patiente est retournée voir un ami qui lui a proposé de l'héroïne. Malgré une forte envie de consommer, Mme R a réussi à refuser en exprimant ses émotions et ses pensées.

Tout d'abord nous avons félicité Mme R pour avoir réussi à gérer cette situation à haut risque de consommation. Ensuite nous lui avons demandé de récapituler cette situation et dire que selon elle « ce qu'elle a fait pour réussir ? ».

Elle trouve que le fait d'exprimer ses pensées en rapport avec une situation difficile lui a permis de se libérer des émotions qui la faisaient souffrir et finalement de mieux gérer ses émotions. Quant à l'envie de consommer maintenant elle sait que l'envie ne dure pas et elle fini par passer comme d'autres émotions.

La patiente est invitée à discuter d'un test HIV avec son médecin traitant suite à son rapport non protégé.

SEANCE 8

Mme R. a consommé de la cocaïne le dimanche passé. Elle lie ceci à sa rupture sentimentale. Elle s'est sentie angoissée et est allée en ville de Lausanne

rencontrer une connaissance qui lui a fourni le produit. Elle se culpabilise en disant que « s'est grave ce que j'ai fait ».

Nous avons discuté de cette situation en demandant ce qui s'est passé avant la situation de la consommation. Mme R. a commencé une relation amoureuse depuis deux semaines, cet ami n'arrive pas à accepter le passé toxicomane de la patiente. Il a appris sa toxicomanie et depuis il la menace de la quitter à cause de son passé.

Cette relation est très importante pour elle, suite à cette dispute avec des menaces de rupture elle s'est sentie très mal et culpabilisée par son passé, elle a consommé de la cocaïne pour se sentir mieux.

Nous avons rassuré la patiente que durant la période d'abstinence un tel événement peut se produire et le plus important est d'arrêter la consommation tout de suite près comme elle l'a fait.

Après avoir revu la situation qui a précédé la consommation, les conséquences de la consommation de la cocaïne : la patiente est convaincue que cela n'a pas résolu son problème et la rendue triste. Nous avons également discuté du cercle vicieux de la consommation-culpabilité-anxiété-consommation durant cette séance.

Séance 9 à 11

Nous avons approfondi la situation suite à laquelle elle a eu envie de consommer dans le but de rechercher les facteurs de rechutes. M. R se sent coupable de sa toxicomanie.

Ses difficultés actuelles sont les suivantes :

- Elle se dévalorise à cause de son problème de dépendance.
- Si l'ami s'est montré verbalement agressif, pense automatiquement que c'est à cause d'elle.
- Elle arrive mieux à s'affirmer dans ses relations avec les autres, et se faire respecter mais n'y arrive pas tout à fait comme elle aimerait.

Durant ces séances nous avons surtout fait un travail cognitif sur les schémas. À partir de ses pensées automatiques et à travers une discussion socratique et la flèche descendante nous avons mis en évidence les croyances de la patiente et avons fait une recherche des pensées alternatives à ses pensées automatiques actuelles.

Croyances conditionnelles :

- Si je n'avais pas ce problème de dépendance tout ça ne serait pas arrivé.
- Si je ne dis pas tout sur ma vie dès le premier jour, l'autre a le droit de se mettre en colère.

Croyances inconditionnelles :

- Les autres ont le droit de tout savoir sur moi.
- C'est toujours à moi de faire le premier pas.

Schéma : *infériorité/culpabilité*

Pensée automatique :

- Tout est de ma faute.
- Il va me quitter définitivement
- Je suis une conne.

En faisant la liste avantages et désavantages de ses croyances la patiente se rend compte que son schéma et ses pensées automatiques lui ont toujours posés des problèmes.

Nous avons ensuite discuté des pensées alternatives et de leurs avantages. Elle comprend parfaitement son intérêt à avoir cette nouvelle façon de penser et désire les mettre en pratique. Par exemple, lors d'une discussion avec une personne qui lui pose des questions indiscretes, elle veut essayer de ne pas répondre à toutes ses questions. Pour cet exercice nous avons mis en scène un jeu de rôle en utilisant la technique consistant à :

- Répondre à une question (à laquelle elle désire répondre) assez brièvement, sans chercher à expliquer et à répondre à des questions qui ne sont pas posées.
- Penser qu'elle a le droit d'expliquer ou ne pas expliquer certaine chose sur sa vie si elle le désire car il s'agit de sa vie et de sa liberté personnelle.
- Lorsqu'elle trouve une question indiscrete ou que tout simplement ne veut pas répondre, utiliser un niveau de dévoilement de soi approprié et ne pas répondre directement aux questions indiscretes.
- Dans ses conversations au lieu de se faire questionner tout le temps, poser aussi des questions à son interlocuteur.

Les tâches à domicile sont la mise en pratique de ces techniques. Elle accomplit ces tâches, toutefois le succès est obtenu progressivement après plusieurs essais qui ont nécessité de rediscuter les situations en restructuration cognitive.

SEANCE 12

Mme R a appris, (suite à un test d'urine chez son médecin) le samedi dernier qu'elle était enceinte. Elle se dit très contente et en même temps préoccupée. Le père présumé a rompu toute relation avec elle. Sur les recommandations de son généraliste elle doit réfléchir pour prendre une décision concernant la garde de son bébé ou un éventuel IVG.

Elle dit que sa décision est prise et qu'elle a déjà fait un avortement à l'âge de 18 ans parce qu'elle ne se sentait pas prête mais actuellement ce n'est plus le cas et cette fois elle veut garder le bébé.

Nous pesons les avantages et les inconvénients de sa décision et nous faisons la liste des responsabilités à assumer par la grossesse et ensuite ses moyens pour s'occuper de l'enfant.

SEANCE 13

Mme R est très contente d'être enceinte. Elle a réussi à mettre en pratique les techniques exercées durant la séance. Par exemple avec son ex-copain qui est passé chez elle la semaine dernière, elle n'a plus un comportement soumis avec lui. Elle dit que ce nouveau comportement a changé l'attitude de cet ami envers elle, il était étonné de la voir plus confiante en elle-même et lui a dit qu'il ne la laissera pas tomber quelque soit sa décision au sujet de sa grossesse. Elle est très contente de son nouveau comportement et ce que cet ami lui a dit.

Par ailleurs, elle a également discuté avec sa cheffe en lui expliquant qu'elle est très contente de son travail et intéressée par une telle formation, mais qu'actuellement pour des raisons personnelles elle ne se sentait pas prête à débiter une formation de perfectionnement.

SEANCE 14

Cette séance est essentiellement consacrée à la pratique des mesures finales de cette phase de la thérapie.

Mme R est satisfaite du déroulement de la thérapie, elle constate que ses progrès durant la thérapie lui ont permis de se sentir bien dans ses relations avec ses collègues et son entourage.

Nous avons prévu sur sa demande encore 5 à 6 séances afin de la soutenir dans cette période de changement.

5. Résultats

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

Score : 32

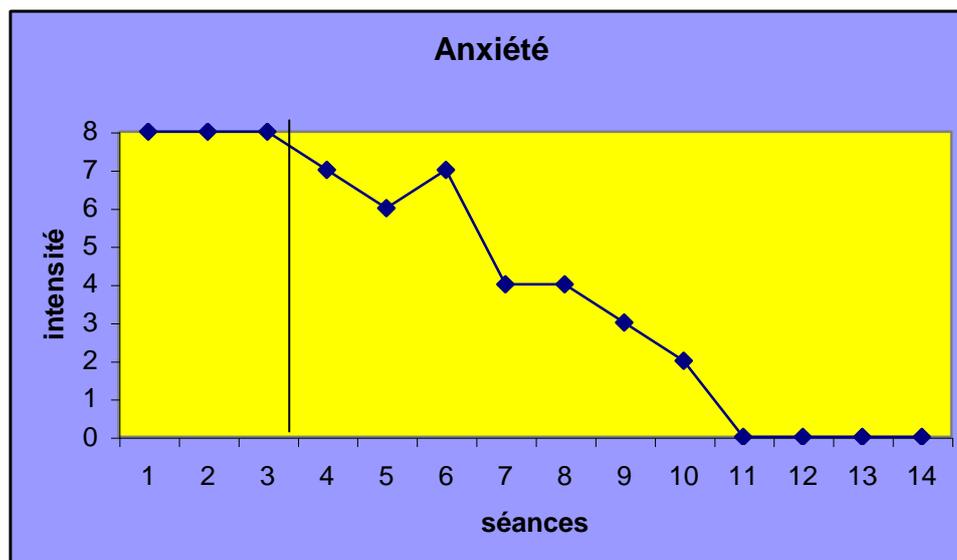
Echelle d'affirmation de soi (RATUS)

Score : 98

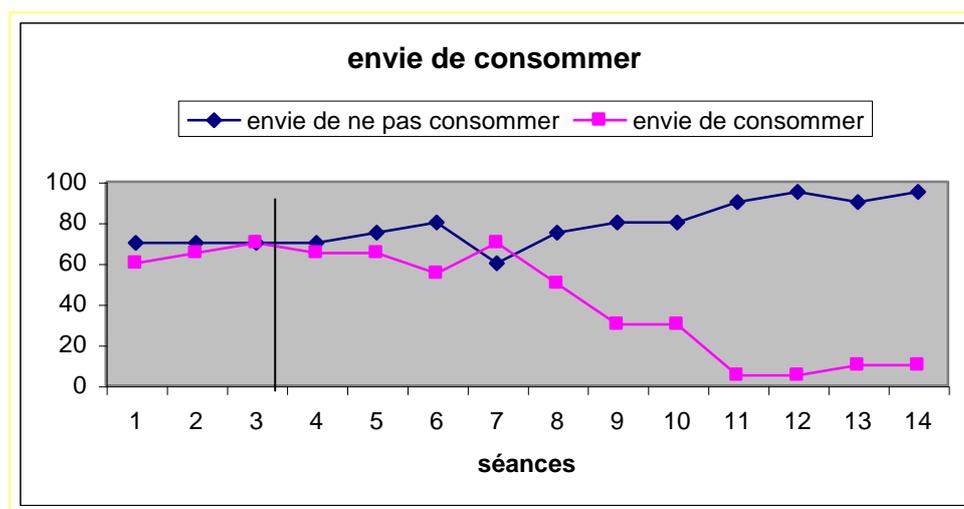
Inventaire de Beck (21 items)

Score : 9

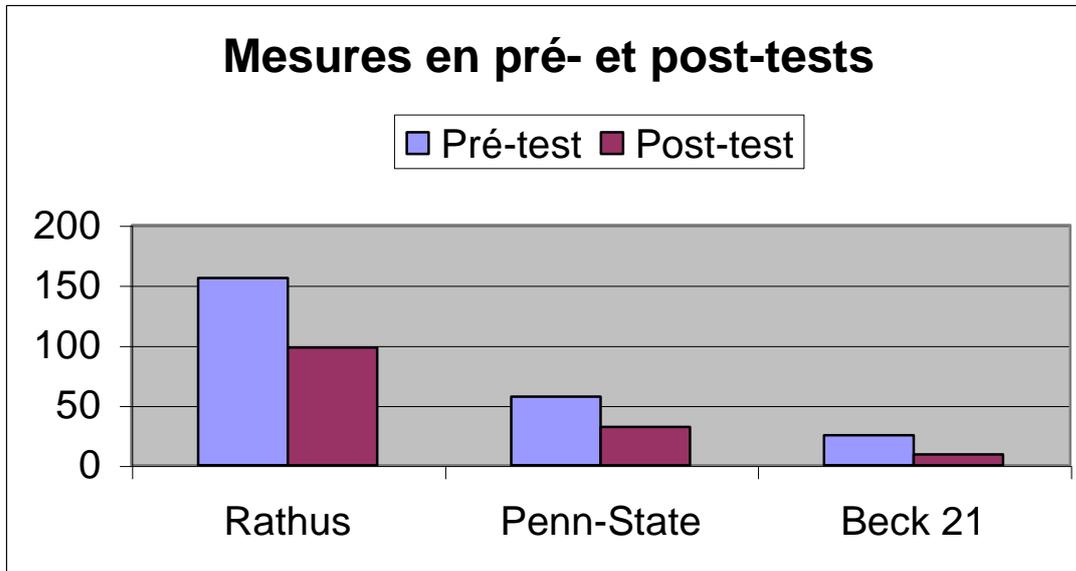
Graphique I



Graphique II



Graphique III



6. Discussion

La patiente a fait des progrès importants dans sa relation avec les autres. Sur son lieu de travail, elle se sent plus à l'aise, communique mieux ses pensées et ses émotions avec ses collègues, particulièrement avec sa cheffe qui avait des attentes trop élevées à son égard.

Une consommation de cocaïne a été rapportée qui correspond à la période de la rupture sentimentale lorsque son ami a découvert son passé toxicomane et voulait la quitter pour cette raison.

Nous avons tenu compte de la demande de la patiente qui était de travailler sur sa phobie sociale pour prévenir la rechute à l'héroïne qui est selon elle la cause de sa toxicomanie. Contenus des résultats cette hypothèse se vérifie durant le traitement.

L'état dépressif de la patiente s'est nettement amélioré. On pourrait penser que chez cette patiente le trouble anxieux a conduit à la consommation de l'héroïne et la dépression est une conséquence de la consommation de drogue.

L'affirmation de soi a traité le problème de fond qui était la phobie sociale et l'amélioration de la dépression s'en est suivie.

La comparaison de la courbe de l'anxiété et la courbe de l'envie de consommer nous confirme la corrélation entre la phobie sociale et l'envie de consommation de la drogue.

7. Conclusion

Cette thérapie m'a renforcé dans l'idée qu'un lien collaboratif et une évaluation fonctionnelle approfondie peuvent être un levier puissant pour le changement. La thérapie cognitivo-comportementale m'a fournie également des outils pratiques pour aborder les imprévues comme la grossesse de la patiente en cours de traitement.

8. Bibliographie succincte

- Cungy C., Faire face aux dépendances, Retz, 2000
Cottraux J., Les thérapies cognitives, comment agir sur nos pensées, Retz 2001
Cungy C., Savoir s'affirmer, Retz. 2001
Aron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, Cognitive therapy of substance abuse.
Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychiatric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).
Blackburn I-M. , Cottraux J., Thérapie cognitive de la dépression, Masson, 1998.
Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1982, 19, 276-288.
Marlatt GA, Gordon RJ. Relapse Prevention. 1985. Guilford Press, New York
Cungy C., Note I-D. , Faire face à la dépression, Retz, 1999
Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Masson Paris 2000

Sommaire étude 3

	Page
1. Introduction générale	40
2. Présentation du cas de M.C	40
2.1 Eléments anamnestiques	40
2.2 Analyse fonctionnelle	44
2.3 Hypothèses diagnostiques	46
3. Méthode d'évaluation	47
3.1 Protocole thérapeutique	47
3.2 Mesures initiales	47
3.3 Mesures durant le traitement	47
4. Description brèves des séances	48
5. Résultats	55
6. Discussion	57
7. Conclusion	57
8. Bibliographie	58
9. Annexe	58

ETUDE DE CAS DE M. C

1. Introduction générale

M. C. a fait une demande de sevrage aux opiacés dans notre unité, sa demande est appuyée par son médecin généraliste qui le suit depuis environ deux ans. La demande d'une thérapie s'est faite dans un second temps.

2. Présentation du cas

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

M. R a 33 ans. Il est célibataire et vit avec son amie depuis environs deux ans. Il travaille comme mécanicien de précision dans une usine. Il a grandi à Zurich puis déménagé il y a deux ans pour habiter avec son amie près de Lausanne. A Zurich, il a bénéficié pendant 3 ans d'un programme d'héroïne sur prescription. Ce programme n'ayant pas d'analogue à Lausanne, il a dû l'arrêter lors de son déménagement dans le canton de Vaud. Il a alors commencé une cure de méthadone.

Depuis son arrivée à Lausanne, il commence à diminuer le dosage de la méthadone en accord avec son médecin traitant dans le but de l'arrêter, mais il n'y arrive pas. Il consomme de l'héroïne dans le même temps. Sa relation avec son amie est très conflictuelle et il se sent déprimé. M.C décrit son amie comme très autoritaire. Il a de la peine à s'affirmer en face d'elle. Cela le rend très tendu, et, il a tendance à consommer de l'héroïne à chaque fois qu'il y a un conflit entre eux.

Alors, il est mis sous traitement du temgesic, mais la relation avec l'amie est difficile et il y a souvent des disputes. Sa consommation d'héroïne continue et devient de plus en plus importante. M.C commence alors à avoir des difficultés à assumer son travail, ce qui se manifeste particulièrement par des absences et un manque de concentration.

Il fait une demande de sevrage hospitalier dans notre unité. Contenu du type de demande et de sa consommation d'opiacés ; il bénéficie d'une méthode de sevrage, actuellement en étude dans notre unité, appelée SOUC (sevrage opiacé ultra court).

Le SOUC se déroule sous anesthésie générale pendant un laps de temps de 6 heures avec l'administration de Nemexine (Naltroxone). Le but de ce sevrage rapide est de libérer tous les sites récepteurs des opiacés pendant l'intervention.

Les symptômes de manques somatiques des opiacés apparaissent uniquement durant l'anesthésie ce qui épargne au patient cette période critique et pénible qui durent habituellement plusieurs jours dans un sevrage classique.

L'intervention de SOUC s'est déroulée sans complication et le séjour de M. C. s'est bien passé. Il sort avec un arrêt maladie d'une semaine et reprend son travail à plein temps.

Lors du bilan de sortie, à la demande du patient et de son médecin traitant, nous envisageons une thérapie post sevrage avec un premier rendez-vous fixé trois semaines plus tard.

Mais assez rapidement après sa sortie, le patient rechute avec des consommations irrégulières d'héroïne qu'il attribue aux conflits de couple selon ses dires. L'hypothèse de conflit de couple comme facteur de rechute est confirmé par le médecin traitant qui connaît le couple depuis environ deux ans.

Nous commençons donc la thérapie dans une période de consommation occasionnelle d'héroïne.

Histoire personnelle et familiale

M. C est le cadet d'une fratrie de trois dont une sœur aînée de 8 ans et un frère aîné de 2 ans. Sa sœur est divorcé et vit actuellement avec un nouvel ami. Elle a deux enfants de son mariage : une fille de 18 ans et un garçon de 16 ans. Son frère a une formation de mécanicien (comme le patient et son père) mais s'est réorienté et travaille actuellement en tant qu'employé de commerce. Il vit en concubinage.

La mère du patient est décédée en 1999 à l'âge de 71 ans d'une cirrhose suite à une hépatite non traitée. Après les deux premiers enfants la mère de M.C a eu deux grossesses qui se sont terminées par une IVG à cause de son état de santé. Le couple a alors décidé de ne plus avoir d'enfant. Elle est tombée enceinte du patient sans vouloir et le père ne voulait pas de cet enfant malgré que la grossesse se soit bien passée. Le patient apprendra cette histoire à l'âge de 15 ans. Il dit qu'à ce moment là cela n'était pas très important pour lui. C'est plus tard à l'âge de 18 ans qu'il souffre d'être un enfant non désiré particulièrement par son père. D'après lui son père ne l'a jamais aimé.

La mère est décrite comme une personne travailleuse et assez soumise dans la relation avec son mari. Le patient dit qu'il a eu très peu de contact avec sa mère durant son enfance car elle était très occupée soit par le travail à l'usine ou à la maison. Lorsqu'elle travaillait durant la journée, c'est sa sœur qui s'occupait de lui.

Les parents de M.C sont italiens, ils se sont rencontrés en Suisse. Après leur retraite ils sont retournés en Italie.

La petite enfance du patient est relatée comme une période assez difficile durant lequel il ne s'entend pas avec sa famille : son frère est très jaloux de lui. Le père exprime clairement son admiration pour son fils aîné tout en ayant une attitude méprisante avec le patient.

Le père est âgé de 71 ans et vit actuellement seul en Italie, il a travaillé pendant 35 ans en Suisse comme mécanicien dans une usine à Zurich. Selon M.C son père a toujours été une personne très autoritaire et distante. Il ne pouvait jamais discuter avec lui, à plusieurs reprises, le patient évoque avoir voulu durant son enfance et son adolescence parler de ses problèmes et de ses ressentis sans résultat : le père ne voulant rien entendre.

Sa sœur se marie à l'âge de 20 ans et quitte le foyer familial. Le patient n'a plus le droit de la revoir car son père n'était pas d'accord avec ce mariage. Il est très attaché à sa sœur et ne supportant pas cette situation, pendant plusieurs années, il lui rend visite secrètement avec son frère aîné. Le patient dit avoir souffert de cette séparation et s'est trouvé très seul par la suite. C'est à cette période qu'il commence à faire beaucoup de sport pour combler ce vide affectif selon lui.

Les parents de M.C avaient toujours l'intention de retourner en Italie une fois qu'ils seraient à la retraite. Ils achètent une maison en Italie 3 ans avant la retraite en 1987 alors que le patient a 18 ans. La volonté du père était que leur fils les y suive. A cette même période le patient vient d'être opéré à cause d'une rupture de ligament au genou survenue au football et il apprend qu'il ne peut plus pratiquer ce sport qui est pour lui le seul moyen de sortir de la maison et éviter l'attitude souvent désagréable de son père à son égard.

Après avoir terminé sa scolarité obligatoire, M. C. fait un apprentissage de mécanicien de précision chez l'employeur de son père. Il termine son apprentissage à l'âge de 20 ans et commence à travailler dans une des usines de l'entreprise. Un an plus tard il doit quitter l'entreprise à cause de sa toxicomanie.

Histoire de la phobie sociale et la toxicomanie

M. C se décrit comme un adolescent très timide, ayant vécu dans la crainte d'être critiqué ou méprisé par son entourage, assez solitaire et ne se sentant pas accepté par ces camarades d'école.

Il va régulièrement jouer au football sans pouvoir engager de relation amicale avec ses coéquipiers. Sa seule amie, selon lui, était sa sœur qu'il ne pouvait visiter que rarement.

A 18 ans, lorsqu'il est opéré et ne peut plus faire du sport, il essaye de se faire des amis, il rencontre alors quelques jeunes de son âge qui consomment du

cannabis et de l'héroïne. Il commence à consommer du cannabis pour se sentir plus à l'aise dans ce groupe en espérant qu'il serait accepté par les autres. Pour la première fois M. C. se sent intégré dans un groupe.

Assez vite, il consomme aussi de l'héroïne, et sort de plus en plus. Quelques mois plus tard, il est déjà dépendant de l'héroïne.

À cette période les parents préparent leur retour en Italie, ils ne sont pas au courant de la toxicomanie de leur fils et insistent pour qu'il parte avec eux. Quelques semaines avant le départ, M. C est arrêté par la police pour consommation de drogue. Cette dernière avertit le père du patient qui découvre ainsi la toxicomanie de son fils. Suite à cet événement, il est renvoyé de la maison et quelques jours plus tard les parents quittent la Suisse pour aller vivre en Italie.

Ensuite, il est accueilli chez sa sœur et fait plusieurs tentatives de sevrage sans succès. Il se sent déprimé et sa toxicomanie s'aggrave avec des injections de plus en plus fréquentes de cocaïne en plus de l'héroïne.

A l'âge de 22 ans, il est arrêté pour la vente de stupéfiant et passe une année et demi en prison en attendant son procès. Ensuite, il est jugé pour faire 4 ans de prison. Avec le soutien de sa sœur et un avocat il peut faire une thérapie durant ces 4 ans et ne pas aller en prison.

Il fait alors un sevrage et entre dans un programme résidentiel en post cure. Il rencontre une jeune ex-toxicomane dans le résidentiel et quelques mois plus tard quitte le foyer pour aller vivre avec elle et suivre un traitement ambulatoire.

Ils recommencent la consommation d'héroïne et de cocaïne assez rapidement. A cette période le patient travail temporairement comme mécanicien et a beaucoup de peine à assumer son travail à cause de sa toxicomanie. Son amie est atteinte du SIDA et fait une dépression. Pendant une nuit, elle fait une tentative de suicide à domicile avec une arme appartenant à M.C. Elle est grièvement blessée et durant les deux semaines pendant lesquelles elle est dans le coma le patient est présumé coupable. Il est accusé de tentative de meurtre et mis en prison. Il est libéré grâce aux déclarations de cette dernière une fois qu'elle est sortie de coma. Le patient se dit très marqué par ce qui c'est passé. Sa relation avec cette amie continuera encore plusieurs années jusqu'à ce qu'elle décède du SIDA en 1998.

Entre 1996 et 1999, le patient est dans un programme de prescription d'héroïne sous contrôle médicale.

Il déprime et s'isole de plus en plus, sa vie sociale est décrite comme étant très pauvre, il a de moins en moins de contacte avec sa famille et ses « amis » sont des personnes qui lui vendent des drogues ou qu'ils lui en achètent et ceci malgré qu'il soit dans le programme de l'héroïne sur prescription.

En 1999 il rencontre son amie actuelle qui n'est pas toxicomane, elle lui propose de venir vivre chez-elle dans le canton de vaud.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : Phobie sociale.

a) Synchronie

Situation

- Conflit et dispute avec l'amie.
- Conflit avec le père.
- Pouvoir s'affirmer avec son amie, exprimer ses pensées et ses désires dans la relation avec son amie.

Cognitions :

- Qu'est qu'elle va penser de moi ?
- Elle ne me fait pas confiance.
- De toute façon s'il y a un problème tout sera de ma faute.
- Pourquoi me pose-t-elle ces problèmes maintenant?
- Elle ne me respecte pas.
- C'est dur de ne pas consommer quand on a des problèmes tout le temps avec sa partenaire.
- Elle va dire que j'ai encore consommé.
- Je ne suis pas capable d'assumer ma relation avec mon amie.
- C'est un cercle vicieux sans fin.

Emotions :

- Peur de consommer de l'héroïne et rechuter comme avant.
- Colère envers soi-même et elle
- La crainte de perdre son amie.
- Anxiété

Comportement :

- Evitement de la situation.
- Consommation d'héroïne.
- Voir les copains et rentrer tard à la maison.
- Retour à Zurich pour chercher du produit et voir les copains.

Anticipation :

- Comment vais-je faire ?
- Je vais devoir encore consommer pour me sentir mieux.

- Je vais devoir mentir.
- Pourvue que ça ne recommence pas
- Je ne vais jamais pouvoir m'en sortir avec tous ces problèmes.
- J'espère qu'un nouveau conflit ne va pas commencer.

Conséquences :

- Dévalorisation de soi
- Tristesse
- Conflit dans le couple
- Disputes
- Dépression du patient (et de l'amie)

b) Diachronie

Donnés structurales possibles :

Génétique :

- Hypothèse d'un "terrain" anxieux chez le père

-Personnalité:

- A traits dépendants et anxieux

Facteurs déclenchants initiaux invoqués:

- Pauvre communication au sein de la famille.
- L'échec des tentatives d'exprimer des pensées et ses émotions.
- Manque de renforcement positif du comportement affirmé.
- Renforcement négatif par des attitudes de refus du père.
- Entretien du sentiment d'infériorité par les attitudes de mépris.
- Entourage favorisant l'apprentissage d'un comportement soumis.

Facteurs historiques de maintien possible:

- Renforcement du sentiment d'infériorité par des comparaisons avec son frère aîné qui est systématiquement valorisé par l'entourage.
- Perte du soutien interpersonnel existant avec la sœur et l'interdiction de la voir.
- Echec des tentatives d'intégration dans un groupe.
- Perte d'estime de soi.
- Toxicodépendance et la péjoration de condition de vie.
- Événement de vie renforçant le sentiment de culpabilité (présupposé coupable de meurtre)

Evénements précipitant les troubles:

- Départ des parents en Italie
- Changement de lieu de vie de Zurich à Lausanne
- Conflits de couple
- Dépression
- Difficultés au travail
- Dépression de l'amie

Autres problèmes :

- Dettes

Traitements antérieurs ou en cours:

Remeron 30 mg durant de janvier au décembre 2001, a arrêté car trop fatigué par le médicament, Anemexine durant un mois de manière irrégulière, arrête à cause des consommations et problèmes digestifs.

Efexor 75 mg dès décembre 2001.

2.3 Hypothèses diagnostiques

Axe I :

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif récurrent **F33.32 [96.31]**
- Syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de temgesic **F11.22 [304.00]**

Axe II :

- Personnalité dépendante **F60.7 [301.6]**

Axe III:

- Hépatite B (ancienne), hépatite C

Axe IV:

- Dettes (plusieurs milliers de FS)

Axe V :

- 61

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété du patient dans ses relations sociales et particulièrement avec son amie, améliorer son état dépressif et finalement prévenir la rechute à l'héroïne.

Le but final attendu par le patient est de retrouver une vie normale sans les problèmes actuels, pouvoir continuer sa relation avec son amie sans consommation de l'héroïne et conserver son travail.

3.2 Mesures initiales

Echelle d'affirmation de soi (RATUS), Score : 132
Inventaire de Beck (21 items), Score : 22 (dépression modérée)

3.3 Mesures durant le traitement

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sociale sur une échelle de 1 à 8 a été demandée.

Envie de consommer versus envie de ne pas consommer
De 0 à 100

Dès le début de la phase du traitement le patient a régulièrement utilisé un tableau à "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations rapportées de l'héroïne ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brèves des séances

Séances 1 à 3

Elles sont consacrées au recueil de données anamnestiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Dès la deuxième séance, des tâches à domiciles sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâche d'auto observation à l'aide de tableaux trois colonnes de Beck.

A noter que durant cette période, avec l'accord M.C nous avons eu un contact téléphonique avec son médecin traitant, pour l'informer de la mise en place de la thérapie et établir une réunion de coordination dans la prise en charge.

Séances 4 à 6

M.C parle de sa relation de couple et ses difficultés actuelles avec son amie. Il aimerait pouvoir s'exprimer mieux dans les discussions avec elle et éviter les disputes.

Ses envies de consommation d'héroïne sont très présentes. Il aimerait ne plus consommer suite aux conflits de couple.

Le conflit de couple étant le facteur de rechute principal, nous avons commencé le travail sur ce problème.

Ces séances sont consacrées essentiellement au travail par les informations sur les quatre différents type de comportement (passif, agressif, passif-agressif, affirmé) et des jeux de rôle de comportement affirmé dans les situations rapportées par le patient à l'aide de tableau de trois colonnes de Beck.

Les tâches à domicile sont la généralisation de ce comportement à des situations de la vie quotidienne et la relaxation selon la méthode Schulz avec un disque compact qui lui est mis à disposition.

Séance 7 à 10

M.C accomplit ses tâches à domiciles et pratique régulièrement la relaxation. Les disputes ont légèrement diminué et pense qu'il arrive à mieux communiquer avec son amie.

Il est actuellement sous traitement de temgesic (buprénorphine) 10 comprimés par jours. Il aimerait diminuer ce traitement progressivement, il en a déjà discuté avec son médecin traitant qui est d'accord avec ce projet.

A noter que durant toute la thérapie, nous sommes régulièrement en contact avec le médecin généraliste de M.C.

La mésentente du couple dure depuis une année et demi, après une discussion sur la question, la cause principale selon M. C est la différence des attentes entre eux.

L'amie ne supporte plus les consommations du patient et M.R dit que son amie ne comprend pas qu'il est dans une période difficile et qu'il a plutôt besoin de son soutien. Selon le patient elle l'accuse d'être une personne faible et sans volonté.

En utilisant la technique de la flèche descendante à partir de ses pensées automatiques nous avons mis en évidence les croyances du patient. Il dit se sentir inférieur à son amie car, elle n'a pas de problème de dépendance, et bénéficie d'une meilleure situation professionnelle.

Nous avons une discussion socratique pour le faire réfléchir et remettre en question ces croyances inconditionnelles comme : « On doit avoir une situation sociale et professionnelle plus importante que sa partenaire pour se faire accepter ».

En recherchant des pensées alternatives le patient trouve que dans un couple on peut être différent des standards de la société et avoir un rapport égalitaire pour exprimer ses pensées, ses opinions et réussir à se comprendre.

Il utilise déjà le tableau de trois colonnes de Beck pour discuter des situations à problème durant la séance. Nous commençons l'utilisation de tableau à 5 colonnes pour tester ses nouvelles pensées automatiques en lien avec la relation de couple.

Une séance est consacrée à ses envies de consommation de l'héroïne. Après l'explication et information sur l'envie de consommer, nous avons fait la liste des avantages et des désavantages de l'abstinence :

Avantage de l'abstinence	Désavantage de l'abstinence
<ul style="list-style-type: none"> • Je suis plus claire dans ma tête • Je suis content de moi. • J'ai un sommeil plus naturel. • J'ai plus de temps pour mon amie. • Ma relation avec mon amie est différente. • Je suis plus concentré sur mon travail, je travaille mieux. • J'ai plus d'émotion. • Je gère mieux mon argent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Je me sens fatigué. • C'est plus difficile de gérer mes émotions. • Je souffre à cause de mes problèmes.

Le patient devient plus ambivalent. Sa balance décisionnelle penche vers l'envie d'éviter la drogue.

Une des tâches à domicile est de noter la durée (en minute ou heure) de l'envie de consommer et sa fréquence par semaine. Il constate que l'envie diminue lorsqu'il ne consomme pas et il s'occupe dès qu'elle apparaît. Ainsi le patient se rend compte du lien entre ses pensées et la durée déterminée de l'envie de consommation.

Séance 11 à 14

Le patient est toujours sous traitement de Temgesic, sur ce traitement est baissé progressivement à 6 comprimés par jours. Il a progressivement baissé sa consommation de l'héroïne et actuellement ne consomme plus.

Son amie est en voyage pour visiter sa sœur en Hollande.

M. R. semble assez triste. Il se culpabilise à cause de la rechute après le dernier sevrage. Malgré son abstinence actuelle, il vit sa rechute comme un échec définitif. Il dit que pour lui la rechute signifie tout recommencer et que tout est perdu. Il semble assez déprimé et pense qu'il ne sera pas capable de s'en sortir. A travers une discussion nous recherchons des alternatives à ses pensées automatiques qui sont dus à une distorsion cognitive de sur généralisation. Nous

mettons en évidences les progrès qu'il a fait en diminuant sa consommation et son traitement de substitution.

Après cette discussion M.C dit qu'en effet il est trop exigeant avec lui-même et cela l'empêche de voir ses réussites.

Il réalise également que ses motivations actuelles ne sont pas les mêmes que lors du sevrage précédent. Il dit que cette fois c'est plus difficile parce qu'il fait ce travail pour lui.

Contenu du fait que ses problèmes de rechute ont été liés à la relation problématique avec l'amie, nous avons discuté du début de leur relation pour voir plus clairement le rôle du produit dans ce couple.

M. R. connaît son amie depuis environs deux ans et demie, les premiers six mois de leur relation il n'avait pas osé lui parler de sa toxicomanie. Une fois que les deux ont décidé de vivre ensemble et qu'il avait donné son congé à son travail, annulé le contrat de son appartement, il annonce sa toxicomanie à son amie en lui promettant d'arrêter.

A la suite de notre discussion il dit qu'il aime sa copine et il voulait arrêter sa consommation pour elle et pouvoir continuer sa relation. Mais il n'était pas convaincu lui-même d'arrêter. Il constate que son ambivalence vis à vis du produit l'a fait souffrir dans sa relation de couple.

Le patient a réussi à s'expliquer à son amie sur son ambivalence face au produit et ses sentiments pour elle. Il se sent soulagé de l'avoir fait et trouve que depuis son amie est plus compréhensive au sujet de sa dépendance. Elle le juge moins et M.C se sent encouragé par son comportement affirmé.

M.C est à 5 comprimés de temgesic par jour. Il se sent mieux et veut continuer à diminuer progressivement le temgesic.

Il se dit content de la thérapie parce qu'il se sent soutenu et cela lui permet d'apprendre à mieux se préparer pour une abstinence à long terme.

Le patient demande à ce que nous puissions le voir avec son amie en entretien, car il pense que cela peut favoriser une meilleure communication au sein de son couple. M. C. aimerait qu'on puisse informer son amie sur les difficultés des dépendances aux opiacés et les difficultés de l'abstinence. Nous fixerons ultérieurement un entretien de couple.

Nous continuons le travail d'affirmation de soi sur la formulation d'une critique et la résolution d'un conflit avec les points suivants :

- Choisir le moment approprié.
- Être bref et clair.
- Ne pas accuser, ne pas être agressif et utiliser le « je » plutôt que le « tu »
- Décrire objectivement la situation ou le comportement non désiré.
- Exprimer ses propres sentiments par rapport à ce comportement.
- Indiquer le comportement désiré
- Proposer des alternatives en utilisant la technique de la résolution de problèmes.

Ces points sont abordés tout d'abord en discussion et par la suite en jeu de rôle appliqué aux situations vécus avec l'amie.

Il pratique la relaxation et utilise régulièrement les techniques d'affirmation de soi.

Depuis quelques semaines nous avons convenu avec le patient de confier sa carte de crédit à son amie et garder un minimum nécessaire d'argent sur lui, dans le but de se préserver de l'envie d'acheter de la drogue. Lors d'une sortie avec son amie et une de ses copines, alors qu'elle savait qu'il n'a plus d'argent sur lui elle lui dit (pour la troisième fois) :

Qu'est que tu me paye ce soir? (Elles se sont mises à rire)

Il ne lui a pas répondu et s'est senti très mal.

Au retour à la maison, Il lui fait part de sa déception à cause du comportement qu'elle a eu dans la soirée. Son amie lui demande s'il y a eu un problème ? Par ailleurs elle lui fait la remarque de ne pas avoir suffisamment participé aux discussions de la soirée. M.C lui explique ; qu'il s'est senti agressé quand elle a plaisanté sur son problème d'argent. Suite à une discussion il réussit à lui demander de ne plus plaisanter sur ce sujet car il se sent encore très sensible. Son amie le comprend mieux et s'excuse.

Nous avons repris cette situation en séance en le félicitant pour son attitude. M.C dit que pour lui c'est un effort de donner sa carte de crédit et il attend de la compréhension de la part de son amie.

Tache à domicile: pratique des techniques d'affirmation de soi en utilisant la fiche des 7 messages principaux de l'affirmation de soi (cf. annexe).

Séance 15, entretien de couple

Cette séance est consacrée aux réponses aux questions de l'amie, information sur le problème de toxicodépendance et l'évaluation de la relation du couple. A cet entretien le patient et son amie ont pu exprimer leurs attentes l'un envers l'autre.

L'amie s'intéresse à la situation du patient et aimerait qu'on puisse refaire des entretiens de couple.

Séance 16 à 19

Depuis quelque temps le patient reprend contacte avec son père, il dit qu'il a beaucoup de colère envers lui. Il aimerait pouvoir communiquer sans colère et avoir une meilleure relation avec son père.

Il a souffert de difficultés de communication dans cette relation dans le passé et actuellement évite de le voir.

Durant ces séances nous avons travaillé sur cette situation en faisant la restructuration cognitive et les jeux de rôles de la pratique des techniques d'affirmation de soi dans la situation avec le père.

Le père de M.C lui a rendu visite et ils ont planifié des vacances chez lui en Italie.

Séance 20, entretien de couple

L'ami s'intéresse de plus en plus à la situation du patient. Elle est en train de lire des livres sur la toxicomanie.

Elle ne lui faisait plus confiance depuis l'année dernière car le patient avait pris de l'héroïne pour aller au Maroc et elle n'était pas au courant lorsqu'ils ont traversé la frontière.

Le patient dit qu'il comprend la méfiance de son amie durant la période de sa consommation et il aimerait regagner sa confiance.

L'amie de M.C a constaté une amélioration dans sa manière de communiquer.

Séance 21

Exposition en imagination à la situation de la consommation de l'héroïne : Relaxation et ensuite l'exposition à la scène de la consommation que nous avons déjà notée selon la description du patient. On demande son niveau d'envie de la consommation à la fin de chaque exposition jusqu'à ce que l'envie diminue en tout cas de moitié.

Nous procédons à 4 expositions consécutives avec prévention de la réponse et à la fin de la séance l'envie de consommer est à zéro.

Séance 22

Nous avons fait un bilan de la situation avec le médecin généraliste du patient. Elle a constaté une nette amélioration de l'état du patient, particulièrement aux niveaux suivants :

1. Les conflits de couple.
2. Affirmation de soi.
3. L'humeur.
4. L'anxiété
5. La relation avec son père.
6. Le patient ne consomme plus de l'héroïne.

Séance 23 et 24

M. C. est à 4 comprimés de Temgesic par jour.

Il part pour une semaine en vacances avec son amie en Italie chez son père. La relation avec le père s'est améliorée, le patient sent que son père a changé son attitude à son égard, il est devenu plus respectueux et ils s'entendent beaucoup mieux.

M. C. trouve que son père a toujours préféré son grand frère à lui et que lui-même était un enfant non désiré. Il dit que depuis sa thérapie il a réussi à changer sa perception de cette réalité et cela a amélioré leur relation.

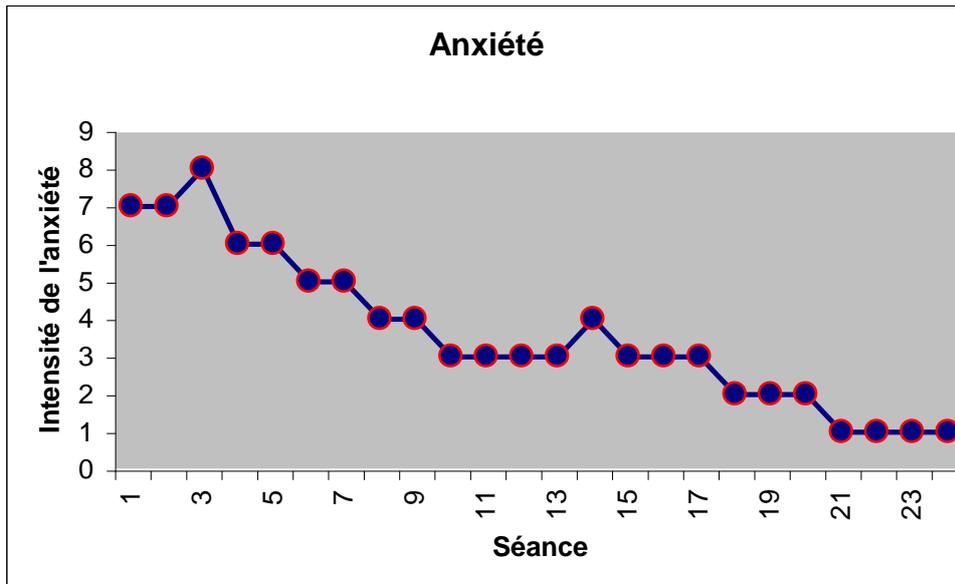
Les mesures finales sont pratiquées.

5. Résultats

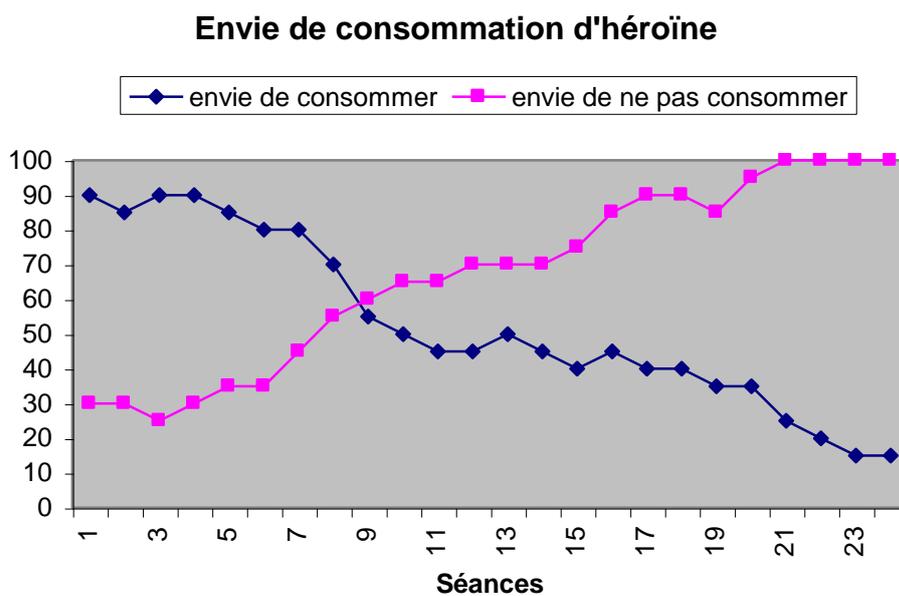
Echelle d'affirmation de soi (RATUS), Score : 96

Inventaire de Beck (21 items), Score : 5

Graphique I

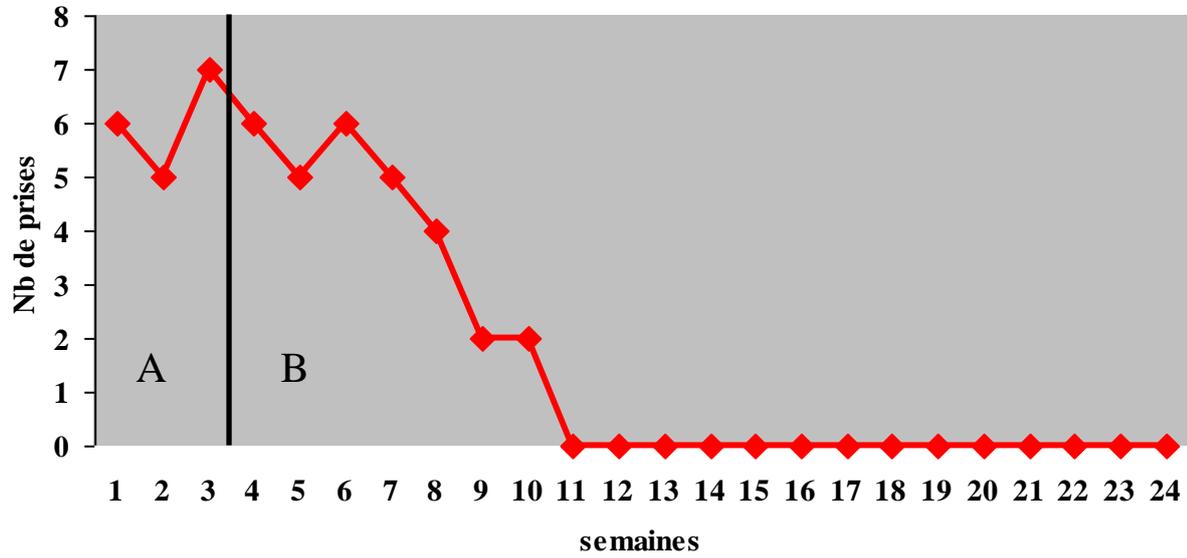


Graphique II



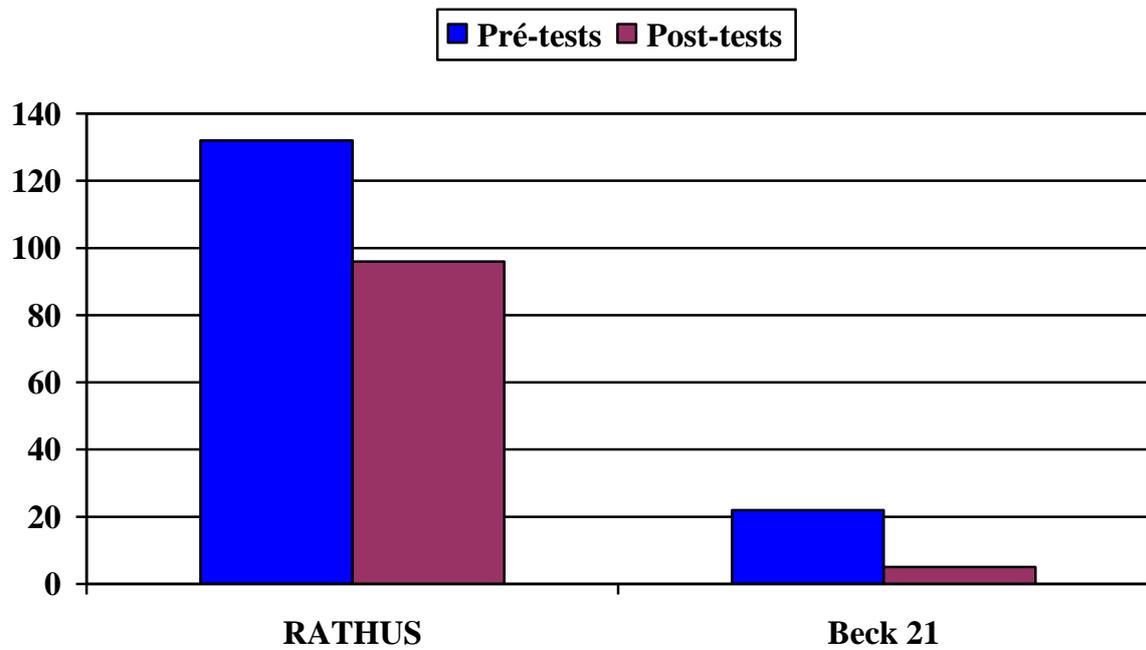
Graphique III

Consommation d'héroïne



Graphique IV

Mesures en pré- et post-tests



6. Discussion

Les résultats obtenus démontrent une amélioration de la situation du patient. M. C a réussi à conserver son travail et arrêter sa consommation d'héroïne actuellement il a baissé son traitement de temgesic 10 comprimés à 4 comprimés par jours.

Dans sa relation avec son amie il se sent beaucoup mieux. Il exprime mieux ses pensées et ses émotions dans différentes situations y compris avec son père.

La thérapie lui a permis d'aborder certains sujets comme sa souffrance liée à sa naissance non désirée. M.C a réussi à aborder ce sujet avec son père et actuellement ils se voient régulièrement.

Les conflits de couple arrivent encore de temps en temps mais le patient ne répond plus par une consommation.

Les progrès de M.C sont accompagnés par une amélioration nette de l'état dépressif.

7. Conclusion

L'introduction de partenaire du patient dans la thérapie m'a semblé favoriser la généralisation des acquis.

Je suis impressionné par le fait que la thérapie a permis au patient une telle baisse du traitement et l'arrêt de sa consommation d'héroïne.

8. Bibliographie succincte

- Cungy C., Faire face aux dépendances, Retz, 2000
- Cottraux J., Les thérapies cognitives, comment agir sur nos pensées, Retz 2001
- Cungy C., Savoir s'affirmer, Retz. 2001
- Aron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, Cognitive therapy of substance abuse.
- Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychitric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).
- Blackburn I-M. , Cottraux J., Thérapie cognitive de la dépression, Masson, 1998.
- Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1982, 19, 276-288.
- Marlatt GA, Gordon RJ. Relapse Prevention. 1985. Guilford Press, New York
- Cungy C., Note I-D. , Faire face à la dépression, Retz, 1999
- Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Masson Paris 2000

9. Annexe

Les 7 messages principaux

- Se faire respecter par les autres tout en les respectant
- Affirmer ses droits
- Oser se confronter aux autres
- Garder une image positive de soi tout en acceptant la contradiction, la critique ou le refus
- Accepter de ne pas être aimée toujours par tous
- Parvenir à vaincre la dépression
- Persévérer dans l'affirmation malgré les échecs

D'après Guérin J. et Cottraux J.

Approche cognitivo-comportementale de la le comorbidité psychiatrique et la prévention de la rechute chez les patients toxicodépendants

Plan de mémoire page

Chapitre 1 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Madame N	3
Chapitre 2 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Monsieur B	21
Chapitre 3 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Monsieur G	37
Chapitre 4 : Présentation de la situation clinique et de la prise en charge de Monsieur F	52

En guise de préambule...

Dans le cadre de ma fonction de clinicien au sein de la division d'abus de substances à Lausanne, j'ai eu la possibilité d'assurer la prise en charge cognitivo-comportementale des quatre situations cliniques qui font l'objet de cette présentation.

Les quatre prises en charge ont été proposées à des personnes toxicomanes souffrant de la phobie sociale.

Je voudrais profiter de l'occasion qui m'est donnée ici de remercier chaleureusement ces quatre personnes pour la qualité de leur participation à ces thérapies et pour la richesse des expériences qu'ils m'ont conduit à partager ; sans leur collaboration active et l'intelligence de leurs interactions, je ne serais pas en mesure, aujourd'hui, de présenter des résultats thérapeutiques aussi satisfaisants et significatifs sur le plan clinique.

Je souhaite également adresser mes plus sincères remerciements aux personnes qui m'ont permis de réaliser ces prises en charge d'orientation cognitivo-comportementale dans un cadre d'intervention aussi confortable :

- Le Docteur Jean Cottraux et toute son équipe de collaborateurs, grâce auxquels j'ai pu bénéficier d'une formation d'excellente qualité durant ces trois dernières années
- Le Professeur Jacques Besson, directeur médical de la division cantonale d'abus de substances, qui a soutenu à la fois ma démarche clinique et de formation
- Monsieur Jean Michel Kaision, directeur des soins du département universitaire de la psychiatrie adulte, qui m'a offert la possibilité de consacrer la majeure partie de mon cahier de charge aux prises en charge et développement de projets d'orientation cognitivo-comportementale

J'ose espérer que les quatre suivis cliniques qui font l'objet de ce mémoire seront à la hauteur des compétences et du cadre dont j'ai eu la chance de pouvoir bénéficier.

Sommaire

	Page
1. Introduction générale	4
2. Présentation du cas	4
2.1 Eléments anamnestiques	4
2.2 Analyse fonctionnelle	6
2.3 Hypothèses diagnostiques	8
3. Méthode d'évaluation	9
3.1 Protocole thérapeutique	9
3.2 Mesures initiales	9
3.3 Mesures durant le traitement	9
4. Description brève des séances	10
5. Résultats	16
6. Discussion	19
7. Conclusion	20
8. Bibliographie succincte	20

1. Introduction générale

Mme N. est une patiente adressée à notre unité pour un sevrage de Benzodiazépine. La demande d'une thérapie s'est fait dans un second temps. Après un séjour hospitalier de dix jours pour le sevrage, elle a suivi pendant un mois une post-cure dans un établissement spécialisé en toxicodépendance. Mme N. sort de cet établissement pour reprendre son activité professionnelle. Nous commençons la thérapie, à sa demande à cette période.

2. Présentation du cas de Madame N

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

Mme N. est âgée de 43 ans et vit seul dans un appartement. Elle consomme depuis 15 ans des benzodiazépines pour dormir et pour diminuer son anxiété. Elle travaille depuis une vingtaine d'année comme employée de commerce dans une institution de l'état de Vaud. Ces derniers temps, elle se sent de plus en plus déprimée et anxieuse dans les relations sociales ceci malgré la consommation plus importante de Benzodiazépine. Elle demande un sevrage dans notre unité afin de trouver d'autres moyens d'aller mieux et selon elle, son état s'aggrave avec la consommation de médicaments et d'alcool. Elle occupe un poste à responsabilité et se rend compte qu'à cause de sa dépendance ses capacités à assumer son travail sont diminuées.

Mme N. décrit un manque de plaisir dans une vie très ennuyeuse dans laquelle elle s'occupe beaucoup des autres mais pas assez d'elle-même.

Son contexte familial est très difficile : sa mère est atteinte de la maladie de Chorée de Huntington et son frère aîné est schizophrène. Les parents sont âgés et ces derniers temps discutent de l'avenir de leur ferme : sujet sensible qui provoque des conflits d'héritage au sein de la famille.

Histoire familiale et personnelle

Mme N. est née à Fribourg et a passé son enfance à la campagne dans la ferme de ses parents près de Romont. Elle est la deuxième d'une fratrie de quatre dont trois filles et un garçon.

Son frère aîné a 47 ans, il souffre de schizophrénie est à l'assurance invalidité. Il vit dans un appartement d'une pièce que la patiente prend en charge. La relation entre le frère et le père est très conflictuelle, ceci au point qu'ils ne se voient plus : le frère accusant son père d'être la cause de la maladie de sa mère.

Sa sœur aînée à 45 ans, elle est employée de commerce. Elle est homosexuelle et vie avec sa compagne. La sœur cadette âgée de 40 ans est mariée et a trois enfants.

La patiente a un contact régulier avec ses deux sœurs, toutefois, les réunions de famille sont une source d'angoisse pour la patiente.

Le père est agriculteur à la retraite. La patiente le décrit comme une personne impulsive, violente et ayant une dépendance à l'alcool.

Mme N. dit avoir souffert de la violence de son père envers sa mère. Durant son enfance, elle a assisté, ainsi que ses sœurs et son frère, à plusieurs reprises à des scènes dramatiques de violence entre ses parents.

La mère est atteinte de la maladie de chorée de Huntington. Le diagnostic a été posé il y a une quinzaine d'année. Elle vit à la ferme avec son mari. Elle est suivie à l'hôpital cantonal mais son état ne s'améliore pas. Toute la famille a subi des examens de dépistage dont les résultats ont tous été négatifs. La maladie de la mère est une lourde charge pour toute la famille mais particulièrement pour la patiente qui se rend régulièrement à la ferme pour s'occuper de sa mère et aider son père.

La scolarité de Mme N. s'est déroulée sans problème important. Après l'école secondaire, elle fait une école de commerce puis passera 9 mois dans une famille à Londres pour apprendre l'Anglais. À son retour en Suisse, elle commence à travailler dans un des offices de l'état de Vaud comme employé de commerce. Depuis elle n'a pas changé de place de travail.

Anamnèse du trouble anxieux et de la toxicodépendance

Mme N. se décrit durant son adolescence comme une *fillette timide qui avait peur des garçons*. A 14 ans, elle a subi des attouchements sexuels par un homme du village beaucoup plus âgé qu'elle. Elle n'a jamais pu parler de cet abus à son entourage. Suite à cette expérience, pendant plusieurs années elle a évité quasiment toutes les situations qui auraient pu la confronter au sexe opposé.

Son premier rapport sexuel a lieu à l'âge de 18 ans suite à une demande qu'elle *n'ose pas refuser* selon ses dires. Cette « relation » ne durera que quelques jours avant qu'elle ne soit abandonnée par son partenaire. Elle n'a éprouvé aucun plaisir dans ce rapport et en garde un très mauvais souvenir.

Plus tard, elle trouve un travail à Lausanne et déménage chez une tante. Elle entretient alors quelques mois une nouvelle relation avec un homme. Ce dernier ne voulant pas être vu avec elle en public et Mme N. en garde le souvenir

d'avoir été soumise et utilisée dans cette relation. Par la suite, ses relations affectives vont aller d'échec en échec.

Finalement, suite à une rupture sentimentale, la patiente fait une dépression à l'âge de 27 ans. Elle est insomniaque et son médecin généraliste lui prescrit du Rohypnol.

C'est à cette période qu'elle commence à sortir avec un ami pour éviter la solitude alors qu'elle ne ressent aucun sentiment pour lui. Cette relation continue encore aujourd'hui depuis 15 ans. Elle voit cet ami uniquement durant les week-ends.

Selon Mme N. les rencontres avec lui sont des sources d'anxiété pour elle, au point qu'elle doit augmenter sa dose de Rohypnol (et d'alcool parfois) pour pouvoir dormir avec lui.

Elle prend régulièrement du Rohypnol et de plus en plus mélangé avec de l'alcool. Ses relations sociales diminuent depuis plusieurs années et elle se consacre uniquement à son travail.

Mme N éprouve une anxiété permanente et particulièrement intense lors de ses contacts sociaux (spécialement sur son lieu de travail et avec son entourage) qu'elle n'arrive plus à gérer avec des médicaments et l'alcool.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : la phobie sociale et trouble d'anxiété généralisée

A) Synchronie

Situation :

- Je n'arrive pas avoir une relation avec un homme sans être anxieuse.
- J'ai rencontré un homme qui m'a demandé mon numéro de téléphone que je le lui ai donné ; je me suis sentie très angoissée par la suite.
- Je n'arrive pas travailler normalement sans être anxieuse.
- M'affirmer dans ma relation avec mes collègues et mon entourage.

Cognitions :

- Qu'est qu'il va penser de moi ?
- Il va dire que je vais boire des verres avec tout le monde.
- J'espère que ça n'ira pas plus loin (la relation avec un homme).
- Je ne suis pas capable d'assumer une relation avec un homme.
- Ma vie n'a pas de sens.

- Ma vie est triste et monotone.
- Je ne suis pas intéressante.
- Les gens vont penser que je ne suis pas normale.
- Je ne vais pas m'en sortir.

Emotions :

- La peur
- Le stress
- La crainte de perdre l'amitié
- L'anxiété
- La colère

Comportement :

- Evitement de la situation dans la mesure du possible.
- Consommation de benzodiazépine.
- Consommation d'alcool.
- Travailler plus que les autres.
- S'occuper plus des autres et moins d'elle-même.

Anticipation :

- Comment est-ce que je vais faire ?
- Je vais devoir mentir.
- Il ne faut plus que je me mette dans des situations pareilles.
- Je vais passer un moment difficile et ça va être pénible.

Conséquences :

- La dévalorisation de soi.
- La solitude.
- L'évitement des situations sociales.
- La dépendance au médicament et à l'alcool.
- Passer beaucoup de temps à s'occuper des autres et s'oublier.
- La dépression.
- L'insomnie.

B) Diachronie

Donnés structurales possibles :

- Génétique : Hypothèse d'un "terrain" anxieux
- Personnalité : Evitante

Facteurs déclenchant initiaux invoqués:

- La violence du père.
- Sentiment d'infériorité par rapport aux autres durant son enfance.
- Victime d'attouchements sexuels à l'adolescence.
- Difficulté dans la relation avec les garçons de son âge.
- Des expériences sexuelles désagréables.
- Abandon systématique par ses partenaires dans diverses relations.
- Rupture sentimentale douloureuse.

Facteurs historiques de maintien possible:

- Relation de couple désagréable.
- Toxicodépendance (alcool et médicament).
- La maladie de sa mère.
- La maladie de son frère.

Evénements précipitant les troubles:

- Relation de couple difficile, sans intimité avec un homme qu'elle n'aime pas.
- Difficulté dans les relations interpersonnelles.
- Surmenage à cause de la maladie de son frère.
- Le conflit de famille.
- Difficulté au travail.
- La crise de l'âge (43 ans) avec l'inquiétude pour l'avenir.

Traitements antérieurs ou en cours:

- Traitement d'antidépresseur Eflexor ER 300 mg par jour.
- Imovane 7.5 mg par jour le soir en réserve durant un mois.
- Surmontil 50 mg par jour le soir durant un mois pour favoriser le sommeil.

2.3 Hypothèse diagnostic

Axe I :

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.3 [296.31]**
- Syndrome de dépendance aux benzodiazépines **F13.24 [304.10]**
- Anxiété généralisée **F41.1[300.02]**

Axe II : Personnalité évitant, F60.6 [301.82]

Axe III : Nihil

Axe IV : Arrêt maladie

Axe V : EGF 62

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété de la patiente, améliorer son état dépressif et finalement prévenir la rechute à la benzodiazépine.

Le but final attendu par la patiente est dans un premier temps de retrouver une vie normale sans les problèmes actuels et dans un second temps être capable d'avoir une relation sentimentale agréable et sans anxiété importante.

3.2 Mesures initiales

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

Score : 68

Echelle d'affirmation de soi (RATUS)

Score : 136

Inventaire de Beck (21 items)

Score : 25 (dépression modérée)

PPAG :

- Phobies,
 1. Phobie I (avoir une relation avec un homme) score : 7
 2. Phobie II (m'affirmer avec mon entourage) score : 6
- Panique, score : 3
- Anxiété généralisée, score : 7

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Envie de consommer des benzodiazépines versus envie de ne pas consommer de 0 à 100.

Dès le début de la phase du traitement la patiente a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations rapportées des benzodiazépines ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brève des séances

Séances 1 à 3

Elles sont consacrées au recueil de données anamnétiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Dès la deuxième séance, des tâches à domicile sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide du tableau à trois colonnes de Beck. Les situations rapportées sont discutées en séance.

La patiente reçoit un document contenant des feuilles blanches et un stylo pour noter les tâches à domicile et les éventuelles questions oubliées à poser durant la prochaine séance.

Séances 4 et 5

La patiente dit souffrir du fait de ne pas savoir ce qu'elle veut dans sa vie. Elle a peur de stagner, de ne pas avancer si elle n'a pas d'autre objectif. Elle dit que le travail est tout ce qu'elle a et cela ne lui suffit plus. Elle aimerait trouver un sens à sa vie.

Après une discussion Mme N. dit que le fait d'avoir une relation affective satisfaisante pourrait donner un sens à sa vie. Elle ne s'est jamais sentie à l'aise avec son ami et continue cette relation parce qu'elle ne sait pas faire autrement. Nous avons discuté de ce qu'elle attendait d'une relation à deux et elle se dit incapable d'assumer une relation avec un homme.

A l'aide de la flèche descendante nous avons mis en évidence certaines de ses croyances conditionnelles et inconditionnelles :

- Si je ne propose pas toujours de nouvelles choses à mon partenaire je ne suis pas intéressante
- Je dois toujours satisfaire mon partenaire
- La vie à deux sans enfant est presque impossible

Et après les avoir remis en question nous avons fait des recherches d'alternatives à ses pensées automatiques.

Mme N. se sent tendue durant la journée et le soir avant d'aller au lit. Nous avons pratiqué la relaxation selon la méthode Schulz et à la fin de la séance nous lui avons donné un CD de la relaxation pour utilisation à domicile.

Tache : 3 colonnes de Beck et la relaxation.

Séance 6 et 7

Mme N. ne supporte pas les choses qui ne sont pas sûres. Elle a toujours besoin de savoir exactement ce qui va se passer après et anticipe de manière excessive les conséquences.

Nous avons fait une discussion socratique autour de l'incertitude et fait une restructuration cognitive. Elle réalise qu'elle se fait du souci de manière excessive et son anxiété est due à cela.

Nous avons abordé le lien entre ses pensées et ses émotions. Grâce au tableau des trois colonnes qu'elle utilise depuis le début de la thérapie (avec beaucoup d'enthousiasme), maintenant elle comprend très bien ce lien.

Ensuite nous avons proposé le tableau à 5 colonnes dont un extrait de tâche à domicile accompli par la patiente figure dans le tableau ci-dessous :

situation	Ancienne pensée anxiogène	Emotions et son intensité	Nouvelle pensée rationnelle	Emotions Et son intensité
Le soir avant d'aller au lit	Je ne vais pas pouvoir m'endormir ce soir	Anxiété 7	Je verrai bien	Anxiété 3

Tache à domicile : utilisation de 5 colonnes pour d'autres situations et la relaxation.

Séance 8 et 9

Mme N. dit se sentir mieux et pratique systématiquement la relaxation. Elle a décidé de rompre avec son ami qu'elle voyait uniquement les week-ends depuis 15 ans. Nous avons évalué avec elle les avantages/inconvénients des conséquences de sa décision : elle semble déterminée et se dit soulagée de cette rupture.

La patiente rapporte la situation d'un conflit avec un collègue au travail. Son collègue qui tombe souvent malade et la patiente doit effectuer le travail à sa place. Elle se sent surmenée et ne sait pas comment lui dire qu'elle a un problème à cause de ses absences à répétition.

Ensuite, nous avons étudié ensemble les quatre types de comportement passif, agressif, passif-agressif et affirmé avec leurs définitions, les conséquences personnelles, les conséquences sur l'entourage et les émotions ressenties par l'individu et son entourage.

Nous avons pratiqué en jeu de rôle un comportement affirmé dans la situation rapportée avec le collègue.

Elle reçoit les feuilles d'explication détaillée des 4 types de comportement pour consulter à domicile.

Mme N. a prévu des vacances en Tunisie avec une cousine elle part la semaine prochaine et nous nous verrons à son retour de vacance.

Tâches à domicile : utilisation et généralisation des stratégies d'affirmation de soi discutées et pratiquées en séance en jeu de rôle.

Séance 10

Mme N a accompli ses tâches et se dit contente de ses vacances.

Lors de cette séance nous avons abordé le sujet de la sexualité qui préoccupe la patiente. Elle dit que durant les 15 dernières années elle a toujours essayé d'éviter les rapports sexuels avec son ex-ami. Durant le peu de rapport qu'elle a eu, elle n'a éprouvé aucun plaisir et s'est senti très angoissée. Ses rapports étaient physiquement très douloureux car selon ses dires elle était tendue avant la pénétration de son partenaire.

A savoir que la patiente a toujours eu les contrôles chez son gynécologue qui n'ont révélé aucune anomalie somatique.

Elle ne se trouve pas jolie et attirante alors qu'elle possède la plastique d'une femme plutôt belle. Durant une discussion nous avons remis en question les perceptions irrationnelles qu'elle avait de son physique. Ensuite nous avons

cherché ce qu'elle trouve de plaisant pour un homme en elle-même. Nous avons renforcé positivement ces dernières perceptions en lui confirmant qu'effectivement elles sont bien vraies.

Par suite nous avons discuté le sujet de l'intimité interpersonnelle. La patiente dit qu'elle sent très mal à l'aise pour se mettre à nu devant un homme. Mme N. se rend compte qu'une image positive d'elle-même diminuerait son malaise dans le rapport avec un homme et elle serait moins anxieuse pour se mettre à nu. En plus cela lui permettrait d'avoir une meilleure intimité avec son partenaire et du plaisir dans sa sexualité.

Nous avons fait avec la patiente le lien entre l'intimité interpersonnelle et la qualité du rapport sexuel.

Séance 11 à 16

La patiente a commencé récemment une relation avec un homme. Cet homme est intéressé par elle depuis quelque temps mais elle évitait de le rencontrer. Elle a commencé progressivement à sortir avec lui et actuellement ils se voient régulièrement.

Mme N. sent très bien suite à cette nouvelle relation. Son estime de soi est meilleure mais elle ne se trouve pas assez bien pour son ami qui est plus jeune qu'elle.

Elle dit se sentir très bien avec lui surtout quand ils se voient à l'extérieur mais, ne se sent pas à l'aise lorsqu'il vient passer la soirée chez elle.

Elle formule ses difficultés de la manière suivante :

- Quand j'ai mon ami à la maison je ne suis pas *moi-même*.
- Je m'occupe de lui tout le temps.
- Je suis tendu avec lui.

Après une discussion autour de la question suivante :

Comment seriez-vous en sa présence si vous étiez *vous-même* ?

Elle dit qu'elle se poserait sur son canapé et lirait un peu, au lieu de demander sans arrêt à son partenaire si il aimerait quelque chose.

Nous avons défini comme tâche à domicile la mise en pratique de ses désirs lorsque son ami est chez elle.

Les tâches à domicile sont accomplies et les difficultés rencontrées sont régulièrement discutées en séance.

La patiente rapporte des situations à problème avec son ami. Elle pense que ce dernier profite et abuse de la situation. Par exemple il lui demande parfois de

l'argent et se fait payer ses sorties par elle. Nous avons discuté ces situations en séance et avons pratiqué différents jeux de rôle afin qu'elle puisse s'affirmer.

Durant une séance nous avons vu les 7 messages principaux du comportement affirmé qui sont les suivantes :

- Se faire respecter par les autres tout en les respectant
- Affirmer ses droits
- Oser se confronter aux autres
- Garder une image positive de soi tout en acceptant la contradiction, la critique ou le refus
- Accepter de ne pas être aimée toujours par tous
- Parvenir à vaincre la dépression
- Persévérer dans l'affirmation malgré les échecs

A la fin de la séance la patiente reçoit cette liste imprimée sur une feuille afin de consulter à domicile et la mettre en pratique dans son quotidien.

Elle fait des progrès et s'affirme de plus en plus dans sa relation avec son partenaire et dans son travail.

Mme N a présenté son ami à sa sœur cadette qui a des problèmes dans son couple depuis peu. La patiente découvre par la suite que son ami et sa sœur ont une liaison qui provoque une crise dans la famille.

La patiente est déçue du comportement de son partenaire et de sa sœur. Ses émotions et ses cognitions en lien avec cette crise et sa relation avec son ami sont discutées en séance. Elle décide après réflexion d'arrêter cette relation car trouve que ce n'est la personne avec qui elle aimerait continuer sa vie.

Elle a réussi à gérer cette situation difficile et sa relation avec sa sœur est redevenue normale. Sa relation avec son frère est abordée en séance et elle réalise qu'elle doit se mettre des limites au sujet de l'aide qu'elle peut lui apporter. Nous lui avons donné le nom d'un collègue thérapeute spécialiste dans la prise en charge des personnes psychotiques.

Séance 17

Mme N. a des contacts réguliers avec ce nouvel ami, mais elle veut d'abord le connaître avant de sortir avec lui. Elle va au restaurant et au cinéma avec lui et éprouve du plaisir à le rencontrer.

Elle a discuté de la situation de domaine familiale avec ses sœurs et son père. Ils sont d'accord que le frère ne pourra pas reprendre la ferme à cause de sa maladie

et le père accepte de lui apporter une aide financière pour soulager la patiente de cette charge.

Séance 18

Les mesures finales sont pratiquées et nous avons fait un bilan global de la thérapie.

Mme.N se dit satisfaite du déroulement de la thérapie et les résultats qu'elle a pu obtenir. Elle pense que ce travail lui a permis de gérer une crise importante dans sa vie, de ne pas retomber dans la consommation de benzodiazépine et de se sentir bien.

Elle trouve que sa dépression était en lien avec son problème de trouble anxieux qui la faisait souffrir depuis plusieurs années.

Nous avons convenu d'un entretien de suivi dans trois mois en précisant à la patiente qu'en cas de problème elle pourra nous contacter avant cette date.

Suivi après trois mois

La patiente est vue pour faire un bilan. Elle se sent très bien et son problème de sommeil s'est nettement amélioré.

La relation avec son ami continue depuis quelques mois et elle se sent très bien avec cette personne. Ils passent beaucoup de temps ensemble et sont à la recherche d'un appartement pour habiter ensemble.

Mme N. dit qu'elle a perdu du poids (6 kg) et qu'elle se sent mieux dans son corps.

Elle n'est pas anxieuse avec son ami et éprouve du plaisir dans sa sexualité.

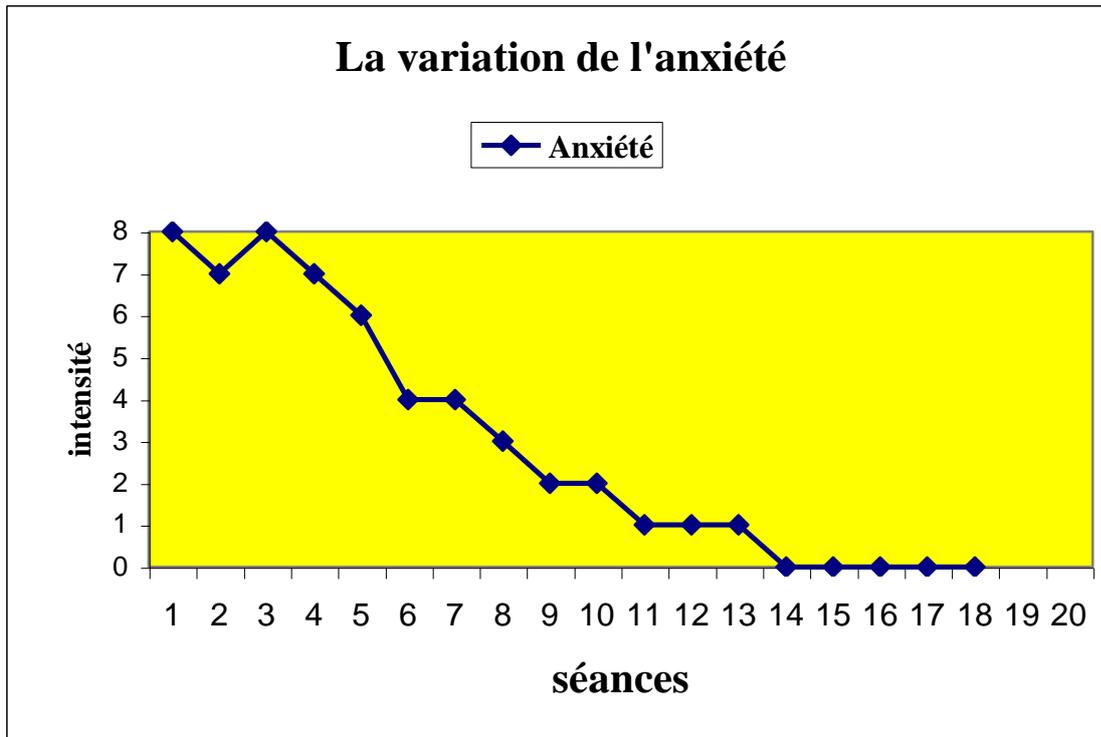
5. Résultats

Tableau récapitulatif des scores		
Echelles	Début de traitement	Fin de traitement
Inventaire de Beck	25	8
Questionnaire sur les inquiétudes de penne State	68	39
Echelle d'affirmation de soi	136	94

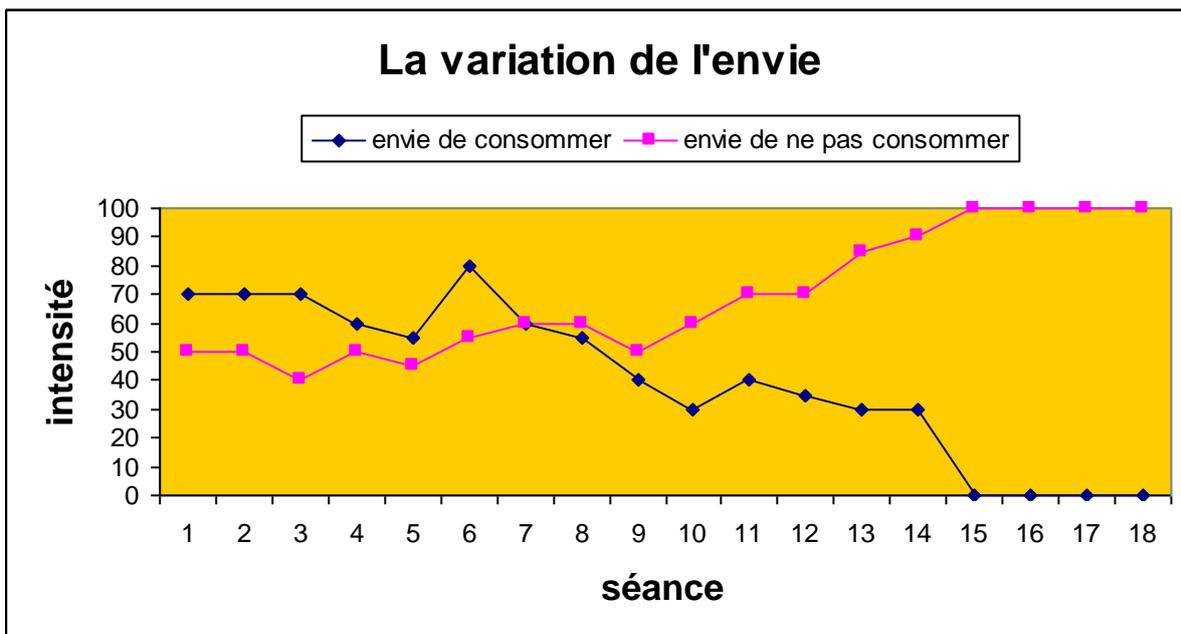
Tableau récapitulatif des scores		
PPAG	Début de traitement	Fin de traitement
Phobie I	7	0
Phobie II	6	1
Panique	3	0
Anxiété généralisée	7	0

Contrôle suivi trois mois			
Phobie I	Phobie II	Panique	Anxiété généralisée
0	1	0	0

Graphique I

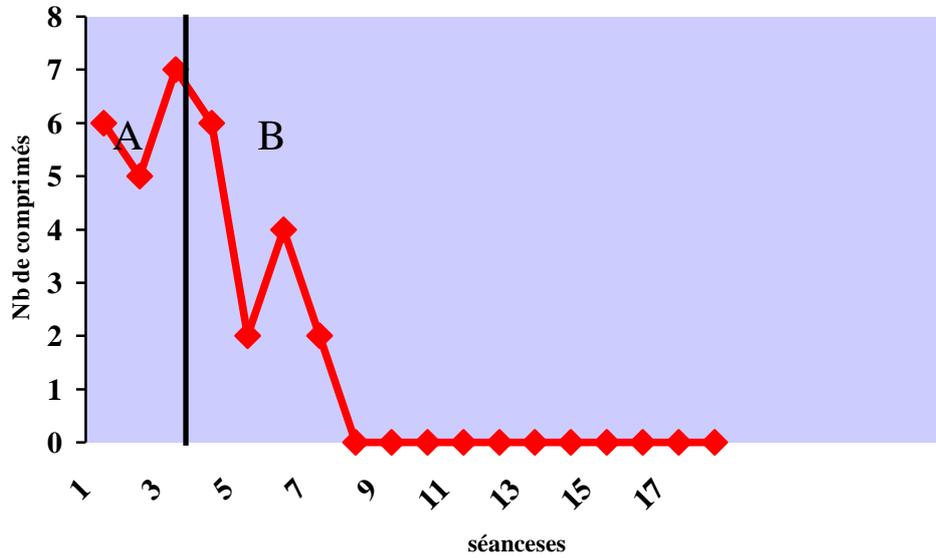


Graphique II



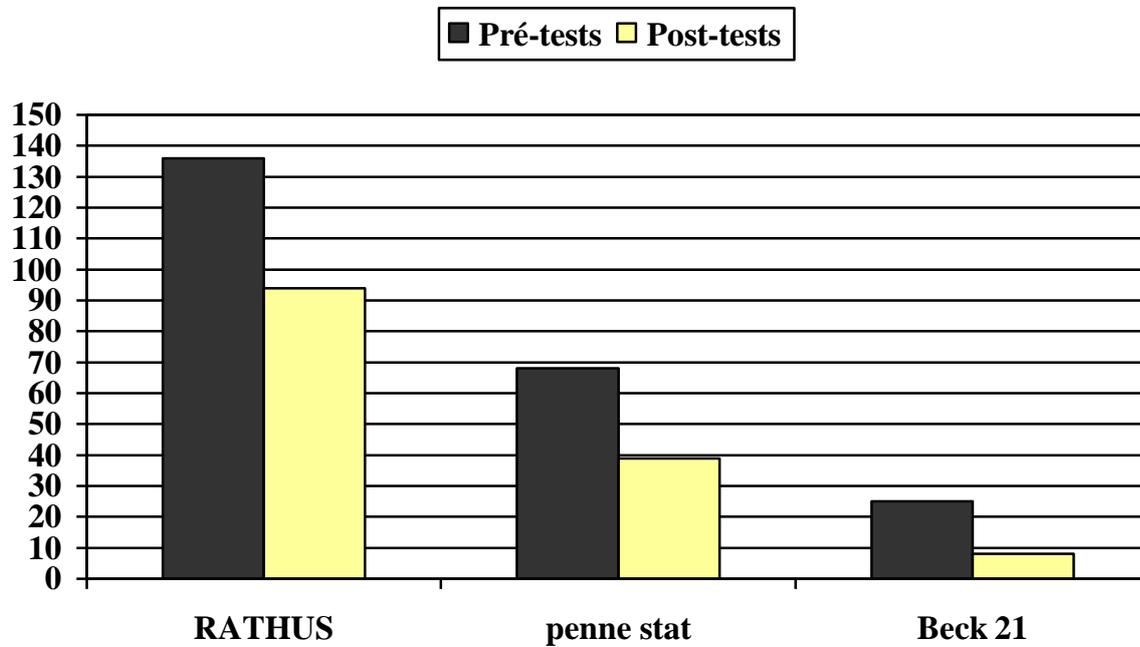
Graphique III

Consommation de benzodiazépines



Graphique IV

Mesures en pré- et post-tests



6. Discussion

Mme N. a nettement amélioré ses conditions de travail, elle communique mieux, y trouve du plaisir et ne s'angoisse plus pour les tâches qu'elle n'arrive pas terminer. Elle ne consomme aucun benzodiazépine et boit de l'alcool que rarement.

Son besoin et son envie de consommer des médicaments ont diminué au fur et à mesure que son anxiété diminuait avec la thérapie. De ce fait là on pourrait penser que la patiente a utilisé la thérapie pour résoudre ses problèmes et les résultats qu'elle obtenait renforçaient son envie de ne pas consommer.

Les deux phobies ainsi que l'anxiété généralisée sont traitées et améliorées à travers les situations de la vie quotidienne que la patiente a rapporté en séance. Actuellement elle se sent à l'aise dans la relation avec son ami et se dit heureuse.

Le dosage de l'antidépresseur a été diminué à 150 mg par jour vers le milieu de la thérapie car la patiente sentait un important effet de fatigue. Vers la fin de la thérapie, elle voulait l'arrêter pour la même raison. L'arrêt de l'efexor même de manière progressive a provoqué des nausées et des vomissements chez la patiente. Elle a été vue par le médecin de notre unité qui après une évaluation approfondie et exclusion de tout autre problèmes somatiques propose d'arrêter ce traitement.

L'état dépressif s'est amélioré progressivement et particulièrement lorsque la patiente a réussi à affronter ses peurs qui la handicapait dans sa vie affective et sociale. Elle réalise à quel point la vie avec la dépendance était dure et ne croyait pas pouvoir revivre des émotions telle qu'aujourd'hui sans sa toxicodépendance.

Mme N. a réussi à mettre des limites dans la relation avec sa famille et se confronter à une partie des problèmes qui la préoccupent de manière excessive. Avec son frère elle a pu changer son rôle et construire une relation de sœur à frère (plutôt qu'une relation d' « *assistante sociale* » comme auparavant). Le travail sur le trouble d'anxiété généralisé a amélioré le problème du sommeil qui était une des raisons de la consommation de benzodiazépine. Actuellement elle ne prend plus aucun somnifère et réussit à dormir sept heures par nuit. La patiente dit qu'elle n'a plus des pensées anticipatoires qui l'angoissaient ou l'empêchaient de dormir.

Avant la thérapie les pensées automatiques concernant la prise de benzodiazépine l'envahissaient toute la soirée alors que maintenant elle se dit *si je n'arrive pas dormir ce n'est pas grave* et elle dort bien. Mme N. dit avoir du plaisir à donner et recevoir de l'affection avec son entourage alors qu'avec les benzodiazépines elle s'était isolée et ne ressentait pas ce besoin et ce plaisir là. Elle a progressivement mis en place des projets de couple avec son ami comme par exemple habiter ensemble et se sent très enthousiaste de les réaliser.

7. Conclusion

La thérapie a permis à la patiente d'atteindre ses principaux objectifs attendus. En début la thérapie Mme N. ne trouvait pas de sens à sa vie alors qu'elle était renfermée sur elle-même. Le travail sur la communication et l'affirmation de soi a permis à la patiente d'apprendre de nouvelles techniques et de se sentir plus en confiance. De ce fait elle a pu affronter ses peurs et les résoudre ses problèmes plutôt que de vivre dans l'évitement, la souffrance et la dépendance aux médicaments. Ensuite elle a trouvé des renforcements positifs à ses nouveaux comportements qui lui ont procuré de la satisfaction et du plaisir dans sa vie. Le travail sur le trouble anxieux a également prévenu la rechute de la patiente dans la consommation des benzodiazépines.

8. Bibliographie succincte

- Jarrousse N. et Poudat F.X. : Traitement comportemental des difficultés sexuelles – Masson, Paris, 1992.
- Cungy C., Faire face aux dépendances, Retz, 2000
- Cottraux J., Les thérapies cognitives, comment agire sur nos pensées, Retz 2001
- Cungy C., Savoir s'affirmer, Retz. 2001
- Aoron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, Cognitive therapy of substance abuse.
- Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychiatric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).
- Blackburn I-M. , Cottraux J., Thérapie cognitive de la dépression, Masson, 1998.
- Proschaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 276-288.
- Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse Prevention*. 1985. Guilford Press, New York
- Cungy C., Note I-D. , Faire face à la dépression, Retz, 1999
- Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Masson Paris 2000
- Guidano V. F. and Liotti G. *cognitive processes and emotional disorders*, 1983 the Guilford Press New York

Sommaire

	Page
1. Introduction générale	22
2. Présentation du cas	22
2.1 Eléments anamnestiques	22
2.2 Analyse fonctionnelle	26
2.3 Hypothèses diagnostiques	28
3. Méthode d'évaluation	28
3.1 Protocole thérapeutique	28
3.2 Mesures initiales	29
3.3 Mesures durant le traitement	29
4. Description brève des séances	29
5. Résultats	33
6. Discussion	35
7. Conclusion	36
8. Bibliographie succincte	36

1. Introduction générale

M. B. nous est adressé par son psychiatre pour un sevrage de méthadone, d'héroïne et de cocaïne. Le séjour hospitalier a duré deux semaines et s'est déroulé sans problème.

Lors du bilan de sortie, organisé avec la psychiatre de M. B, une demande de thérapie cognitivo-comportementale en ambulatoire est posée par le patient. Sa demande est appuyée par son médecin qui souhaite que son patient bénéficie d'une prise en charge spécifique pour sa toxicodépendance et sa phobie sociale. Un premier rendez-vous est alors fixé pour commencer la thérapie après sa sortie de l'unité de sevrage.

Le patient a rechuté à la sortie de l'unité de sevrage : pour cela, une période d'environ deux mois a été consacrée pour gérer la crise. Une fois le patient stabilisé (arrêt de ses consommations régulières d'héroïne et de cocaïne), nous commencerons une thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur la phobie sociale et la prévention de la rechute.

2. Présentation du cas de Monsieur B

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

Il s'agit d'un patient de 38 ans, célibataire et à l'assurance invalidité depuis environ dix ans. Il vit seul dans un appartement à Lausanne. M. B est suivi par une psychiatre depuis près de dix ans pour son problème de toxicodépendance. Actuellement et depuis environ deux ans, le patient est sous traitement de méthadone mais consomme aussi de l'héroïne quotidiennement et cette consommation est de plus en plus importante malgré l'augmentation de la prescription de méthadone. Le médecin de M. B pense que la situation ne peut plus continuer de la sorte car les conséquences sociales sont très graves pour le patient.

M. B se sent angoissé et déprimé. Il est conscient que sa consommation lui pose des problèmes financiers et judiciaires et que sa vie est devenue insupportable. Suite à sa consommation et à la possession de drogue, il est inculpé par la justice. M. B. est au bénéfice d'un sursis et doit effectuer des travaux d'intérêts généraux.

Auparavant, la consommation d'héroïne lui permettait de supporter ses problèmes mais maintenant même avec des doses importantes d'héroïne, il se sent angoissé et déprimé.

Il souffre également d'une phobie sociale. Ces derniers temps, il sort rarement de chez lui et quasi uniquement pour acheter ses produits. Il ne voit aucun ami et passe son temps chez lui à dormir et à consommer. Les seules personnes qu'il rencontre de temps en temps sont ses parents qui sont très inquiets quant à la santé de leur fils.

Il n'a jamais fait de sevrage et notre unité, sa demande de sevrage en milieu hospitalier est acceptée.

Histoire familiale et personnelle

M. B. est le cadet d'une fratrie de deux : son frère aîné, de deux ans plus âgé, est marié et a un enfant. La mère du patient est espagnol et femme au foyer. Son père de nationalité suisse est ex-administrateur dans une entreprise d'état. Ils sont relativement âgés et à la retraite. Leur situation financière est assez aisée et le patient vit de façon importante de leur soutien financier. La mère est très présente dans la vie du patient : elle l'invite souvent à la maison pour dîner alors que la relation avec le père est très tendue. Le père, très touché par le problème de toxicodépendance de son fils, supporte très mal cette situation. Ils ont souvent des disputes lors desquelles la mère soutient son fils.

Le frère aîné est très apprécié par le père dont les reproches vont au patient de ne pas avoir réussi de la même façon. Selon le patient, son père a toujours fait une distinction entre lui et son frère aîné. Cela l'a ainsi toujours fait se sentir inférieur à ce dernier.

La relation au sein de la famille est très conflictuelle car les parents ne s'entendent pas. Le père de M. B avait une fille lorsqu'il a rencontré la mère du patient en Espagne. Après leur mariage la mère est venue habiter en Suisse et ce n'est que quelques années plus tard qu'elle découvra l'existence de la fille de son mari. Actuellement et depuis plusieurs années cette histoire est le sujet de conflit dans cette famille.

Pour M. B son père est une personne égoïste, qui ne respecte pas sa femme et la traite mal. La mère se dit avoir été trahie par son mari à ce sujet et cela serait la cause principale de leur conflit. Le patient a appris pendant son adolescence que sa naissance n'était pas désirée par son père qui ne voulait pas d'un deuxième enfant.

M. B. a eu une scolarité difficile. A l'âge de 7 ans il subi des violences par son instituteur qui le battait quand il faisait des fautes ou quand il parlait. Ensuite à l'âge de 9 ans, il ne s'entend pas bien avec ses instituteurs et se sentait un enfant tendu et très agité. Par la suite de son parcours scolaire, M. B se décrit comme un *rêveur dans son coin*. Les relations avec ses pairs se passent bien pour lui.

A 15 ans, il commence un apprentissage de mécanicien de précision sur la recommandation de son père qu'il ne termine pas à cause de son manque d'intérêt et de sa toxicodépendance. Il a fait différents apprentissages et travaux temporaires pendant plusieurs années jusqu'à l'âge de 28 ans. Depuis, il est à l'assurance invalidité suite aux problèmes de dépendances et à son incapacité à assumer un travail.

Anamnèse e la phobie sociale et de la toxicodépendance

A l'âge de 14 ans, le patient était déjà dépendant au cannabis ; un an plus tard, il consomme de l'héroïne et de la cocaïne.

Durant l'apprentissage il devient très timide et exprime selon ses mots : *du coup je suis devenu adulte et complètement timide, je me sentais rabaissé par mon père.*

A 20, il fait une dépression et son médecin généraliste lui prescrit du Lexotanil. Selon ses descriptions, à cette période, il se sentait très timide et ressentait souvent une boule dans l'estomac et avait peur de mourir parfois. Jusqu'à 22 ans, il gère ses problèmes surtout avec les médicaments et les drogues.

Il commence une école de pilote de voiture de course à 21 ans qui lui plaisait beaucoup et il voulait devenir professionnel. Mais il échoue les examens finaux et n'est pas sélectionné pour être entraîné.

Ensuite il découvre le sport qui l'aide momentanément à gérer son anxiété et parallèlement consomme des drogues. Cette période est décrite par le patient comme une période de solitude et de la souffrance.

N'étant pas capable d'assumer la responsabilité d'un travail et après multiples tentatives de réinsertion professionnelle échouée, à 28 ans, son médecin et un assistant social le mettent au bénéfice de l'assurance invalidité.

Depuis près de dix ans, ses consommations de drogues deviennent de plus en plus importantes et son anxiété sociale l'oblige à passer la plus part de son temps seul à la maison ou avec ses parents.

Le patient est sous traitement de méthadone depuis environs deux ans et malgré les adaptations de dosage il n'a pas réussi à s'abstenir de consommer d'autres drogues parallèlement.

Il se sent déprimé, a perdu du poids : environs 15 kg. Sa phobie sociale est devenue un handicap et un facteur de consommation de drogue.

M. B s'identifie tout à fait aux critères de phobie sociale et aimerait travailler sur ce problème pour améliorer ses conditions de vie.

Description brève de la gestion d'une crise de rechute avant le traitement

A la sortie de l'unité de sevrage le patient a rechuté et ne vient pas au rendez-vous. Les entretiens se font par téléphone et quelques fois en séances à cause de la consommation du patient et de sa difficulté à s'organiser.

Nous avons consacré cette période à la gestion de la crise et l'application des entretiens motivationnels avant de commencer la thérapie sur la phobie sociale et prévention de la rechute.

Le facteur principal de la rechute, selon le patient et notre évaluation, est son anxiété, et le fait d'être confronté à son environnement problématique qui a provoqué des souvenirs de la consommation.

M. B est triste et se culpabilise. Il a beaucoup de difficulté à stopper sa consommation d'héroïne et de cocaïne. Quant à ses croyances en ses capacités de s'en sortir, : elles sont ambivalentes. Il ne veut plus continuer ce cercle vicieux de la consommation et en même temps ne sent pas prêt à arrêter toutes les substances (héroïne, cocaïne et méthadone).

Il se sent triste et ne veut plus continuer dans ce cercle vicieux mais en même temps il ne se sent pas prêt à tout arrêter. Suite à une discussion il demande des informations sur une cure de Méthadone.

Ensuite lors d'une séance il demande une cure de méthadone. Il pense que cela lui donnerait la possibilité de faire la thérapie sur sa phobie sociale et permettrait d'arrêter sa rechute dans la consommation excessive de l'héroïne et la cocaïne.

Après évaluation de la situation, le patient est mis sous traitement de méthadone par le médecin de notre centre ambulatoire. Il réussit à stopper la consommation de l'héroïne et de la cocaïne avec 50 mg de méthadone par jour.

Nous avons convenu avec M. B qu'il organise mieux ses journées avec un agenda et un programme afin de prévenir sa rechute et pouvoir se rencontrer régulièrement pour commencer la thérapie sur sa phobie sociale.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : La phobie sociale dans le cadre d'une toxicodépendance

A) Synchronique

Situations :

- Je suis mal quand je dois parler avec une femme.
- Je suis mal dans la relation avec les gens et je n'ose pas prendre la parole dans un groupe.
- Je suis mal dans la relation avec la famille, et particulièrement avec mon père.

Cognitions :

- Je n'ai pas fait grande chose de ma vie.
- Toute la famille pense que je suis un raté.
- Je ne suis pas assez intéressant.
- Aucune femme ne s'intéresse à moi.
- Mon père aimerait me voir mourir.
- Je suis un raté.
- J'ai perdu trop de temps dans la toxicomanie que je ne pourrais jamais rattraper.
- Je m'ennui dans ma vie.
- Je n'aurai plus une vie normale.

Emotions :

- La colère
- La tristesse
- La culpabilité
- La déception
- La perte d'estime de soi

Comportements :

- Je consomme de l'héroïne.
- Je reste souvent seul à la maison.
- J'évite de me confronter aux autres.
- J'évite les relations sociales avec les autres.
- Je me dispute avec mon père.

Anticipations

- Je vais rester toujours seul sans partenaire.
- C'est mieux de rester à la maison et je ne serais pas mal.

Conséquences :

- Ma mère s'inquiète pour moi, elle souffre et s'occupe de moi.
- Mon père m'agresse verbalement et le conflit continue, on se dispute sans arrêt.
- Ma mère continue à m'appeler et m'inviter à la maison ce qui est valorisant et angoissant en même temps pour moi.
- Je n'ai réussi à rien construire dans ma vie.
- Je vis sur le dos de la société.

B) Diachronie

Données structurales possibles :

Génétique :

- Hypothèse d'un "terrain" anxieux

Personnalité:

- Évitante

Facteurs déclenchant initiaux invoqués:

- La violence et les dévalorisations subis à l'école primaire.
- Conflit permanent avec le père.
- Conflit au sein de la famille.
- La déception à cause de sa naissance non désirée.

Facteurs historiques de maintien possible:

- Toxicodépendance (héroïne, cocaïne et cannabis)
- Multiples échecs scolaires (apprentissage pas terminé)
- Multiples échecs professionnels.
- Conflit permanent dans la famille.
- Le sentiment d'infériorité vécu par le patient pendant assez longtemps.

Événements précipitant les troubles:

- L'aggravation de son état de santé.
- La souffrance due à la solitude.
- L'inquiétude pour son avenir avec l'approche de ses 40 ans.
- La crise dans la famille.

Traitements antérieurs ou en cours:

- Méthadone pendant deux ans jusqu'au sevrage et 50mg actuellement.
- Lexotanil, pendant environ 9 ans (début de traitement à l'âge de 20 ans).
- Remeron 30 mg par jour, introduit par le médecin de l'unité de sevrage durant la période de crise.

2.3 Hypothèse diagnostic

Axe I:

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.3 [296.31]**
- Syndrome de dépendance à la cocaïne **F14.24 [304.20]**
- Syndrome de dépendance aux opiacées **F11.24 [304.00]**

Axe II:

- Personnalité évitant, **F60.6 [301.82]**

Axe III : Nihil

Axe IV :

- Le patient est à l'assurance invalidité.
- Il est inculpé pour consommation de stupéfiants.
- Il doit faire des travaux d'intérêts générales (remplace la prison).

Axe V : EGF 52

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de réduire l'anxiété du patient dans les relations sociales, améliorer son état dépressif et, conjointement, prévenir la rechute à l'héroïne et la cocaïne.

Le but final attendu par le patient est l'amélioration des situations à problème et la diminution de son anxiété dans les relations sociales.

3.2 Mesures initiales

Elles ont été faites lors de la deuxième séance.

Echelle d'affirmation de soi (RATUS) : Score : 141

Inventaire de Beck (21 items) : Score : 28 (dépression modérée)

Echelle d'évaluation de phobie et panique (Cottraux)

- Phobie (pouvoir défendre son point de vu) score : 7
- Attaque de panique spontanée : 4

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Envie de consommer de la cocaïne versus envie de ne pas consommer de 0 à 100.

Dès le début de la phase du traitement la patiente a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations rapportées de l'héroïne et de la cocaïne ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brève des séances

Séances 1 à 3

Elles sont consacrées au recueil de données anamnétiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Nous rappelons au patient qu'il pourra mieux profiter de la thérapie sans consommation de drogue et en accomplissant ses tâches à domicile. Il reçoit un pote document contenant des feuilles blanches et un stylo pour noter les tâches à domiciles et les éventuelles questions oubliées à poser durant la prochaine séance.

Dès la deuxième séance, des tâches à domiciles sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide du tableau à trois colonnes de Beck.

Séances 3 à 10

M. B s'est inscrit dans un club de gym et s'y rend tous les jours pour faire de la musculation. Cette activité lui plait et aimerait améliorer son apparence physique.

Il s'intéresse à sa santé, fait attention à son alimentation et son hygiène de vie.

Il aimerait avoir une amie mais pense que les gens ne s'intéressent pas à lui et surtout pas les filles car selon lui n'a rien d'intéressant pour les séduire.

M. B ne consomme plus de drogue et rapporte une situation à problème. Il a vu par hasard une copine qu'il n'avait pas vue depuis long temps. Elle lui a demandé comment il allait et ils ont eu une petite discussion. Il l'a quitté aussi tôt qu'il a fini de répondre à ses questions. Il s'est senti très mal et angoissé dans cette situation.

Nous avons étudié ensemble ses difficultés et j'utilise le questionnement socratique pour mettre en évidence les croyances en lien avec les situations sociales suivantes :

- Si je parle de moi les gens vont me trouver ennuyant.
- J'ai peur de perdre les gens si je ne suis pas gentil avec eux.

Suite à cette discussion sur les croyances et leurs liens avec les dangers sociaux perçus par la patiente, il réalise que ses croyances l'ont toujours obligée à avoir un comportement soumis dans ses relations sociales et sont à l'origine de son anxiété.

Ensuite, nous avons étudié ensemble les quatre types de comportement passif, agressif, passif-agressif et affirmé avec leurs définitions, leurs conséquences personnelles, les conséquences sur l'entourage et les émotions ressenties par l'individu et son entourage.

Nous avons pratiqué en jeu de rôle un comportement affirmé dans la situation rapporté par le patient.

Tâches à domicile :

1. Utilisation des stratégies d'affirmation de soi pratiquées dans le jeu de rôle.
2. Eviter les situations dans lesquelles on peut lui proposer du produit.

Lors d'une séance nous avons pratiqué la relaxation (méthode Schultz) ensuite il est invité à la pratiquer régulièrement à domicile.

M. F a rappelé cette copine pour l'inviter à boire quelque chose avec lui dans un tea-room. Il a pu discuter avec elle et s'est senti moins anxieux. Il lui a posé des

questions alors qu'auparavant il n'osait pas. Il a eu le sentiment d'avoir été capable de mener une conversation sans être embarrassé par *l'interrogatoire* de l'autre.

Le patient a rapporté trois consommations de cocaïne. La situation de la rechute est mise en évidence et l'ennui est le facteur de risque identifié.

Il ressent un important besoin de faire des activités en permanence. Il n'arrive pas assez bien gérer son temps libre. Dans ces moments il s'ennuie et son envie de consommer des drogues augmente à ce moment là.

Après avoir trouvé la raison pour laquelle il avait tout le temps besoin d'activité, nous avons discuté sur cette raison qui est ***la recherche du plaisir en permanence***.

A partir de des pensées automatiques nous avons mis en évidence le postulat conditionnel suivant :

Pensée automatique : *Il faut toujours avoir quelque chose à faire.*

Postulat conditionne : *Si on ne fait pas tout le temps quelque chose pour s'amuser on n'a pas de plaisir dans la vie.*

Ensuite nous avons remis en question ce postulat en demandant au patient si c'était possible d'uniquement et tout le temps s'amuser dans la vie. A la fin de notre discussion M. B pense que ce n'est pas possible de s'amuser tout le temps et les problèmes font partie de la réalité de la vie. En plus le fait de s'occuper à résoudre ses problèmes peut procurer de la satisfaction personnelle.

Séance 11 à 17

M. B fait le lien entre son anxiété et sa consommation de la drogue et pense qu'à travers la cocaïne et l'héroïne il recherchait le plaisir naturel qu'il ne trouvait pas dans ses relations qu'il a toujours évité.

Il se rend compte que les plaisirs naturels demande un effort au départ mais ils sont plus intéressants et plus constructive alors que la consommation de drogue lui permettait d'éviter de résoudre ses problèmes.

Il utilise régulièrement la relaxation à domicile et pratique la technique de résolution de problème que nous avons vue en semble lors d'une séance.

M. B a fait sa peine de 12 jours de travaux d'intérêt général. Il devait accomplir ces travaux qui étaient imposés par la justice suite à sa consommation de stupéfiant. Depuis deux ans il l'avait toujours refusé et maintenant se sent soulagé d'avoir accompli cette tâche.

Les parents du patient s'intéressent à l'évolution de leurs fils et demande d'un entretien de famille. M. B est très content que son père veuille participer à un entretien et il aimerait aborder la question de l'attitude de son père envers lui et sa mère.

Nous avons eu deux séances sur leur demande avec la famille de M. B. Pendant une séance nous avons répondu aux questions de la famille relative aux problèmes de toxicodépendance et les avons informé sur les difficultés qu'une personne toxicodépendant peut rencontrer pour s'en sortir de ce problème.

Lors de la deuxième séance de famille, le père se dit satisfait des progrès de son fils mais il se montre très exigeant envers lui. M. B exprime assez calmement son opinion et son désaccord sur les exigences et les attitudes souvent méprisantes de son père. La mère du patient encourage ses efforts et se dit soulagée de voir son mari et son fils discuter sans agression verbale. Le père de M. B désire être plus soutenant avec son fils et le patient s'engage à continuer ses efforts.

Séance 18

Les mesures finales sont pratiquées et nous avons fait un bilan global de la thérapie.

M. B se dit satisfait du déroulement de la thérapie et les résultats qu'il a pu obtenir. Lors de cette séance le patient dit que maintenant il se sent prêt pour faire le sevrage de la méthadone et veut faire un séjour hospitalier dans notre unité de sevrage.

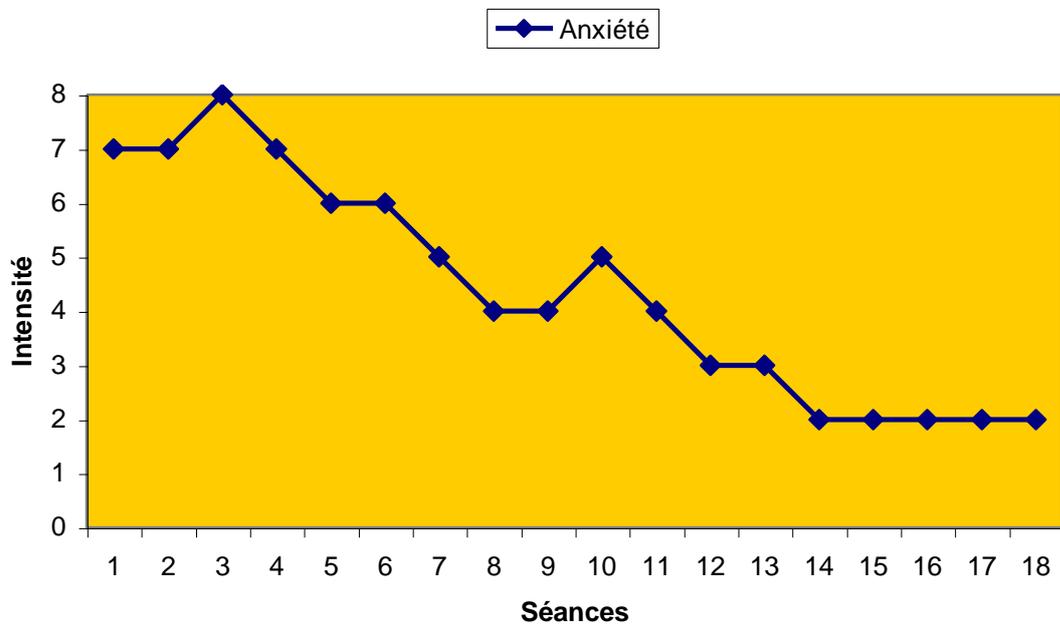
Nous allons continuer la prise en charge de ce patient en la prévention de la rechute après le sevrage de la méthadone.

5. Résultats

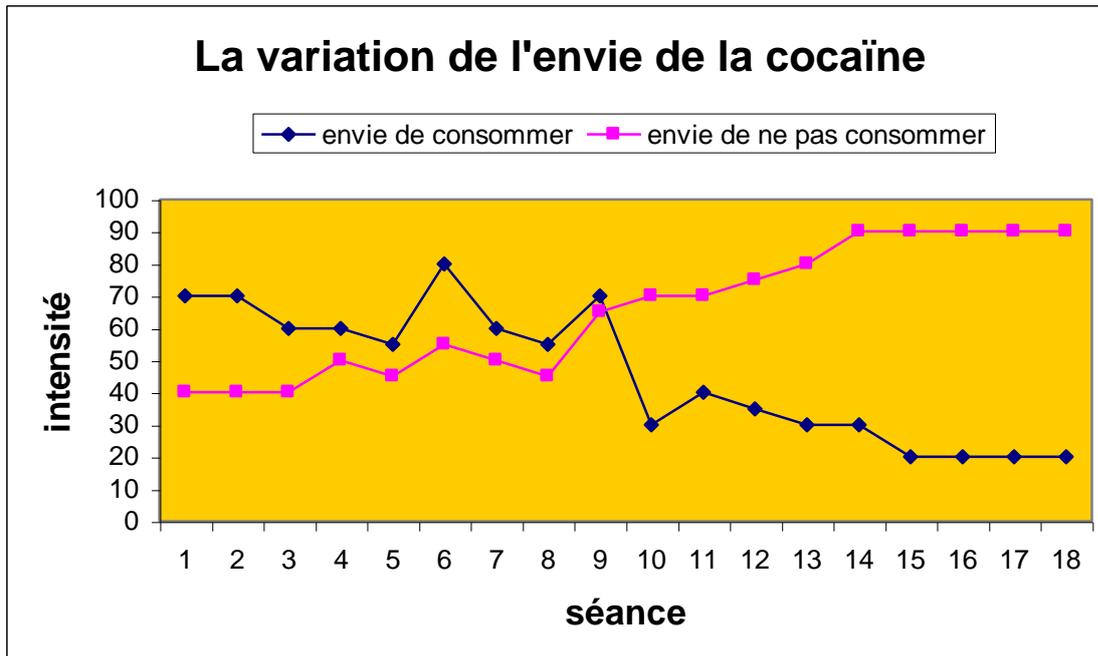
Tableau récapitulatif des scores		
Echelles	Début de traitement	Fin de traitement
Inventaire de Beck	26	12
Echelle d'affirmation de soi	143	104
Anxiété	7	2
Envie de ne pas consommer de la cocaïne	40	90

Graphique I

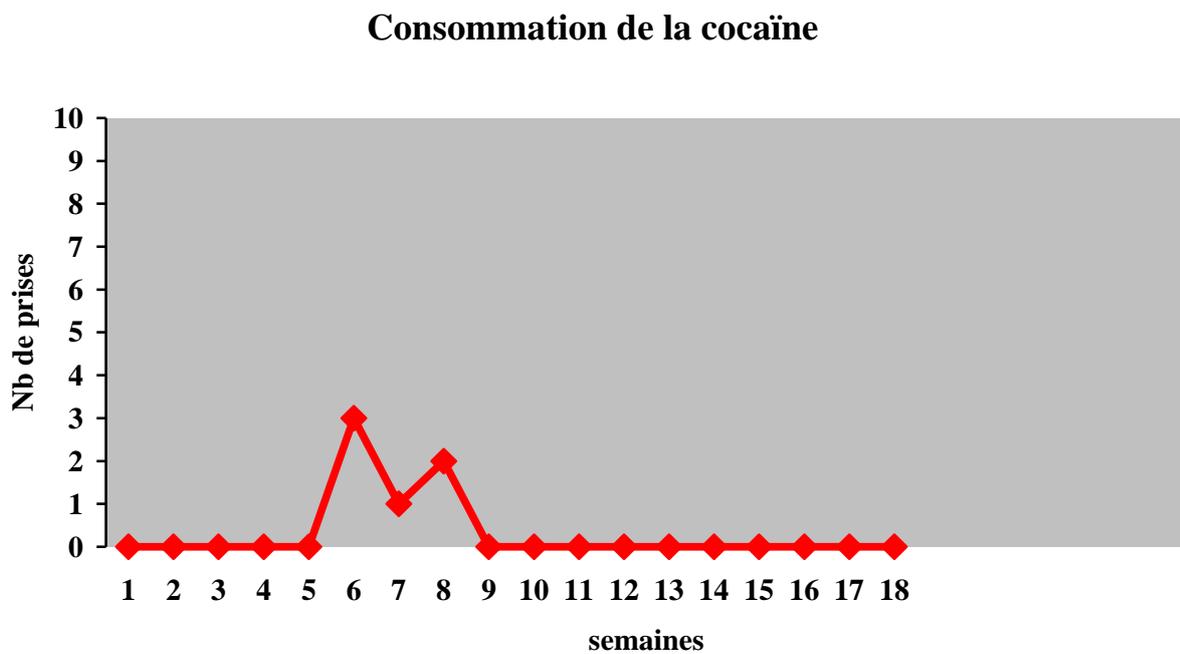
La variation de l'anxiété



Graphique II

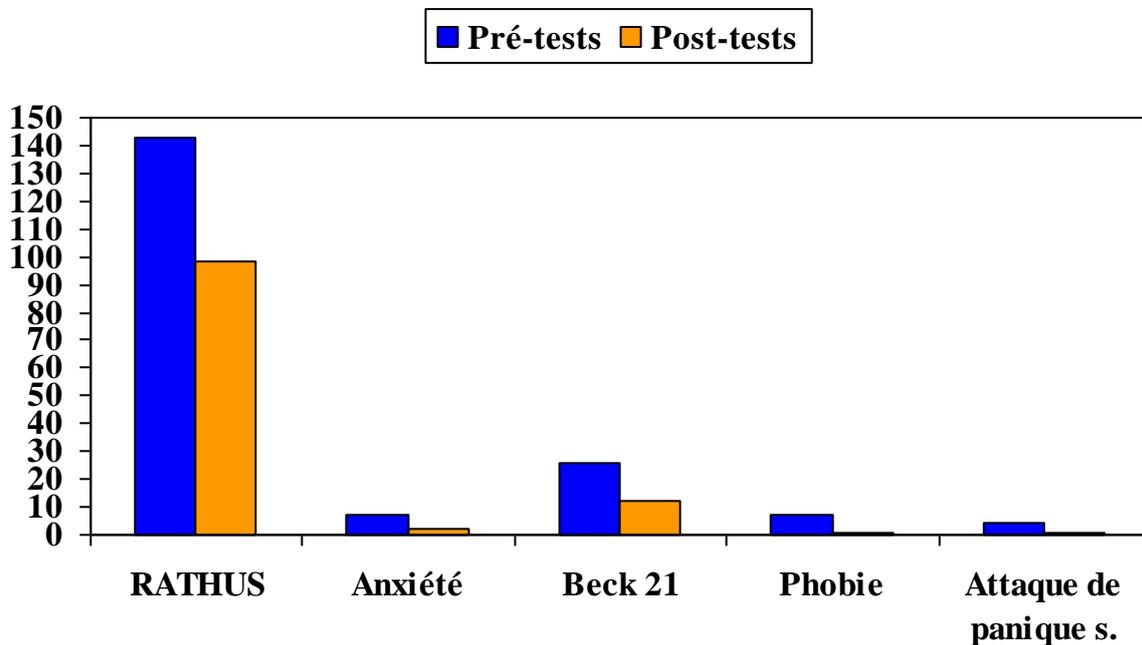


Graphique III



Graphique IV

Mesures en pré- et post-tests



6. Discussion

Le patient a arrêté ses consommations de l'héroïne et de la cocaïne. Le travail sur les facteurs de rechute et le traitement de la méthadone a permis au patient de traiter sa phobie sociale.

La phobie sociale du patient s'est nettement amélioré toutefois dans certaines situation M. B ressent une anxiété mais beaucoup moins qu'auparavant.

M. B a retrouvé la confiance en lui et aimerait faire un programme de réinsertion professionnelle pour sortir progressivement de l'assurance invalidité.

Il a réussi à faire sa peine des travaux d'intérêt général et de se libérer de cette contrainte.

Le traitement du Remeron, en plus de son effet antidépresseur, selon le patient, semble avoir un impacte sur la diminution des envies de la consommation de la cocaïne.

La relation avec la famille s'est améliorée progressivement et M. B s'affirme dans les discussions avec son père toutefois, la situation conflictuelle de famille nécessiterait une prise en charge plus approfondie et à part entière.

7. Conclusion

La thérapie cognitivo-comportementale a permis au patient d'avoir une abstinence relative et prévenir la péjoration de son état. Elle a apporté une aide efficace pour traiter la phobie sociale et la dépression.

Le sevrage progressif avec le traitement de la méthadone a permis au patient, de travailler sur un facteur important de sa rechute, et de se préparer pour une abstinence totale.

L'élaboration et le maintien d'une alliance thérapeutique pendant la période crise, a favorisé la réalisation de la thérapie et le projet du patient.

8. Bibliographie

- Cungy C., Faire face aux dépendances, Retz, 2000
- Cottraux J., Les thérapies cognitives, comment agir sur nos pensées, Retz 2001
- Cungy C., Savoir s'affirmer, Retz. 2001
- Aoron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, Cognitive therapies of substance abuse.
- Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychiatric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).
- Blackburn I-M. , Cottraux J., Thérapie cognitive de la dépression, Masson, 1998.
- Proschaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 276-288.
- Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse Prevention*. 1985. Guilford Press, New York
- Cungy C., Note I-D. , Faire face à la dépression, Retz, 1999
- Bouvard M., Cottraux J., Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Masson Paris 2000
- Guidano V. F. and Liotti G. *cognitive processes and emotional disorders*, 1983 the Guilford Press New York
- Best of behaviour research and therapy, a collection of landmark article 1962-1997, editor: S. Rachman, Founding Editor: H.J. Eysenck,

Sommaire

	Page
1. Introduction générale	38
2. Présentation du cas	38
2.1 Eléments anamnestiques	38
2.2 Analyse fonctionnelle	41
2.3 Hypothèses diagnostiques	43
3. Méthode d'évaluation	43
3.1 Protocole thérapeutique	43
3.2 Mesures initiales	43
3.3 Mesures durant le traitement	44
4. Description brève des séances	44
5. Résultats	47
6. Discussion	49
7. Conclusion	50
8. Bibliographie succincte	51

1. Introduction générale

Il s'agit d'un patient sous traitement de la méthadone depuis environ quatre ans. Il nous est adressé par le médecin de la polyclinique psychiatrique universitaire qui a fait une évaluation psychiatrique suite à la demande du médecin généraliste qui est dépassé par les consommations excessives non prescrites de la méthadone par M. G.

Le psychiatre a diagnostiqué une phobie sociale chez le patient et demande une thérapie cognitivo-comportementale par notre unité ambulatoire spécialisée en toxicodépendance.

Nous avons rencontré le patient dans le cabinet de son psychiatre pour évaluer sa motivation d'arrêter les consommations non prescrites de méthadone et sa demande pour la thérapie sur la phobie sociale.

Après cet entretien nous avons fixé un rendez-vous avec M. G pour commencer la thérapie et il se rendra une fois par semaine (sauf exception) dans notre unité ambulatoire.

2. Présentation du cas de M. G

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle, de la toxicodépendance et de la phobie sociale

Il s'agit d'un patient âgé de 28 ans, célibataire et boulanger pâtissier de profession. Il travaille à plein temps dans une boulangerie près de Lausanne. À cause de sa situation financière précaire, il vit dans une chambre chez sa sœur cadette.

Suite aux multiples condamnations juridiques en rapport avec sa consommation de stupéfiant, il est à l'article 44 et doit suivre un traitement médical sous surveillance par une instance judiciaire (la fondation de la probation).

M. G est suivi par un médecin généraliste depuis près de trois ans qui lui prescrit de la méthadone et le voit une fois par semaine.

Depuis plusieurs mois le patient demande de plus en plus de méthadone à son médecin et souvent, quand il a de l'argent, il en achète au marché noir.

Selon M. G et les autres intervenants sa consommation excessive de la méthadone est due à sa phobie sociale. Il utilise la méthadone comme un

anxiolytique pour gérer le peu de relation sociale qu'il entretient, c'est à dire, à son travail et avec ses deux sœurs.

Il rapporte des symptômes dépressifs d'intensité variable depuis deux ans et aggravation de ceux-ci depuis environs trois mois sans facteur de stress surajouté.

Les symptômes actuellement rapportés sont ceux d'une humeur dépressive, une perte d'intérêt (moins d'intérêt au travail et reste reclus chez lui après son activité professionnelle sans activité à caractère hédonique), une augmentation d'irritabilité (entraînant quelques disputes avec son employeur), une clinophilie (propension à rester au lit) avec augmentation du temps de sommeil totale, actuellement de 15 heures à 3 heures du matin, sans caractère de celui-ci.

Il rapporte des idées de culpabilité (en lien avec son statut de toxicodépendent, et les souffrances qu'il pense infliger à sa famille), des idées de dévalorisation, et des moments de perte d'espoir transitoire suivis d'idées suicidaires sans projet précis (il vaudrait mieux être mort).

Il rapporte des difficultés d'attention et une indécision. On retrouve des symptômes d'anxiété sociale généralisée aux diverses situations de la vie courante et grevée d'un lourd handicap lié à l'anxiété anticipatoire et à l'évitement.

Cette anxiété sociale à apparue vers l'âge de 15-16 ans et s'est aggravé par l'obésité actuelle du patient. Il a effectivement souffert d'une prise de poids de 10 kg en cours d'emprisonnement suivie d'une prise de poids de 30 kg depuis sa sortie de prison.

Cette obésité s'inscrit dans le cadre d'une survenue quotidienne de crises de boulimie « binge eating » caractérisées par une absorption d'une quantité jugée très importante de nourriture avec un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire et non associée à des comportements compensatoires. L'estime de soi est sévèrement grevée par le poids et les formes corporelles.

Les premières consommations d'héroïne du patient étaient survenues dans un contexte d'état dépressif et avaient conduit à un soulagement subjectif des symptômes dépressifs ainsi que de l'anxiété sociale. Actuellement, confronté à des symptômes thymiques et anxieux importants, il a recours deux à trois fois par semaine à environs 30 cc de méthadone achetée dans la rue. Les prises sont favorisées par les difficultés ou les rendez-vous craints (fondation la probation, médecin...) sa méthadone avait été augmentée (plus que le double) depuis sa sortie de prison. Il n'a pas recours actuellement à d'autres drogues.

Histoire familiale et personnelle

M. G est le deuxième de sa fratrie. Le père, ouvrier, souffrant d'alcoolisme et probablement de troubles de l'humeur de type dépressif. Sa mère, aide familiale, est actuellement remariée. Les parents du patient ont divorcé alors qu'il avait 16 ans. Le divorce a eu lieu suite à une succession d'adultères qu'aurait commis la mère du patient et dont il a constaté l'un d'eux.

Il maintient actuellement des contacts avec ses deux sœurs et sa mère. Les contacts avec le père sont moins réguliers. Au divorce des parents, la sœur cadette et lui-même ont été à la garde de la mère.

Il décrit une enfance marquée par la maltraitance verbale du père et la dépréciation, ses deux parents, pense-t-il, ne considérant pas ses opinions, ne tenant pas compte de ses besoins et le traitant comme stupide. Le père est décrit comme imprévisible et incapable d'assumer les responsabilités quotidiennes. La mère est décrite comme plus malheureuse et recherchant le soutien de son fils lors des conflits de couple.

Le patient a perçu son éducation comme à la fois sévère et sans repères. Il signale également un souci de l'approbation sociale dans la famille, et une meilleure validation de ses actes lorsque ceux-ci recevaient une approbation sociale.

Après une scolarité moyenne, M. G obtiendra un CFC (certificat fédéral de capacité) de pâtissier, métier qui le fait vivre maintenant.

On retrouve les premiers vols dès le plus jeune âge, vers 5-6 ans, suivi d'un arrêt volontaire de ceux-ci entre 16 et 22 ans. Ses conduites sont réapparues avec le début des conduites toxicodépendance avec la consommation de l'héroïne.

Les vols avaient alors pour but essentiel d'assurer les besoins en drogue. Au décours de ceux-ci il a été condamné à trois reprises avec des périodes d'emprisonnement ferme. Il est actuellement au bénéfice d'un sursis de 7 mois et la protection d'une mesure de la fondation la probation pour encore une année.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : la phobie sociale

A) Synchronie

Situation à problème pour le patient :

- Etre en face de quelqu'un et de lui regarder dans les yeux.
- Aller à un rendez-vous.
- S'affirmer avec son employeur.
- Pouvoir être moi-même et naturel dans les rapports avec les gens.

Cognitions :

1. Ça va se voir que je ne suis pas bien.
2. Il va me trouver vide dans mes yeux.
3. Il va me trouver inintéressant.
4. Je suis trop gros et moche.
5. Je suis un nul.
6. Je suis incapable de me trouver une copine.

Emotions :

- L'anxiété
- La colère
- La tristesse
- Le sentiment d'infériorité

Comportements :

- J'évite totalement les situations sociales quand je peux.
- Je suis mal à l'aise dans les relations sociales.
- Je parle sans arrêt quand je suis confronté aux gens, par peur d'être inintéressant.
- J'ai des transpirations cutanées.
- J'ai une tension à la nuque.
- Je baisse les yeux et la tête quand je suis en face de quelqu'un.
- Je reste à la maison à regarder la télé et manger.

Anticipations :

- Il ne faut plus que j'aïlle dans les soirées.
- Il faut que je fasse toujours des choses tout seul.
- Il vaut mieux que je reste à la maison à regarder la télé.

Conséquences

- Les gens me trouvent fatigant et m'évitent.
- Mes sœurs s'inquiètent pour moi.
- Elles me téléphonent souvent.
- Elles pensent que je souffre à cause de divorce de nos parents.

B) Diachronie

Donnés structurales possibles :

Génétique :

- Hypothèse d'un "terrain" anxieux.
- Le père, ayant une dépendance à l'alcool et un trouble de l'humeur.

Personnalité:

- Evitante

Facteurs déclenchant initiaux invoqués

- La dévalorisation par sa famille.
- La relation conflictuelle des parents et leur divorce.
- Nombreux changements de lieu de vie.

Facteurs historiques de maintien possible:

- Toxicodépendance (héroïne et méthadone achetée dans la rue)
- Manque de repère.
- La solitude.

Evénements précipitant les troubles:

- Divorce et séparation problématique des parents, le patient se culpabilise d'avoir quitté son père pour aller vivre avec sa mère.
- Le patient n'arrive plus à gérer ses problèmes avec ses consommations.
- La souffrance due à la solitude devenue insupportable pour le patient.
- La situation conflictuelle avec son employeur.

Traitements antérieurs et en cours:

- Méthadone 54 cc par jour dont il fractionne de la manière suivante : 24 cc surplace à la pharmacie vers 8 heures 30 et 30 cc qu'il prend le matin avant de travailler à 5 heures.
- Tranxilium 5 mg 1cp le matin
- Truxal 30 mg par jour
- Seropram 20 mg 2cp le matin depuis 1998
- Tolvon 30 mg 2cp le matin depuis 1998

2.3 Hypothèse diagnostic

Axe I :

- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.3 [296.31]**
- Phobie sociale généralisée **F40.1 [300.23]**
- Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement substitué **F11.2**
- hyperphagie boulimique **F50.4**
- Personnalité évitante **F60.6 [301.82]**

Axe II: Personnalité évitant, **F60.6 [301.82]**

Axe III : Nihil

Axe IV :

- Dettes, environs 15000 FS
- Inculpation pour consommation et trafic de stupéfiants.
- Retrait de permis de conduire et inculpation pour avoir renversé avec une moto un policier.

Axe V : **EGF 60**

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété de la patiente dans les relations sociales, améliorer son état dépressif et finalement prévenir la rechute à l'héroïne et la cocaïne.

Le but final attendu par la patiente est de se sentir bien dans ses relations sociales et d'arrêter ses consommations de méthadone hors traitement.

3.2 Mesures initiales

Echelle d'affirmation de soi (RATUS)

Score : 130

Inventaire de Beck (21 items)

Score : 29 (dépression modérée à sévère)

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Questionnaire des phobies :

Pouvoir regarder les gens dans les yeux de 0 à 8

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Dès le début de la phase du traitement la patiente a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes.

Par ailleurs, les consommations rapportées de la méthadone et du yogourt (dans le cadre de boulimie) ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brève des séances

Séances 1 à 3

Elles sont consacrées au recueil de données anamnétiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Nous avons procédé à une explication détaillée du modèle thérapeutique en pratiquant l'exemple d'une situation agréable en imagination afin de bien faire comprendre au patient le lien entre ses cognitions, ses émotions et son comportement dans la vie courante.

Dès la deuxième séance, des tâches à domiciles sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide du tableau à trois colonnes de Beck.

Séances 3 à 10

M. G accomplit bien ses taches à domicile, il rapporte une situation durant laquelle il s'est senti triste et dévalorisé. Il dit que lorsqu'il pense à lui-même et ce qu'il a pu faire dans sa vie, se trouve nul et ressent une tristesse profonde. A l'aide d'une flèche descendante, à partir de la pensée automatique « *je suis un nul* » nous avons mis en évidence le postulat comme suivante :

- *Je suis un nul (pensée automatique).*
- *Je n'ai pas fait grand chose à l'école.*
- *Je ne suivais pas les cours.*
- *J'étais nul en mathématique et je n'aimais pas ça.*
- *J'étais un mauvais élève.*
- *Si on est mauvais élève ça veut dire qu'on est bête et on ne réussira pas dans la vie (postulat conditionnel).*

Nous avons discuté ce postulat conditionnel en le remettant en question et cherchant à savoir si c'était toujours le cas et si cela peut être autrement. Le résultat est le suivant :

- *Si on est mauvais élève ça ne veut pas forcément dire qu'on est bête et on ne réussira pas dans la vie.*

La nouvelle pensée automatique du patient est : *je ne suis pas si nul que ça*. Ensuite nous avons évalué avec M. G l'impacte de ses anciennes et ses nouvelles cognitions sur ses émotions. Durant plusieurs séances d'autres pensées automatiques sont abordées. La tâche à domicile est la généralisation de cette technique et l'utilisation de tableau à 5 colons en séance.

Le patient aimerait perdre du poids. Son rapport à la nourriture est discuté, il décide de noter le nombre de yogourt (parfois allant jusqu'à 20) qu'il ingère par jour. Il fait assez bien le lien entre son anxiété, son évitement des activités sociales, sa consommation de la méthadone et sa *consommation de yogourt*.

Comme tâche à domicile en premier temps, faire une liste des activités plaisantes versus déplaisantes. En deuxième temps, planifier sa semaine avec des activités qui lui plaisent et en troisième temps augmenter progressivement ses activités qui sont évaluées et renforcées chaque semaine en séance.

La sœur cadette a participé à une séance et demande quelques informations. Elle aimerait mieux comprendre la toxicodépendance de son frère afin de le soutenir dans ses démarches thérapeutiques.

Le patient se sent repère et ne sait pas comment se comporter vis à vis d'une femme. Les exemples de situations sont repris, discuté et pratiqués en jeu de rôle afin d'apprendre le comportement affirmé au patient.

Etant donné l'importance des autres intervenants du réseau (médecin généraliste, instance judiciaire et les sœurs) dans la prise en charge de M. G nous avons organisé des bilans avec ses derniers afin de, entre autre, soutenir M. G dans la gestion de ces affaires qui sont aussi une source d'anxiété le patient.

Séances 11 à 17

Le patient se sent mieux et diminue progressivement sa consommation de méthadone. Il mange moins de yogourt, a mis des activités sportives en place et commence à perdre du poids. Il se pèse régulièrement.

Lors d'une séance M. G parle de la dépression qu'il fait en 1996 (à l'âge de 21 ans) il dit qu'il a beaucoup souffert et n'en a jamais parlé. Il a des « flaches back » de cette période et actuellement, il a peur de déprimer. À cette séance il exprime beaucoup d'émotion de tristesse à « larme chaude ». Il a très mal vécu le divorce de ses parents, s'est senti déstabilisé, sans repère paternel, et trouvait injuste que son père soit abandonné par sa mère. Il vivait avec sa mère et son nouveau partenaire. Il ne se sentait pas bien dans cette situation mais n'a jamais osé s'exprimer par la loyauté envers sa mère.

Au moment d'un bilan avec les sœurs (qui sont assez soutenant) M. G a pu parler de cette période et le divorce des parents avec ses sœurs qui le comprennent bien. La sœur cadette est plutôt silencieuse, elle semble très ému à ce sujet mais exprime peu de chose (elle est très liée à son frère). Selon la sœur aînée ce sujet était tabou dans la famille depuis le divorce des parents elle met en lien la toxicodépendance de son frère avec cet événement. Le patient est satisfait et soulagé d'avoir abordé ce sujet en famille.

M. G a de la difficulté à prendre le bus, il a peur du regard des autres et ressent une anxiété intense au moment de monter au bus. Nous avons procédé à des expositions en imagination et exposition *in vivo* qu'il fait avec réussite.

Parallèlement au travail d'affirmation de soi nous avons eu d'autres bilans avec le réseau durant cette période, y compris un bilan final.

Séances 18

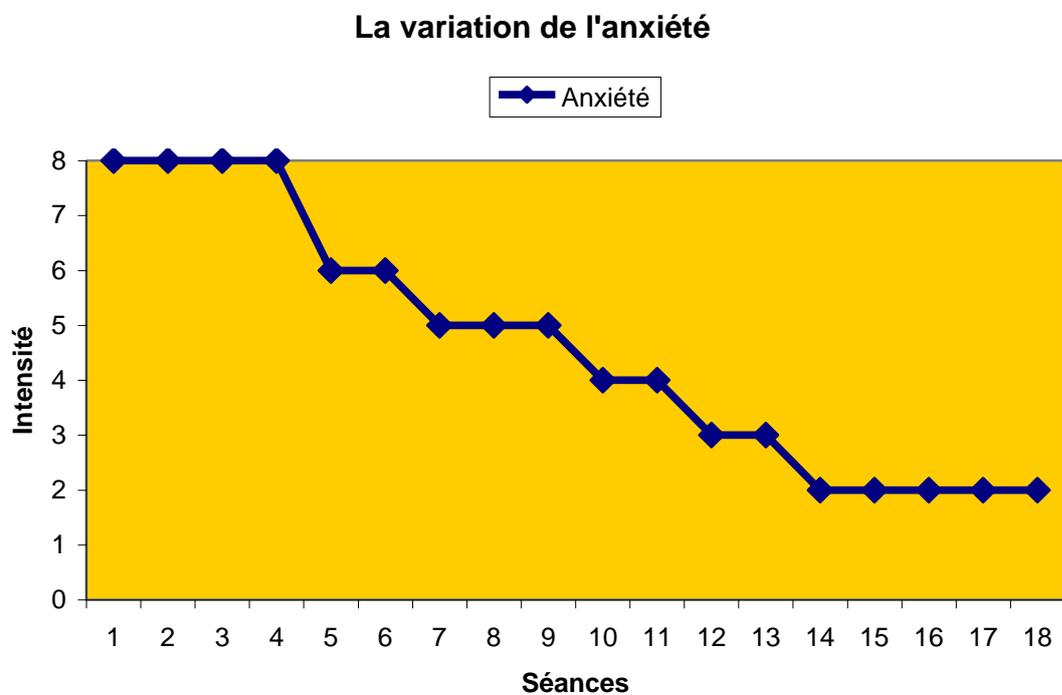
Les mesures finales sont pratiquées et nous avons fait un bilan global de la thérapie. Le patient se dit satisfait du déroulement de la thérapie et les résultats qu'il a pu obtenir. Il aimerait continuer la thérapie en vue d'une préparation à un sevrage de la méthadone.

Nous allons continuer la prise en charge de ce patient en la prévention de la rechute après le sevrage de la méthadone.

5. Résultats

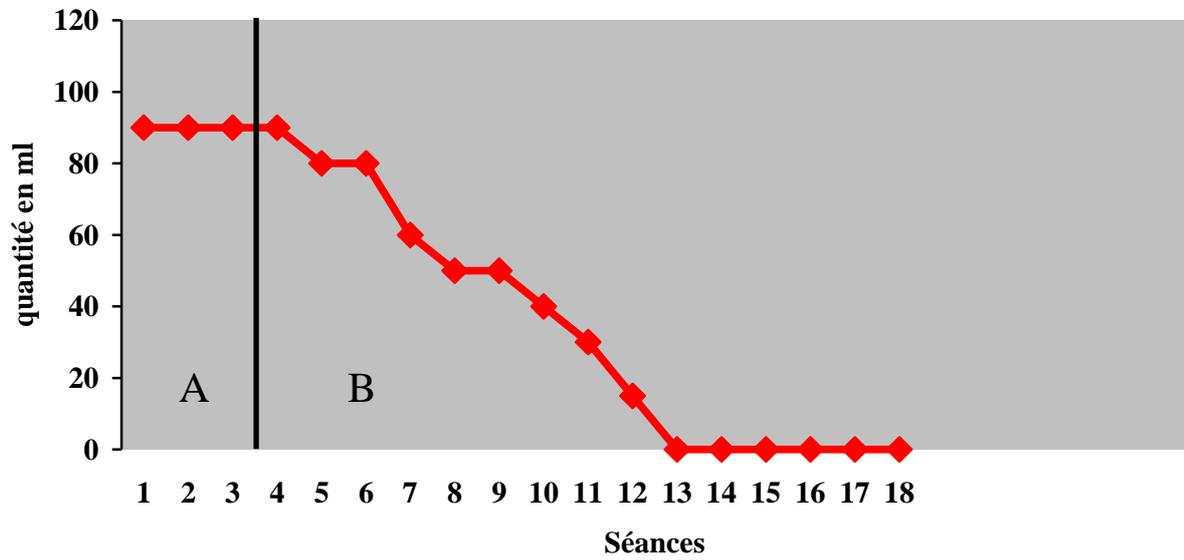
Tableau récapitulatif des scores		
Echelles	Début de traitement	Fin de traitement
Inventaire de Beck	29	13
Echelle d'affirmation de soi	130	105
Anxiété	8	2
Phobie	8	2

Graphique I



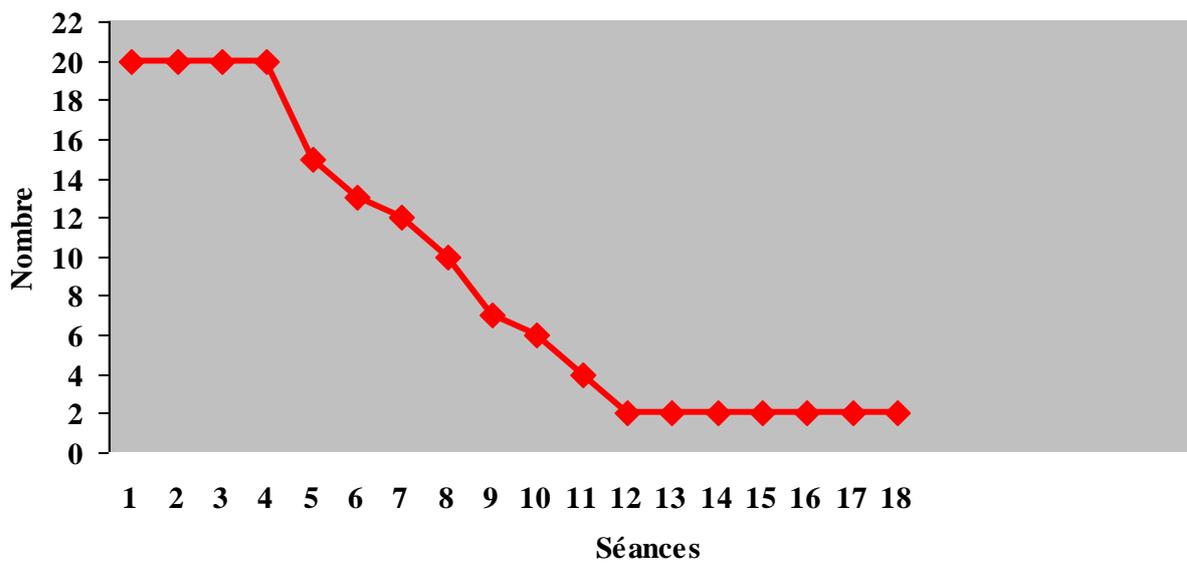
Graphique II

Consommation de la méthadonee



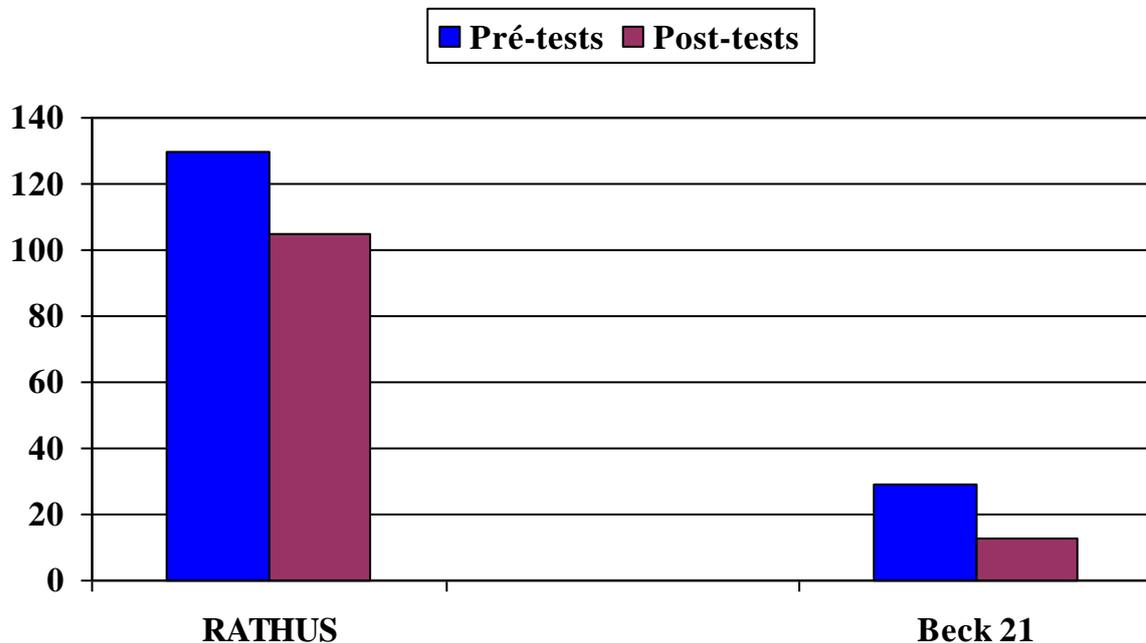
Graphique III

Consommation journalière de yogourt



Graphique IV

Mesures en pré- et post-tests



6. Discussion

L'anxiété du patient a diminué de 8 à 2, il se sent nettement mieux dans les relations sociales.

La phobie traitée a baissé de 8/8 sur l'échelle d'évaluation des phobies (Cottraux) à 2/8 et le patient n'évite plus la situation dont il avait extrêmement peur en début de la thérapie. Son estime de soi a augmenté et il ne se sent plus automatiquement inférieure aux autres. Il semble qu'il aurait besoin d'être encore plus renforcé par les conséquences positives de son comportement affirmé sur l'environnement, pour baisser son anxiété presque à zéro.

D'après l'évaluation clinique et le résultat d'inventaire de Beck 21 qui a baissé de 29 à 13, l'état dépressif est amélioré, toutefois il pourrait bénéficier d'une thérapie cognitive plus ciblée sur la dépression.

M. G a réussi à faire sa peine de prison pendant deux semaines alors que depuis deux ans il lui était trop pénible d'être confronté à cette tâche. Il a perdu 16 kg de son poids corporel parallèlement avec la baisse de son anxiété moyenne de la

semaine, on pourrait penser que la baisse de cette dernière a motivé le patient à mieux gérer son hygiène alimentaire.

Suit à l'amélioration de son état anxieux, le patient a retrouvé confiance en lui-même et il a déménagé de chez sa sœur (qui le désirait aussi) dans un appartement indépendant.

Les traitements du Tranxilium et le Truxal ont été stoppé par le médecin généraliste vers la séance 11 sur la demande du patient qui n'en ressentait plus la nécessité et se sentait mieux sans ces deux médicaments. Quant aux Tolvon et Seropram (que le patient prenait depuis plusieurs années) ils ont été remplacés (séance 6) par l'efexor 150 mg par jours sur la prescription du psychiatre de notre unité.

L'amélioration de l'état générale de M. G a permis à l'instance judiciaire (qui était mandaté de surveillance) de lui faire suffisamment confiance et l'autoriser à récupérer son permis de conduire. Le patient perçoit cette confiance comme une récompense de ses efforts en thérapie.

La comparaison de la courbe de l'anxiété hebdomadaire et la courbe de la consommation de la méthadone nous confirme la corrélation entre la phobie sociale et les consommations abusive de la méthadone.

7. Conclusion

La thérapie cognitive et comportementale a été efficace dans le traitement de la phobie sociale et la diminution de la consommation excessive de la méthadone chez un patient toxicodépendent. Elle a permis de renforcer l'abstinence du patient par les avantages de ses nouveaux comportements affirmés.

Cette expérience m'a permis de prendre encore plus conscience de l'importance d'une étroite collaboration avec le réseau du soins du patient et ses intérêts pour le bon déroulement de la thérapie. J'ai pu également constater que l'établissement d'une alliance thérapeutique est indispensable et favorise les bons résultats obtenus par la thérapie.

8. Bibliography succinct

Ghodse H., Drugs and addictive behaviour, Cambridge university press, 2002 third edition.

Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 276-288.

Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse Prévention*. 1985. Guilford Press, New York
Cungy C., *Faire face aux dépendances*, Retz, 2000.

Cottraux J., *Les thérapies cognitives, comment agir sur nos pensées*, Retz 2001.
Cungy C., *Savoir s'affirmer*, Retz. 2001.

Aoron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., Liese, *Cognitive therapy of substance abuse*.

Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychitric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).

Blackburn I-M. , Cottraux J., *Thérapie cognitive de la dépression*, Masson, 1998.

Cungy C., Note I-D. , *Faire face à la dépression*, Retz, 1999

Bouvard M., Cottraux J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson Paris 2000

Guidano V. F. and Liotti G. *cognitive processes and emotional disorders*, , 1983 the Guilford Press New York

Best of behaviour research and therapy, a collection of landmark article 1962-1997, editor: S. Rachman , Founding Editor: H.J. Eysenck,

Sommaire

	Page
1. Introduction générale	53
2. Présentation du cas	53
2.1 Eléments anamnestiques	53
2.2 Analyse fonctionnelle	55
2.3 Hypothèses diagnostiques	57
3. Méthode d'évaluation	57
3.1 Protocole thérapeutique	57
3.2 Mesures initiales	58
3.3 Mesures durant le traitement	58
4. Description brève des séances	58
5. Résultats	64
6. Discussion	66
7. Conclusion	67
8. Bibliographie succincte	67

1. Introduction générale

Il s'agit d'un patient adressé à notre unité par son médecin généraliste pour un sevrage de l'héroïne et la cocaïne. La demande d'une thérapie s'est faite dans un second temps.

Après un séjour de deux semaines nous commençons la prise en charge ambulatoire de M. F.

2. Présentation du cas de M. F

2.1 Eléments anamnestiques

Anamnèse actuelle

M. F a 34 ans et est marié mais actuellement séparé de sa femme et n'a pas de domicile fixe. Il est employé de commerce de formation et actuellement au chômage à cause de sa toxicodépendance.

Sa situation financière s'est aggravée de plus en plus suite aux dépenses excessives pour sa consommation d'héroïne et cocaïne.

Depuis quelques temps sa consommation de l'héroïne et de la cocaïne est devenue très importante et il a le sentiment de ne plus les contrôler.

Sa situation familiale est problématique car depuis sa séparation avec sa femme il y a trois ans, il visitait régulièrement sa petite fille mais suite à l'aggravation de son état sa femme s'inquiète et accepte de moins en moins de le recevoir à la maison ou laisser sa fille passer du temps avec son père.

Le patient se sent déprimé et angoissé. Il trouve qu'il ne peut plus continuer sa consommation et fait une demande de sevrage.

Histoire familiale et personnelle

M. F est le fils unique de ses parents et d'origine Française. Sa famille a immigré en Suisse pour y travailler lorsqu'il avait quatre ans et demi.

A cette période et jusqu'à l'âge de 8 ans il vit chez son oncle côté maternel car les parents n'ont pas le temps de s'en occuper. Il passe beaucoup de temps avec ses cousins chez cet oncle qui a un problème de dépendance à l'alcool.

La femme de son oncle souffrait d'une dépression et le patient a assisté à plusieurs reprises à des scènes d'automutilation de sa tante. Il en garde un très mauvais souvenir et finalement il est repris par les parents pour vivre avec eux.

À son retour chez les parents il était souvent seul à la maison et ses parents vivaient une phase difficile. Il dit que son père n'était pas content de le revoir à la maison et se comportait parfois de manière agressive. M. F dit qu'il garde très peu de souvenir de cette période.

Le père est ouvrier et il est décrit par le patient comme une personne sensible. M. F ne l'aime pas et il le trouve lâche, irréaliste, immature et quelqu'un qui ne tient pas sa parole.

La mère du patient est ouvrière, selon lui, elle est une personne très authentique et qui a les nerfs à fleur de peau. Il dit avec une certaine tristesse qu'elle ne lui a jamais dit qu'elle l'aimait. Dans la famille de la mère plusieurs personnes ont un problème de dépendance à l'alcool.

Anamnèse de la phobie sociale et de la toxicomanie

M. F dit avoir souffert de la solitude durant son enfance. Il décrit ses parents comme des personnes qui travaillaient toujours et n'avaient presque pas de relations sociales. Il commence à faire du sport dès l'âge de 10 ans mais selon lui il le faisait pour son père pour qui cela constituait la seule activité sociale et pour le patient c'était un moyen de sortir de la maison et rencontrer d'autres personnes.

Il dit : je n'avais pas tellement de plaisir dans cette activité mais je le faisais pour faire plaisir à mon père.

Les exigences du père obligeaient le patient à être très attentif à son comportement et selon ses dires il vivait parfois des peurs intenses lorsque son père n'était pas content de lui.

L'adolescence du patient est décrite comme une période de solitude qu'il préfère oublier. A l'école il ne se sentait pas comme les autres et s'isolait souvent des autres enfants. Il ne s'est jamais senti aimé par ses parents et il dit : « je me dépassais pour gagner leur affection »

La relation entre les parents a toujours été très conflictuelle car il ne s'entendait pas. Ils ne sortaient pas beaucoup et avaient très peu ou presque pas d'amis. D'après M. F malgré les conflits fréquents dans le couple il n'y avait pas de dialogue et avec le temps le couple se parle de moins en moins. Il dit : « on a jamais parlé dans ma famille » et « je crois qu'il y a certain secret ».

Il commence à boire de l'alcool à l'âge de 14 ans et sa première consommation de cannabis est à 15 ans. Très souvent il prenait du cannabis pour passer la soirée avec ses parents.

M. F réussi à terminer sa scolarité obligatoire sans problème majeur mais selon lui il n'était pas un élève brillant. Il fait une école de commerce et à l'âge de 21 ans commence à travailler à Lausanne.

Il se décrit comme une personne très timide durant toute son adolescence mais particulièrement à cette période de sa vie et souffre de la solitude.

Ensuite à l'âge de 23 ans il fait la connaissance d'un copain qui lui fait essayer de l'héroïne, ce qui provoque un sentiment de bien être et continue une consommation occasionnelle.

Ses consommation de l'héroïne deviennent assez rapidement régulières car selon le patient elles lui permettaient de se sentir moins triste et moins timide.

Il dit avoir toujours ressenti un profond sentiment de dévalorisation que la consommation de drogue lui a permis le cacher. En tenant compte des descriptions de sa personnalité, on constate que, progressivement quelques traits narcissiques se sont mise en place pour le protéger éventuellement de cette infériorité ressenti.

Il s'est marié à l'âge de 26 ans et deux ans après sa fille est née. Depuis trois ans sa femme l'a quitté car elle ne supportait plus la toxicodépendance de M. F, depuis il vit seul et la garde de la petite fille est accordée à sa mère.

2.2 Analyse fonctionnelle

Problème cible : la phobie sociale et la toxicomanie

A) Synchronie

Situations :

- Les rencontres avec sa femme.
- Les soirées avec les parents.
- La relation avec les amis.
- La relation professionnelle avec les clients.

Cognitions :

- Je dois tout faire pour qu'ils soient contents et fier de moi.
- Il ne faut pas qu'ils voient mes faiblesses.

- Il faut être toujours le meilleur pour être reconnu.
- Ma fille ne sera pas fière de son père.
- Je lui en veux à mon père.

Emotions :

- La peur
- L'anxiété
- La colère
- La crainte de perdre le contact avec sa fille
- La tristesse

Comportement :

- Evite les situations.
- Consomme de la drogue.
- A de la peine à s'affirmer ou ne le fait pas et adopte un comportement soumis et parfois agressif.

Anticipation :

- Comment je vais faire ?
- Je dois encore consommer de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Je vais encore perdre plusieurs années de ma vie dans la consommation.

Conséquences :

- La dévalorisation de soi.
- La solitude.
- Perte de la confiance en soi.
- Perte de droit de visite de sa fille.

B) Diachronie

Données structurales possibles :

1. Génétique :
 - Hypothèse d'un "terrain" anxieux
 - La dépendance à l'alcool chez plusieurs personnes dans la famille de sa mère.
2. Personnalité:
 - A trait narcissique

Facteurs déclenchant initiaux invoqués:

- La relation conflictuelle des parents.
- Le manque affection de ses parents.

- La séparation avec ses parents entre quatre ans et demi et huit ans.
- Le manque de la sécurité ressenti dans sa famille.
- Le manque de la communication entre les parents.
- Le manque d'apprentissage des relations sociales.

Facteurs historiques de maintien possible:

- La toxicodépendance (héroïne et cocaïne).
- La séparation avec sa femme.
- La solitude.

Evénements précipitant les troubles:

- Séparation problématique avec sa femme
- Manque de contact avec sa fille
- Accident mortel de voiture de l'ami

Traitements antérieurs ou en cours:

- Traitement d'antidépresseur Remeron 30 mg par jour.

2.3 Hypothèse diagnostic

Axe I :

- Phobie sociale **F40.1 [300.23]**
- Trouble dépressif majeur, récurrent **F33.3 [296.31]**
- Syndrome de dépendance à la cocaïne **F14.24 [304.20]**
- Syndrome de dépendance aux opiacées **F11.24 [304.00]**

Axe II : Personnalité à trait narcissique

Axe III : Nihil

Axe IV : Dettes, chômage, Retrait de permis de conduire

Axe V : EGF 60

3. Méthode d'évaluation

3.1 Protocole thérapeutique

Nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale avec une ligne de base (A) et l'intervention (B) selon un plan AB.

L'objectif global initial est de diminuer l'anxiété du patient dans les relations sociales, améliorer son état dépressif et finalement prévenir la rechute à l'héroïne et la cocaïne.

Le but final attendu par le patient est de retrouver une vie normale avec un travail et sans les problèmes actuels.

3.2 Mesures initiales

Echelle d'affirmation de soi (RATHUS)

Score : 124

Inventaire de Beck (21 items)

Score : 32 (dépression sévère)

3.3 Mesures durant le traitement (mesures répétées)

Questionnaire des phobies :

Pouvoir être le plus possible moi-même dans la relation avec les gens, de 0 à 8

Envie de consommer de l'héroïne versus envie de ne pas consommer de 0 à 100. Nous avons choisi (entre l'héroïne et la cocaïne) de mesurer l'héroïne qui est la drogue la plus problématique pour le patient.

Dès la première séance, une cotation quotidienne de l'anxiété sur une échelle de 0 à 8 a été demandée.

Dès le début de la phase du traitement le patient a régulièrement utilisé un tableau "3 colonnes" permettant de discuter en séance des situations anxiogènes. Par ailleurs, les consommations rapportées d'héroïne et de cocaïne ont été systématiquement répertoriées dès la première séance et constituent une autre mesure d'évaluation durant le traitement.

4. Description brèves des séances

Séances 1 et 2

Elles sont consacrées au recueil de données anamnétiques, à l'élaboration commune de l'analyse fonctionnelle, au recueil des mesures initiales et à l'information et à la planification du traitement.

Dès la deuxième séance, des tâches à domiciles sont proposées ; elles se composent essentiellement de tâches d'auto observation à l'aide du tableau à trois colonnes de Beck et les situations rapportées sont discutées en séance.

Le patient reçoit un port document contenant des feuilles blanches et un stylo pour noter les tâches à domiciles et les éventuelles questions oubliées à poser durant la prochaine séance.

Séance 3 à 8

La troisième séance se tient après les vacances de fin d'année. Le patient a rechuté durant les fêtes de Noël. Actuellement il consomme de l'héroïne et de la cocaïne de manière régulière.

Nous avons gardé le contact et créé une alliance thérapeutique avec M. F durant cette période de consommation. Malgré ses retards et son manque de discipline, il vient tout de même une fois par semaine au rendez-vous et nous le rappelons à son domicile quand il oublie son rendez-vous ou qu'il est en retard.

Durant cette période nous avons appliqué l'approche motivationnelle en tenant compte des différentes étapes franchies par le patient selon le modèle de changement intervenant dans le comportement addictif d'après Prochaska & Di Clemente.

Le modèle du changement Prochaska et Di Clemente

ETAPES	TYPE D'AIDE
Précontemplation	besoin de prise de conscience afin de susciter le changement
Contemplation	besoin d'arguments supplémentaires pour justifier le changement
Détermination	explorer les alternatives possibles et identifier celle(s) à privilégier
Action	besoin de support dans l'action
Maintenance	besoin de développer de nouvelles habilités pour maintenir une sobriété
Rechute	aider la personne pour s'en sortir le plus rapidement possible et à reprendre les démarches déjà entreprises

Les facteurs de la rechute sont repérés et répertoriés avec le patient. Il sont les suivants :

- Difficulté de passer seul les fêtes de la fin d'année tout seul.
- La déprime dû aux souvenirs de son ancienne vie de couple.
- La rencontre avec sa femme et son enfant en période de fête.
- Le fait d'être séparé de son enfant qui vit avec la mère.
- Les envies de consommer qui étaient très présentes.
- Difficulté à gérer son anxiété dans ses relations d'une manière générale.

Ils seront réévalués avec le patient plus tard après le sevrage.

Après quelques séances le patient se détermine pour faire un sevrage. Sa motivation est évaluée et il a été réadmis à l'unité de sevrage. Son projet pour le post-sevrage est de retrouver un travail et faire la thérapie pour prévenir la rechute.

Peu avant son entrée à l'unité de sevrage M. F a trouvé un logement avec un ami qui est un ex-toxicodépendant actuellement faisant partie des NA (narcotiques anonymes).

Les situations de la rechute et ses facteurs seront abordées durant la période d'abstinence en thérapie.

Séance 9 et 10 : le sevrage

M. F est hospitalisé pour le sevrage de l'héroïne et de la cocaïne. Durant la première semaine du sevrage il est déprimé et se culpabilise à cause de sa rechute. En même temps il est satisfait de sa décision de se faire hospitaliser. Lors d'une courte séance nous l'avons renforcé dans sa décision de sevrage et ses projet pour la suite.

La deuxième semaine il traverse une phase d'euphorie suite à ses pensées de la réussite de son sevrage et les dangers auxquels il a pu échapper en arrêtant la dégradation de son état. Il réalise la peine qu'il éprouve pour gérer ses émotions. Au moment du bilan quelques jours avant la sortie de l'unité de sevrage nous avons invité le patient à organiser ses journées avec des activités qu'il aimerait faire.

Semaines 11 à 16

Dès la sortie de l'unité de sevrage M. F commence une activité sportive régulière dans un centre sportif (avec lequel nôtre unité de sevrage a un contrat

permettant aux patients de s'inscrire gratuitement) et il s'y rend tous les jours. Il fait également ses recherches de travail.

Il est très content de son activité sportive, son problème majeur est le réveil le matin car le traitement du Remeron le fatigue.

Nous avons convenu avec le patient que pour le moment il doit éviter les personnes de son entourage qui sont dans la consommation. Nous avons également pratiqué des jeux de rôle pour pouvoir refuser une proposition de soirée ou de consommation si il se trouvait dans une situation à risque.

Il n'avait pas osé à parler de sa rechute avec son ami et colocataire par crainte de la réaction de ce dernier. Nous abordons cette situation en séance et après un questionnement socratique il réalise qu'il est trop exigeant avec lui même et que son schéma d'exigence lui joue des tours. Il décide d'expliquer la situation à son ami sans appréhender excessivement les conséquences et les réactions de son ami.

Nous préparons cette situation en jeu de rôle pendant la séance. Comme tache à domicile il met en pratique cette situation avec succès.

Son estime de soi et de son efficacité personnelle augmentent au fur et à mesure qu'il réalise son programme d'activité quotidienne et ses taches à domiciles. Il utilise régulièrement le tableau à 5 colonnes et rapporte les situations à problème en séance.

Il voit sa fille une fois par semaine et la relation avec sa femme se passe bien. Sa relation avec sa femme qui vit actuellement avec un ami est abordée durant la séance. M. F dit que depuis trois ans malgré l'insistance de sa femme il n'a pas réussi à signer les papiers de divorce pour les raisons suivantes :

- Je vais perdre le contact avec ma fille et quelqu'un d'autre prendra ma place de père.
- Je n'ai pas encore fait le deuil de cette relation.

Nous avons évalué avec M. F les avantages et les désavantages de la situation actuelle. Il y trouve beaucoup de désavantages et peu d'avantage. Il pense que la relation amoureuse avec sa femme est terminée et maintenant il aimerait faire en sort de pouvoir continuer à voir sa fille et entretenir une relation d'amitié avec la mère de sa fille si cela est possible.

M. F se pose beaucoup de questions existentielles et sur ses valeurs durant ses dernières années, il remet en question ses relations avec ses amis. Il se dit perdu et ne sait plus comment se comporter, se sent sans repère et s'inquiète pour son

avenir. Il pense que ses valeurs précédentes étaient superficielles, ses amis ce ne sont pas des vrais amis et il n'était pas lui-même dans ses relations avec eux. M. F dit qu'il a besoin de se trouver des nouvelles valeurs qui correspondent plus à lui-même.

Un autre problème est celui de sa difficulté à vivre et être dans le présent. Il dit qu'il est toujours dans l'anticipation des conséquences des événements et ceci l'empêche d'être au présent.

A partir de ses pensées automatiques nous avons cherché ses postulats conditionnels et inconditionnels et nous avons procédé à une restructuration cognitive.

Lors d'une séance nous avons repris un exemple d'une situation avec un ami que le patient ne sait plus comment gérer cette relation. Il pense que cet ami se fiche de lui et qu'il est content quand M. F va mal et surtout lorsqu'il rechute.

Suite à une discussion et la remise en question de ses postulats, réalise qu'il accorde trop d'importance au regard des autres et se comporte comme ils aimeraient et non pas comme lui voudrait être.

Le patient va de mieux en mieux et se sent bien, il a trouvé un travail à temps partiel dans l'entreprise d'un copain. Il a également récupéré son permis de conduire (qui lui avait été retiré suite à sa toxicodépendance) et s'est acheté une voiture d'occasion à crédit.

M. F a réussi à accepter la demande de divorce de sa femme après trois ans et il a été signer les papiers de divorce. Il se dit soulagé d'un poids énorme et se sent content de lui-même.

Séance 18 et 19

Ces séances sont consacrées à travailler sur les changements que le patient a introduits dans sa vie et la manière dont il se les approprie, afin qu'il puisse s'identifier dans son nouveau mode de vie.

M. F se rend compte que les réactions de son entourage sont différentes. Par exemple lors d'une soirée il s'est trouvé en désaccord avec un copain qui voulait absolument avoir raison. Il s'est exprimé de manière directe, respectueuse et calme et ne s'est pas senti anxieux. Cette attitude de M. F a étonné un autre copain qui lui a dit : je ne te reconnais plus, ce n'est pas toi, tu aurais dû être agressif avec lui, *comme tu étais avant*.

Des situations de ce genre sont discutées en séance et le patient est renforcé dans ces nouveaux comportements par les conséquences agréables de son abstinence.

Séance 20

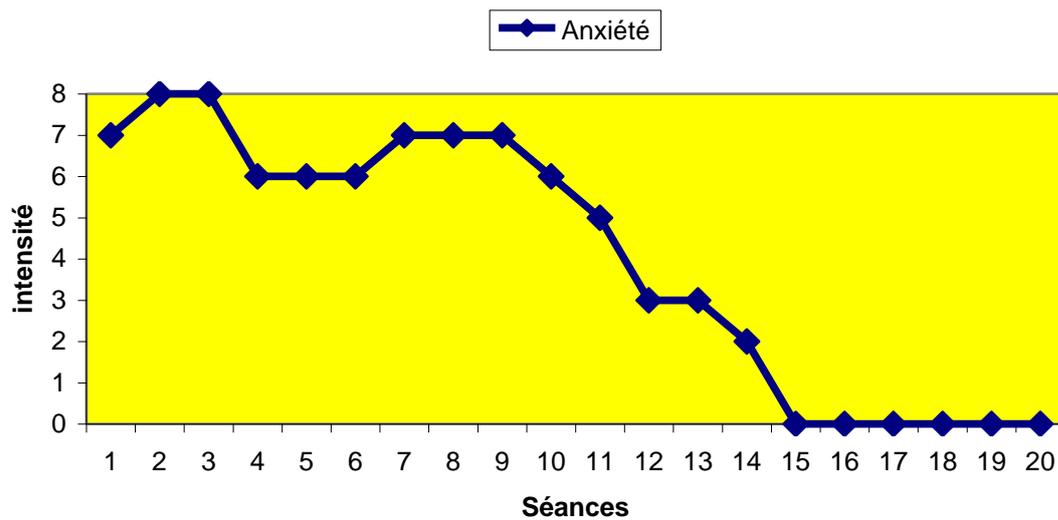
Les mesures finales sont pratiquées et nous avons fait un bilan global de la thérapie. M. F se dit satisfait du déroulement de la thérapie qui lui a permis de gérer une crise importante dans sa vie et de ne pas retomber dans la consommation de cocaïne et de l'héroïne. Il se sent globalement beaucoup mieux. Il pense que la thérapie lui a permis de trouver la confiance en lui-même et avoir du plaisir à vivre des relations sociales.

5. Résultats

Tableau récapitulatif des scores		
Echelles	Début de traitement	Fin de traitement
Inventaire de Beck	32	11
Echelle d'affirmation de soi	124	97
Anxiété	8	0
Envie de ne pas consommer de l'héroïne	50	100

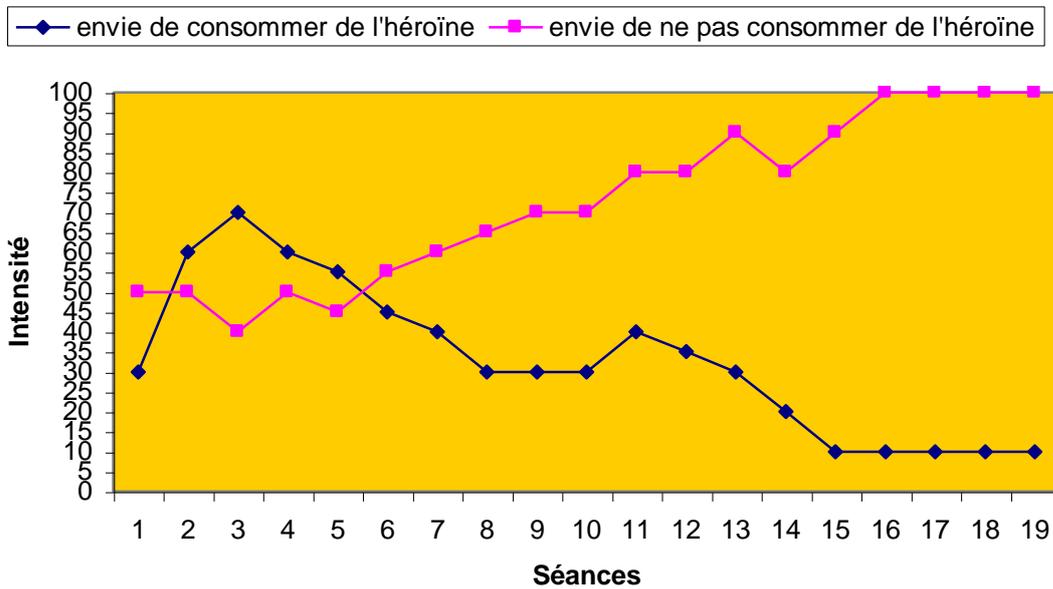
Graphique I

La variation de l'Anxiété



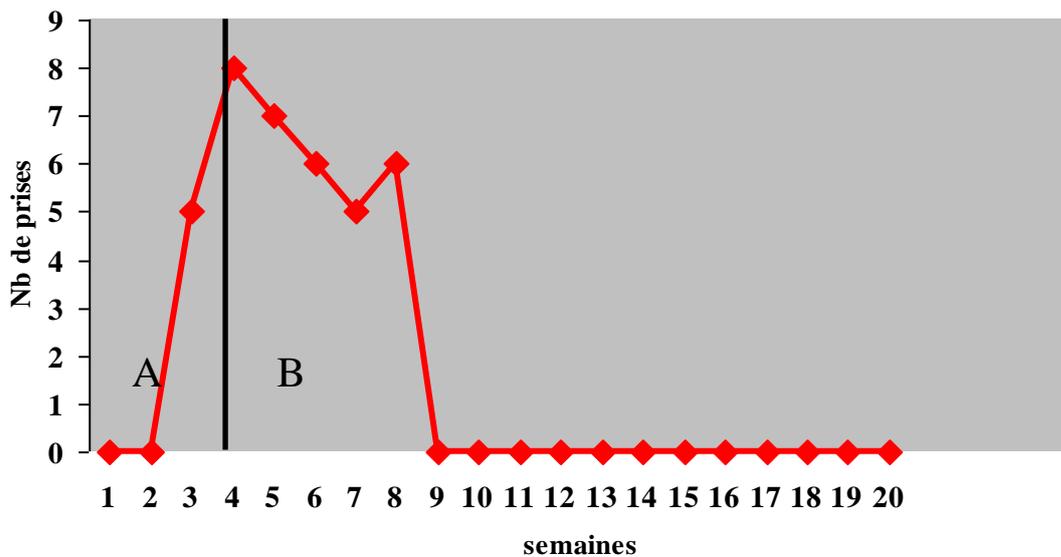
Graphique II

La variation de l'envie



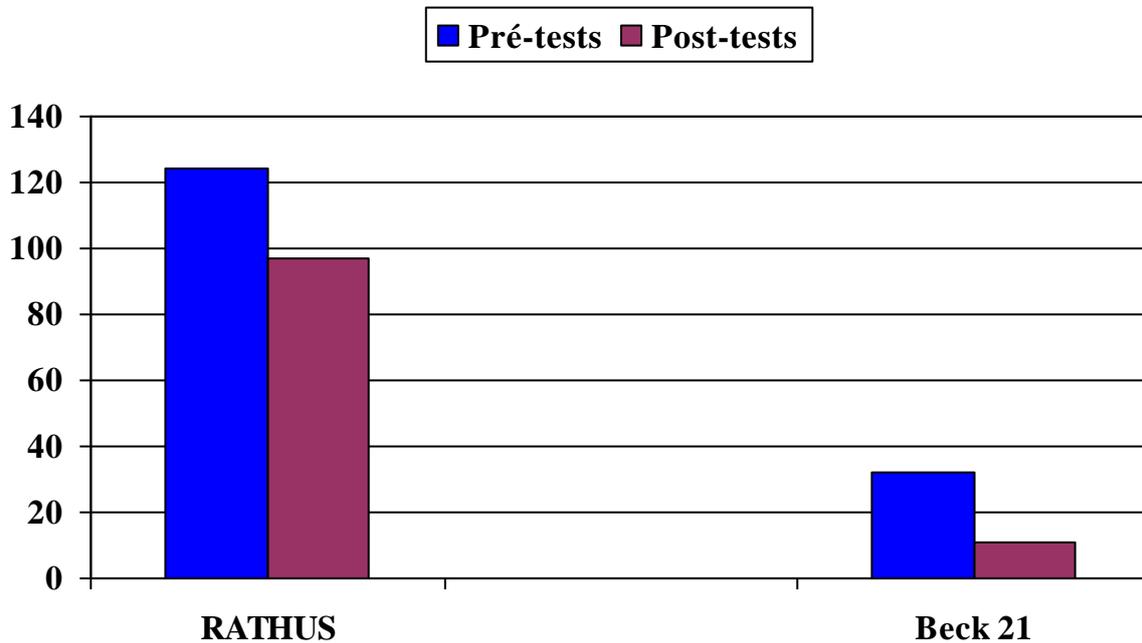
Graphique III

Consommation d'héroïne



Graphique IV

Mesures en pré- et post-tests



6. Discussion

Compte tenu des résultats obtenus nous constatons que le patient a réalisé des progrès intéressants.

La diminution de l'anxiété est corrélée à la diminution de l'envie de consommer. L'envie de ne pas consommer, à la fin du traitement est à 100 et le patient a arrêté sa consommation de l'héroïne. Toutefois l'envie de consommer malgré la baisse importante au cours de la thérapie (de 70/100 à 10/100) reste stable à 10 qui pourrait être en lien avec les souvenirs de la longue période de toxicodépendance du patient.

M. F a pu retrouver un travail à temps partiel (70 %) avec l'amélioration de son état et actuellement il travaille à plein temps.

Il a également réussi à conserver son appartement (partage avec un ami ex-toxicomane). Il considère cette réussite comme une récompense à ses efforts qui le renforce positivement dans ses nouveaux comportements.

Le patient a accepté la demande de divorce de sa femme, il se sent soulagé d'avoir signé les papiers et pense que le fait d'avoir trouvé la confiance en lui

même a facilité le deuil de cette relation. Actuellement il entretient de bonne relation d'amitié avec son ex-femme et la visite de sa petite fille se passe très bien.

7. Conclusion

L'approche cognitivo-comportementale s'est avérée efficace dans la prévention de la rechute chez ce patient.

Etablissement d'une relation thérapeutique a permis de garder un lien avec M. F. durant une période de crise et pouvoir réaliser les objectifs de la thérapie.

L'amélioration de l'état anxieux du patient a contribué à la diminution de ses envies de consommation d'héroïne et à son abstinence.

8. Bibliography succinct

Ghodes H., *Drugs and addictive behaviour*, Cambridge university press, 2002 third edition.

Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 276-288.

Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse Prévention*. 1985. Guilford Press, New York
Cungy C., *Faire face aux dépendances*, Retz, 2000.

Cottraux J., *Les thérapies cognitives, comment agir sur nos pensées*, Retz 2001.
Cungy C., *Savoir s'affirmer*, Retz. 2001.

Aaron T., Beck, Fréd D., Wright, Cory F, Newman and Bruce S., *Liese, Cognitive therapy of substance abuse*.

Review of psychiatry volume 20: Integrated treatment of psychiatric disorders (page 79-104 Integrated Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other drug addictions).

Blackburn I-M. , Cottraux J., *Thérapie cognitive de la dépression*, Masson, 1998.

Cungy C., Note I-D. , *Faire face à la dépression*, Retz, 1999

Bouvard M., Cottraux J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson Paris 2000

Guidano V. F. and Liotti G. *cognitive processes and emotional disorders*, , 1983 the Guilford Press New York

Best of behaviour research and therapy, a collection of landmark article 1962-1997, editor: S. Rachman , Founding Editor: H.J. Eysenck,